

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

Strasbourg, 15 juin 2018

DH-BIO/INF (2018) 8

COMITÉ DE BIOÉTHIQUE (DH-BIO)

**Projet de Rapport explicatif au Protocole additionnel
à la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine
relatif à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes
atteintes de troubles mentaux à l'égard du placement
et du traitement involontaires**

préparé par le Secrétariat

1 Préambule

2 1. Le Préambule souligne les questions essentielles sous-tendant les travaux
3 d'élaboration du Protocole additionnel. Le présent Protocole additionnel a pour but de
4 préciser et d'élaborer les normes relatives à la protection des droits de l'homme applicables
5 au recours aux mesures involontaires, sur la base, notamment, de la jurisprudence de la
6 Cour européenne des droits de l'homme, dans un instrument juridiquement contraignant.

7 2. Le Préambule souligne le rôle de la Convention européenne des droits de l'homme
8 dans la protection des personnes atteintes de troubles mentaux. Dans le contexte du
9 Protocole additionnel, l'article 5 (droit à la liberté et à la sûreté) et l'article 8 (droit au respect
10 de la vie privée et familiale) de la Convention revêtent une importance particulière. D'autres
11 droits civils et politiques des personnes atteintes de troubles mentaux incluent les
12 dispositions des articles 3 (interdiction de la torture et des peines ou traitements inhumains
13 ou dégradants), 10 (liberté d'expression), 12 (droit de se marier et de fonder une famille) et
14 14 (interdiction de discrimination) de cette même Convention, telles que développées et
15 interprétées par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme.

16 3. Le travail préparatoire s'appuie sur d'autres travaux internationaux relatifs à la
17 protection de la dignité et des droits des personnes atteintes de troubles mentaux. Le
18 Préambule mentionne notamment la Convention des Nations Unies relative aux droits des
19 personnes handicapées ; d'autres instruments des Nations Unies tels que le Pacte
20 international relatif aux droits civils et politiques (1966) et le Pacte international relatif aux
21 droits économiques, sociaux et culturels (1966) sont également pertinents.

22 4. Le Protocole additionnel complète et élargit les dispositions de la Convention sur les
23 droits de l'homme et la biomédecine. Il n'est donc pas nécessaire de répéter les dispositions
24 de cette Convention dans le texte du Protocole additionnel. En revanche, le Préambule
25 rappelle les dispositions spécifiques de la Convention présentant un intérêt particulier dans
26 le contexte du Protocole additionnel, notamment celles qui ont trait au consentement, aux
27 normes professionnelles et à l'accès équitable aux soins de santé.

28 5. Le Préambule rappelle en outre la Recommandation (2004)¹⁰ du Comité des
29 Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité
30 des personnes atteintes de troubles mentaux. Le présent Protocole s'est appuyé sur cette
31 Recommandation et l'expérience acquise dans le cadre de son application. La
32 Recommandation a une portée beaucoup plus large que le présent Protocole – par exemple,
33 elle couvre des aspects détaillés du traitement et le contexte de justice pénale. Par
34 conséquent, elle restera utile pour la protection des droits de l'homme et de la dignité des
35 personnes atteintes de troubles mentaux après l'entrée en vigueur du Protocole.

36 6. Le Préambule reconnaît aussi que la préparation du Protocole s'est appuyée sur les
37 travaux du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements
38 inhumains ou dégradants (CPT), ainsi que sur les normes établies par ce Comité pour
39 protéger les personnes privées de liberté dans les établissements psychiatriques.

40 7. L'importance particulière accordée au fait d'assurer à la fois la qualification initiale
41 adéquate et la formation continue de tout le personnel travaillant avec des personnes
42 atteintes de troubles mentaux, comme le souligne le CPT, est également reflétée dans ce
43 Préambule.

44 8. Le Préambule souligne la nécessité de soutenir les personnes dans l'exercice de leur
45 autonomie. Cela est en conformité avec l'objectif global de la Stratégie du Conseil de
46 l'Europe sur le handicap 2017-2023 de réaliser l'égalité, la dignité et l'égalité des chances
47 pour les personnes handicapées en leur garantissant l'autonomie et la liberté de choix.

48 Même si le principe de l'autonomie est pertinent pour le consentement aux interventions
49 dans le domaine des soins de santé, il s'agit d'un principe nettement plus large qui est aussi
50 pertinent pour les choix des individus dans leur vie quotidienne.

51 9. Le Préambule réaffirme le principe du consentement libre et éclairé aux interventions
52 dans le domaine des soins de santé. Cet aspect revêt une importance particulière dans le
53 contexte du recours aux mesures involontaires, qui doivent toujours n'être appliquées qu'en
54 dernier recours. Le Préambule souligne que le traitement involontaire exercé sur une
55 personne dont l'aptitude à prendre une décision sur un traitement est gravement altérée doit
56 avoir pour objectif de permettre à cette personne de retrouver cette aptitude ou, lorsque
57 l'aptitude de la personne à prendre une décision était déjà altérée avant que des mesures
58 involontaires aient été envisagées (notamment en conséquence d'un traumatisme crânien
59 préalable ou d'un trouble grave d'apprentissage), de permettre à cette personne de
60 retrouver son niveau de fonctionnement préalable. De plus, même si une personne fait
61 l'objet d'une mesure involontaire, l'on doit toujours s'efforcer de rechercher son
62 consentement à tous les aspects de son programme thérapeutique.

63 10. Le Préambule rappelle que l'existence d'un trouble mental ne peut en aucun cas
64 justifier en soi une mesure involontaire. Un trouble mental, comme l'indiquent la Convention
65 sur les droits de l'homme et la biomédecine et le présent Protocole additionnel, peut mener
66 à un état de santé mental, qui peut gravement altérer l'aptitude de la personne à prendre
67 une décision.

68 11. Le Préambule reconnaît que le recours au placement et au traitement involontaires est
69 susceptible de porter atteinte à la dignité humaine et aux droits et libertés fondamentaux et
70 que de telles mesures ne doivent donc être utilisées qu'en dernier recours. Afin de minimiser
71 l'utilisation de mesures involontaires, le caractère primordial du développement
72 d'alternatives à de telles mesures et du recours systématique à de telles alternatives est
73 souligné.

74 12. Le système de la Convention étant destiné à «protéger des droits non pas théoriques
75 ou illusoires, mais concrets et effectifs»¹, le préambule souligne l'importance de permettre
76 aux personnes concernées par des mesures involontaires d'exercer effectivement leurs
77 droits.

78 13. Le Préambule souligne enfin l'importance d'un suivi de l'utilisation de mesures
79 involontaires. Les personnes qui ont eu des problèmes de santé mentale peuvent apporter
80 une contribution importante à l'amélioration de la qualité des services de santé et aux
81 processus de suivi. Les services de défense des intérêts (advocacy services) peuvent
82 également contribuer à de telles améliorations.

83 **Chapitre I – Objet et champ d'application**

84 **Article 1 – Objet**

85 14. Le premier paragraphe expose la finalité du Protocole additionnel, qui est de protéger
86 la dignité, l'identité et les autres droits et libertés fondamentales des personnes atteintes de
87 troubles mentaux, à l'égard du recours au placement ou au traitement involontaires,
88 indépendamment de l'endroit où ce traitement a lieu. L'expression « mesures
89 involontaires », employée dans le Protocole additionnel et dans le présent rapport explicatif,
90 se réfère au recours au placement involontaire, au traitement involontaire, ou aux deux. Le
91 Protocole atteint son objectif de trois manières. Tout d'abord, il encourage le recours à des
92 alternatives aux mesures involontaires. Ensuite, il fournit des garanties visant à assurer que

¹ Artico c. Italie, arrêt du 13 mai 1980, *requête n° 6694/74*.

93 les mesures involontaires ne sont employées qu'en dernier recours. Enfin, il prévoit qu'en
94 cas de recours à de telles mesures, la personne concernée bénéficie d'une protection
95 appropriée et de garanties procédurales qui lui permettent d'exercer effectivement ses
96 droits.

97 15. Le premier paragraphe énonce que cette protection doit être assurée sans
98 discrimination. Comme le souligne le Préambule, l'existence d'un trouble mental, en tant que
99 tel, ne doit en aucun cas justifier le recours à des mesures involontaires.

100 16. Conformément à l'article 27 de la Convention sur les droits de l'homme et la
101 biomédecine le deuxième paragraphe établit que les Etats peuvent apporter une protection
102 plus étendue que celle exigée par le Protocole additionnel, qui traite des mesures allant
103 contre la volonté de la personne concernée. Par exemple, des personnes atteintes de
104 démence à un stade avancé peuvent ne pas être en mesure de prendre une décision
105 concernant leur placement, sans pour autant s'opposer au placement si d'autres le jugent
106 nécessaire. Dans certains pays, une telle mesure serait considérée comme « involontaire ».
107 Les personnes dans cette situation n'entrent pas dans le champ d'application du
108 Protocole (voir le paragraphe 22 ci-dessous) ; le deuxième paragraphe précise toutefois que
109 les Etats peuvent choisir d'appliquer à ces personnes les dispositions du Protocole
110 additionnel, mais qu'ils peuvent aussi choisir d'appliquer d'autres mécanismes afin de
111 protéger les droits et les intérêts des personnes concernées. Si, après avoir été placé, la
112 personne indique une objection au placement, les dispositions pertinentes du Protocole
113 additionnel doivent être appliquées.

114 **Article 2 – Champ d'application et définitions**

115 17. Le premier paragraphe de l'article précise que le Protocole additionnel s'applique au
116 placement et au traitement involontaires de personnes atteintes de troubles mentaux et
117 délimite ainsi les mesures auxquelles s'appliquent les garanties prévues dans les chapitres
118 suivants. Il convient de noter que le présent article n'établit pas de critères en vertu desquels
119 le recours au placement et/ou au traitement involontaires serait considéré acceptable. Les
120 critères d'utilisation de telles mesures sont précisés aux articles 10 et 11.

121 18. Le paragraphe 2 exclut les mineurs du champ d'application du Protocole additionnel.
122 La définition du terme « mineur » et le statut juridique des mineurs varient d'un Etat membre
123 à l'autre. En ce qui concerne le présent Protocole additionnel, il incombe aux Etats de définir
124 le sens à donner à ce terme. Le fait que les mineurs ne relèvent pas du champ du Protocole
125 ne signifie pas qu'ils n'ont pas aussi besoin de protection. Au contraire, de par leur
126 vulnérabilité, ils ont besoin d'une protection particulière. En reconnaissant qu'un contexte
127 juridique propre est applicable aux mineurs, les Etats devraient veiller à ce que leurs
128 dispositions juridiques tiennent dûment compte de la nécessité de protéger les mineurs.
129 L'article 1, paragraphe 2, permet à un État de choisir d'appliquer les dispositions du
130 Protocole additionnel aux mineurs.

131 19. Le Protocole ne s'applique ni aux placements ni aux traitements pour troubles
132 mentaux ordonnés dans le cadre d'une procédure pénale. Un tel contexte implique des
133 considérations supplémentaires qui ne sont pas pertinents dans un contexte civil. Toutefois,
134 ces personnes peuvent être particulièrement vulnérables et les États devraient veiller à ce
135 que leurs droits de l'homme (y compris celui de l'accès équitable aux soins de santé) et leur
136 dignité bénéficient d'une protection appropriée.

137 20. Le paragraphe 4 de cet article définit un certain nombre de termes essentiels
138 employés dans le Protocole additionnel. L'expression « trouble mental » est définie au sens
139 large, conformément aux normes médicales internationalement reconnues. Le chapitre V de
140 la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*

141 de l'Organisation mondiale de la santé, qui concerne les troubles mentaux et du
142 comportement, offre un exemple de norme médicale internationalement reconnue. Ce mode
143 de définition des troubles mentaux a pour but d'éviter toute approche singulière du
144 diagnostic. Cependant, la classification professionnelle est très large et inclut de
145 nombreuses catégories pour lesquelles des mesures involontaires ne seraient jamais
146 appropriées, telles que les troubles d'identité sexuelle, les troubles du sommeil et les
147 dysfonctionnements sexuels. Le diagnostic d'un trouble mental sur la base d'une
148 classification professionnelle ne saurait jamais en tant que tel justifier le recours à des
149 mesures involontaires. Par ailleurs, selon la jurisprudence de la Cour européenne des droits
150 de l'homme, par exemple l'arrêt rendu dans l'affaire *Winterwerp* « ... En tout cas, on ne
151 saurait évidemment considérer que l'alinéa e) de l'article 5, paragraphe 1 [de la Convention
152 européenne des droits de l'homme] autorise à détenir quelqu'un du seul fait que ses idées
ou son comportement s'écartent des normes prédominantes dans une société donnée »².

154 21. Lorsqu'une personne entre pour la première fois en contact avec les services de santé
155 mentale, il n'est pas toujours possible ou approprié d'effectuer immédiatement un diagnostic
156 définitif. Si nécessaire, un diagnostic provisoire est établi ; ce diagnostic pourra ensuite être
157 réexaminé à la lumière d'observations faites ultérieurement. L'expression « trouble mental »
158 suppose qu'un diagnostic provisoire ait été établi conformément aux normes médicales
159 internationalement reconnues.

160 22. Le terme « involontaire » renvoie, aux fins du Protocole, à une mesure de placement
161 ou de traitement appliquée à une personne qui est atteinte d'un trouble mental et s'oppose à
162 cette mesure, même si cette personne a un représentant légal qui est prêt à l'autoriser. Ceci
163 s'applique quelle que soit la capacité juridique de la personne telle que définie par la loi
164 nationale.

165 23. Il convient de distinguer les mesures involontaires des mesures forcées. Une
166 personne peut se conformer à une mesure tout en la jugeant inacceptable. Si elle sait qu'un
167 refus de sa part de prendre une médication orale se traduira par l'application d'une mesure
168 de contention et l'injection des médicaments, elle pourra prendre les médicaments pour
169 éviter ces conséquences. Cela ne signifie pas pour autant qu'elle accepte le traitement de
170 son plein gré. De même, une personne qui souhaiterait quitter l'établissement dans lequel
171 elle est placée mais qui n'y serait pas autorisée, devrait bénéficier des protections
172 applicables au placement involontaire.

173 24. L'emploi du verbe « s'oppose » dans la définition souligne que c'est l'attitude actuelle
174 de la personne par rapport à la mesure, qui doit être évaluée. Par exemple, lorsqu'une
175 personne a accepté ou refusé une mesure proposée, cela ne permet pas de partir du
176 principe qu'elle acceptera ou refusera une nouvelle fois cette même mesure quelque temps
177 plus tard. La mention de « mesure de placement ou de traitement » signifie que l'attitude de
178 la personne quant au placement et celle quant au traitement sont deux questions distinctes.
179 Une personne peut s'opposer au placement, mais consentir au traitement, et inversement.

180 25. Le champ de la définition n'exclut pas le recours à des mesures involontaires
181 lorsqu'une personne change plusieurs fois d'avis sur l'acceptation ou le refus de la mesure,
182 empêchant ainsi la conduite d'un programme thérapeutique cohérent, à condition que les
183 procédures et les critères pertinents pour la mesure en question soient respectés.

184 26. Le terme « mesure involontaire » couvre le recours au placement involontaire, au
185 traitement involontaire ou aux deux.

² *Winterwerp c. Pays-Bas*, arrêt du 24 octobre 1979, requête n° 6301/73.

186 27. Le terme « placement » se rapporte au fait de placer une personne dans un
187 établissement spécifique afin de poursuivre un ou plusieurs buts précis. Le terme
188 « établissement » doit s'entendre au sens large et inclut, par exemple, les unités
189 psychiatriques des hôpitaux généraux, ainsi que les hôpitaux psychiatriques de tous types et
190 de tous niveaux de sécurité. En vertu de l'article 10, paragraphe ii, un placement doit avoir
191 un but thérapeutique, mais il peut aussi viser des objectifs supplémentaires (comme la
192 protection d'autrui).

193 28. Les définitions des termes « traitement » et « fins thérapeutiques » sont valables quel
194 que soit le lieu de l'intervention, et que la personne fasse ou non l'objet d'un placement
195 involontaire. Le terme « traitement » désigne les interventions physiques et psychologiques
196 en lien avec le trouble mental de la personne. Les interventions pharmacologiques sont un
197 exemple d'intervention physique. Les problèmes de santé qui ne sont pas en lien avec le
198 trouble mental devraient être traités conformément aux articles 5 et 6 de la Convention sur
199 les droits de l'homme et la biomédecine, à l'exception des interventions médicalement
200 indispensables en situation d'urgence, régies par l'article 8 de cette Convention.

201 29. La définition de « fin thérapeutique » établit des objectifs de traitement appropriés.
202 L'expression « contrôle des symptômes » couvre un vaste éventail d'interventions. Par
203 exemple, il couvre les interventions destinées à maintenir et à faciliter autant que possible
204 l'autonomie. Il inclut également le traitement d'un épisode maniaque ou dépressif aigu afin
205 que la personne revienne à un niveau normal de fonctionnement, même s'il existe un risque
206 de rechute à l'avenir. Certains troubles mentaux sont actuellement incurables. Toutefois,
207 dans certains cas, il peut être envisageable de ralentir le processus de détérioration. La
208 « réadaptation » désigne les interventions destinées à limiter les effets, sur la vie d'une
209 personne, des déficits fonctionnels résultant de troubles psychotiques chroniques.

210 30. La définition des termes « isolement » et « contention » est fondée sur les travaux du
211 CPT. Aux fins du Protocole additionnel, il n'est pas pertinent de faire la différence entre le
212 fait que la porte de la pièce dans laquelle un patient est isolé soit fermée ou non ; la
213 définition précise que ce qui est important est de déterminer si la personne est maintenue
214 seule, contre sa volonté, dans un lieu qu'elle ne peut pas quitter. Le terme « contention »
215 couvre diverses mesures visant à immobiliser un patient, telles que le contrôle manuel
216 (c'est-à-dire, le fait de maintenir un patient au moyen de la force physique), la contention
217 mécanique (c'est-à-dire, l'application d'instruments de contention) et la contention chimique
218 (c'est-à-dire, l'administration de médicaments à une personne qui s'oppose à cette mesure
219 dans le but de contrôler son comportement).

220 31. Un « représentant » est une personne remplissant une fonction prévue par la loi ou
221 désignée selon une procédure légale. Conformément au principe général fixé par l'article 6
222 (3) de la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine, lorsque, selon la loi, une
223 personne n'a pas la capacité de consentir à une intervention, une mesure proposée ne peut
224 être effectuée sans l'autorisation de son représentant, d'une autorité ou d'une personne ou
225 instance désignée par la loi.

226 32. La dénomination de la personne remplissant la fonction de « personne de confiance »,
227 telle que définie dans le Protocole additionnel, peut varier d'un Etat à l'autre. La définition de
228 « personne de confiance » souligne l'importance du choix fait par la personne concernée,
229 mais aussi l'importance que la personne choisie soit désireuse d'apporter l'aide et le soutien
230 nécessaires. Contrairement au représentant, une personne de confiance n'est pas habilitée
231 à prendre des décisions au nom de la personne concernée, mais peut soutenir et aider cette
232 personne à prendre des décisions elle-même.

233 33. Les caractéristiques d'un « tribunal » doivent être interprétées en accord avec la
234 jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme. Cela signifie qu'il doit réunir les
235 conditions suivantes :

- 236 a. être établi par la loi et répondre aux exigences d'indépendance et d'impartialité ;
- 237 b. pouvoir statuer sur tous les aspects du litige et prononcer par conséquent un
238 jugement exécutoire concernant l'affaire jugée ;
- 239 c. l'intéressé doit avoir accès au tribunal.

240 34. Aux fins du Protocole, « organe compétent » désigne la personne ou l'instance prévue
241 par la loi, qui peut prendre une décision sur une mesure involontaire. Les références à
242 « l'autorité responsable », dans le Protocole additionnel, renvoient à l'autorité responsable
243 de l'établissement où est placé le patient, ou à l'autorité ayant la responsabilité
244 administrative des médecins chargés de superviser le traitement lorsque le patient ne fait
245 pas l'objet d'un placement volontaire ou involontaire. La référence à un médecin dans le
246 Protocole additionnel et dans le présent Rapport signifie que la personne possède une
247 qualification médicale.

248 **Chapitre II – Mesures alternatives**

249 **Article 3 – Mesures alternatives**

250 35. Cet article fait obligation aux Etats d'assurer le développement et le recours à des
251 mesures alternatives au placement et au traitement involontaires. L'utilisation de mesures
252 involontaires peut être vécue comme très traumatisante par la personne concernée, et ce
253 traumatisme peut exacerber leur état de santé mentale et rendre leur rétablissement plus
254 complexe et difficile. Comme précisé dans le Préambule, les mesures involontaires ne
255 doivent être appliquées qu'en dernier recours.

256 36. L'offre de services de traitement à domicile et d'intervention en cas de crise et la
257 promotion de directives anticipées peuvent permettre d'éviter d'avoir recours à un placement
258 involontaire au moment d'un épisode aigu d'une maladie. Etant donné que de nombreux
259 troubles mentaux graves ont un caractère récurrent, la réduction du risque de rechute,
260 comme le fait de permettre à une personne d'avoir accès à un logement approprié, de
261 bénéficier d'une assistance sociale et de recevoir des soins de santé, contribue aussi à
262 réduire le recours aux mesures involontaires et est couvert par cet article.

263 **Chapitre III – Dispositions générales**

264 **Article 4 – Légalité**

265 37. Cet article tient compte des exigences des articles 5 et 8 de la Convention européenne
266 des droits de l'homme et des articles 7 et 26 de la Convention sur les droits de l'homme et la
267 biomédecine. Pour remplir ces conditions, le cadre juridique des mesures involontaires doit
268 être suffisamment accessible et prévisible, ce qui signifie que la procédure à suivre pour
269 appliquer une telle mesure doit être « prévue par la loi ». Comme le souligne la
270 jurisprudence dans l'affaire X c. Finlande³, la loi doit prévoir des garanties adéquates contre
271 l'application ou la prolongation arbitraires de mesures.

³ Requête n° 34806/4.

272 **Article 5 – Proportionnalité et nécessité**

273 38. Sur le plan juridique, la nécessité est incluse dans le concept de proportionnalité.
274 Toutefois, le terme est inclus dans le Protocole additionnel pour souligner que les mesures
275 involontaires ne doivent être appliquées qu'en dernier ressort.

276 39. Le principe de la restriction minimale est un principe fondamental internationalement
277 reconnu dans le contexte des soins de santé mentale depuis plusieurs années. Ce principe
278 découle du principe de proportionnalité et son importance dans le domaine des soins de
279 santé mentale est telle qu'il est expressément mentionné dans la seconde phrase de cet
280 article. Il implique que lorsque sont disponibles plusieurs options appropriées qui pourraient
281 répondre au risque associé à l'état de santé mentale de la personne concernée ou qui sont
282 susceptibles d'apporter un traitement efficace pour la personne, l'option la moins restrictive
283 possible et/ou impliquant la moindre intrusion devrait être utilisée la première ; par exemple
284 un traitement ambulatoire au lieu d'une hospitalisation. S'agissant du placement involontaire,
285 cela implique que d'autres mesures moins sévères que la privation de liberté doivent avoir
286 été prises en considération et jugées insuffisantes au regard du risque encouru.

287 40. Bien que la disponibilité des services puisse varier d'un État à l'autre, l'article 3 de la
288 Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine exige que des mesures soient
289 prises pour assurer aux patients un accès équitable à des soins de santé de qualité
290 appropriée. Ces soins de santé comprennent l'accès à des solutions alternatives aux
291 mesures involontaires couvertes par l'article 3 du présent Protocole additionnel, qui souligne
292 que de telles alternatives devraient être utilisées avant des mesures involontaires. Le
293 principe de la proportionnalité et la nécessité ont des incidences importantes sur le recours à
294 l'isolement et à la contention dans les soins de santé mentale. Ce point est développé plus
295 avant à l'article 17 du Protocole additionnel (voir paragraphe 106 ci-dessous).

296 **Article 6 – Personne de confiance**

297 41. Toute personne atteinte d'un trouble mental doit avoir le droit de choisir une personne
298 de confiance. Cela signifie qu'il ne sera pas approprié qu'une autre personne, y compris son
299 représentant, puisse désigner quelqu'un pour remplir ce rôle. Cela n'exclut pas cependant
300 que le droit interne prévoit que la personne de confiance soit formellement désignée par un
301 organe compétent, tant que le droit de la personne à choisir est respecté.

302 42. La personne de confiance doit être une personne à laquelle la personne concernée
303 peut s'en remettre pour l'aider et la soutenir. Il peut s'agir de soutenir la personne dans ses
304 rapports avec les professionnels, ou de témoigner de ce que souhaite cette personne
305 concernant son placement ou son traitement lorsqu'elle ne peut le faire elle-même. La
306 personne de confiance peut être un proche de la personne concernée, comme un membre
307 de sa famille ou un ami, ou une personne venant d'un service de représentation ou d'un
308 organisme bénévole qui a été formée pour assumer ce rôle et avec laquelle la personne
309 concernée est en confiance.

310 43. La plupart des personnes atteintes de troubles mentaux ne seront jamais soumises à
311 des mesures involontaires, mais pour celles qui le sont ou sont susceptibles de l'être (par
312 exemple, une personne non connue auparavant des services de santé mentale qui fait
313 l'objet d'un examen parce que la question de la nécessité d'une mesure involontaire a été
314 soulevée), le fait d'avoir une personne de confiance peut apporter une aide précieuse à un
315 moment très stressant. Ainsi, une personne qui a été diagnostiquée comme souffrant d'un
316 trouble mental souhaitera peut-être choisir une personne de confiance à l'avance pour le cas
317 de figure où elle aurait par la suite besoin du soutien d'une telle personne.

318 44. Le choix valide d'une personne de confiance (autrement dit, le choix d'une personne
319 qui a accepté de remplir le rôle) devrait être dûment documenté. Bien qu'il soit possible de
320 changer de personne de confiance, les souhaits précédemment exprimés à cet égard
321 peuvent être utiles pour veiller à ce que l'intéressé puisse obtenir rapidement un soutien à
322 l'avenir.

323 45. Si une personne n'est pas en mesure de trouver par elle-même une personne de
324 confiance, il conviendrait d'essayer de la mettre en contact avec des personnes qui
325 pourraient être en mesure de l'aider (par exemple, une personne d'un organisme bénévole
326 ou d'un autre organisme qui est fonctionnellement indépendant de l'établissement ou du
327 prestataire de service psychiatrique).

328 46. De même qu'il peut y avoir des conflits d'intérêts entre la personne concernée et sa
329 famille ou d'autres personnes, il peut y avoir des conflits entre la personne de confiance et le
330 représentant du patient (le cas échéant), les membres de la famille et d'autres personnes.
331 Les personnes impliquées dans les procédures de prise de décision et les soins et
332 traitements devraient être attentives à de tels conflits et la législation nationale devrait
333 prévoir des moyens appropriés pour traiter ces conflits. Dans de rares cas, la question des
334 restrictions à la communication avec la personne de confiance peut se poser et ceci est
335 discuté au paragraphe 125 ci-dessous.

336 **Article 7 – Aide juridique**

337 47. La Cour européenne des droits de l'homme a souligné que les personnes doivent
338 avoir la possibilité de défendre leurs droits de manière efficace dans le cadre des
339 procédures judiciaires⁴. Dans l'affaire *Nenov c. Bulgarie*⁵, l'absence d'aide juridique a
340 empêché une personne atteinte d'un trouble mental d'intervenir de manière efficace dans
341 une procédure dans laquelle ses intérêts étaient en jeu ; dès lors, la procédure n'était pas
342 équitable.

343 48. Le premier paragraphe de cet article précise que la personne concernée doit toujours
344 avoir le droit de bénéficier effectivement d'une aide juridique. Cela exige que les personnes
345 fournissant une aide juridique aient les qualifications et l'expérience suffisantes pour remplir
346 ce rôle. Si elles ne sont pas reconnues comme avocats conformément au système juridique
347 national, elles doivent être soumises aux mêmes obligations que les avocats envers la
348 personne concernée et envers les tribunaux. Le droit de communiquer avec la personne
349 fournissant une aide juridique, qui est un prérequis de l'aide juridique effective, est prévu par
350 l'article 19 (1). Le recours à des interprètes et à d'autres aides à la communication peut être
351 nécessaire pour garantir que la personne sera en mesure de participer pleinement à la
352 consultation avec les personnes fournissant une aide juridique.

353 49. Le deuxième paragraphe prévoit que, dans les procédures de prise de décisions
354 concernant les mesures involontaires, ainsi que dans les procédures de recours et de
355 révision, l'aide juridique doit être fournie gratuitement. Il importe que nul ne soit privé de son
356 droit à une aide juridique dans ces procédures en raison d'une incapacité à payer le coût
357 correspondant ; toutefois, le deuxième paragraphe laisse à la législation nationale le soin de
358 déterminer les mécanismes de financement de l'aide juridique. Ainsi, l'article n'exclut pas
359 que des personnes soient tenues de payer des frais d'aide juridique si leurs moyens
360 financiers le leur permettent.

361 50. La procédure initiale tendant à soumettre une personne à une mesure involontaire
362 intervient souvent dans de brefs délais, voire dans l'urgence. La personne concernée doit
363 avoir le droit de bénéficier de l'aide juridique, mais l'article ne prévoit pas la possibilité de

⁴ *Megyeri c. Allemagne*, arrêt du 12 mai 1992, requête n° 13770/88.

⁵ *Arrêt du 16 octobre 2009*, requête n° 33738/02.

364 reporter, pour permettre l'obtention d'une telle aide, une procédure visant à appliquer une
365 mesure involontaire. Ceci pourrait entraîner un risque inacceptable pour la personne ou pour
366 d'autres personnes. En revanche, les procédures d'appel et les réexamens de mesures
367 involontaires se déroulent de manière planifiée et, par conséquent, il doit toujours être
368 possible d'obtenir une aide juridique, si la personne le souhaite.

369 **Article 8 – Obligations professionnelles**

370 51. L'article 4 de la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine dispose que
371 toute intervention dans le domaine médical doit être effectué dans le respect des normes et
372 obligations professionnelles. L'article 11 de la Recommandation Rec(2004)10 *relative à la*
373 *protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles*
374 *mentaux* énonce des exigences de bonnes pratiques en matière de normes professionnelles
375 concernant les soins de santé mentale. Il est notamment exigé que les professionnels des
376 services de santé mentale aient les qualifications et la formation appropriées, y compris un
377 développement professionnel continu, pour pouvoir remplir leur fonction. Il importe que des
378 ressources humaines suffisantes, en termes d'effectifs, de catégories de personnel, ainsi
379 que d'expérience et de formation, soient mobilisées pour pouvoir satisfaire aux exigences de
380 cet article.

381 52. Aux paragraphes 42 à 46 de son 8^e rapport général (document CPT/Inf (98)12), le
382 CPT souligne l'importance d'établir une relation thérapeutique entre le personnel de santé et
383 les patients. Les différentes catégories du personnel travaillant dans une unité psychiatrique
384 (par exemple, les psychiatres, médecins généralistes, infirmiers, psychologues et travailleurs
385 sociaux) devraient fonctionner en équipe sous l'autorité d'un médecin-cadre et se réunir
386 régulièrement, en vue d'identifier les problèmes se présentant au quotidien, de les discuter
387 et de prodiguer des conseils. Dans la formation initiale comme dans la formation continue, il
388 convient d'aborder les dilemmes éthiques qui peuvent survenir dans le domaine de la santé
389 mentale. La promotion de l'autonomie des personnes atteintes de troubles mentaux et la
390 protection de la dignité, des droits de l'homme et des libertés fondamentales en ce qui les
391 concerne, sont des obligations professionnelles fondamentales.

392 53. Le principe d'accès équitable aux soins de santé rappelé dans le Préambule est
393 pertinent pour les besoins de soins de santé physique des personnes atteintes de troubles
394 mentaux. Ces besoins devraient faire l'objet d'une attention appropriée, y compris à travers
395 l'utilisation de tests de dépistage de santé pertinents. Un examen physique approprié devrait
396 toujours être proposé à toute personne soumise à un placement involontaire, ainsi qu'un
397 suivi approprié, si nécessaire.

398 **Article 9 – Environnement approprié**

399 54. Comme le souligne le Préambule, il convient de ne jamais perdre de vue la
400 vulnérabilité des personnes qui font l'objet d'un placement involontaire. Les moyens de
401 subsistance essentiels (être nourri, être au chaud, être logé) doivent toujours être assurés et
402 les patients doivent toujours être traités avec respect et dignité.

403 55. Il est nécessaire de disposer d'une gamme d'établissements pour permettre le
404 placement des personnes dans un environnement adapté à leurs besoins de santé et
405 protéger la sécurité d'autrui en fonction des progrès constatés durant leur traitement.
406 L'éventail des individus susceptibles de faire l'objet d'une mesure de placement involontaire
407 souligne l'importance de la diversité des prestations. Les patients âgés peuvent être
408 physiquement fragiles, et les placer dans un établissement acceptant également des
409 patients plus jeunes atteints de pathologies psychotiques aiguës peut présenter un risque
410 pour eux plutôt que de leur offrir la protection à laquelle ils ont droit. En outre, les soins à
411 apporter aux personnes atteintes de maladies aiguës peuvent être tels que les patients

412 nécessitant une réadaptation et placés dans la même partie de l'établissement risquent de
413 ne pas bénéficier de toute l'attention requise.

414 56. Une attention particulière devrait être portée aux paragraphes 34 à 36 du 8^e rapport
415 général du CPT (document CPT/Inf (98)12), dans lesquels le Comité mentionne plusieurs
416 critères qu'il conviendrait de respecter afin de créer un environnement thérapeutique positif
417 pour les personnes ayant fait l'objet d'une mesure involontaire de placement dans un
418 établissement psychiatrique. Parmi ces critères figurent :

419 - un espace de vie par patient suffisant, ainsi qu'un éclairage, un chauffage et une
420 aération adéquats ;

421 - une décoration tant des chambres des patients que des aires de loisirs ;

422 - la mise à disposition de tables de chevet et de penderies et l'individualisation de
423 l'habillement ;

424 - l'autorisation pour les patients de conserver certains effets personnels ;

425 - la préservation d'un certain degré de vie privée, en particulier en évitant les dortoirs
426 de grande capacité privant les patients de toute vie privée ;

427 - l'autorisation pour les patients qui le souhaitent d'accéder à leur chambre au cours
428 de la journée, plutôt que d'être contraints de rester avec d'autres patients dans les
429 aires communes ;

430 - la mise à disposition d'une nourriture non seulement de quantité et qualité
431 adéquates, mais aussi servie aux patients dans des conditions satisfaisantes ; le
432 service de restauration devrait également tenir compte des croyances religieuses et
433 des coutumes des patients, ainsi que des besoins des patients handicapés.

434 57. En vertu de l'article 23, paragraphe 2, les établissements prévus pour le placement
435 involontaire de personnes atteintes de troubles mentaux doivent être enregistrés auprès
436 d'une autorité appropriée. Cette exigence a pour but de s'assurer que les établissements
437 puissent faire l'objet de contrôles, ce qui est une garantie importante pour les personnes
438 concernées.

439 58. Comme stipulé à l'article 8 du présent Protocole additionnel, tout traitement doit être
440 administré conformément aux obligations et normes professionnelles. Ce point revêt une
441 importance particulière si le traitement est administré à l'extérieur d'un établissement
442 médical, par exemple dans une maison de retraite ou au domicile du patient. Tout suivi
443 médical ou autre soutien nécessaires pour l'administration du traitement doivent être rendus
444 disponibles. Un environnement approprié est celui dans lequel le traitement peut être
445 administré de manière sûre pour le receveur, pour la personne qui administre le traitement
446 et pour toute autre personne se trouvant à proximité. L'administration d'un traitement
447 involontaire à une personne qui s'y oppose activement n'est pas recommandée à l'extérieur
448 d'un établissement médical.

449 59. Le principe d'accès équitable aux services rappelé dans le Préambule signifie qu'une
450 attention doit être accordée à l'accessibilité des services assurant un placement ou un
451 traitement involontaires aux personnes atteintes d'un handicap physique.

452 **Chapitre IV – Critères pour le placement involontaire et pour le traitement involontaire**

453 60. Le Préambule souligne que l'existence d'un trouble mental ne justifie en aucun cas, en
454 soi, une mesure involontaire, et que les mesures involontaires ne doivent être employées
455 qu'en dernier ressort. En conséquence, les dispositions contenues dans le présent chapitre
456 établissent les critères visant à assurer que les mesures involontaires ne sont utilisées que
457 lorsqu'elles sont proportionnées et nécessaires eu égard au risque lié à l'état de santé
458 mentale de la personne concernée.

459 61. Les mesures involontaires ne devant être employées qu'en dernier ressort, des efforts
460 doivent être réalisés pour traiter un risque identifié par les moyens les moins intrusifs
461 possible (comme le recours aux mesures alternatives prévues par l'article 3), avant de
462 mettre en œuvre des mesures involontaires. Le principe de la restriction minimale, prévu par
463 l'article 5, implique que le recours à des mesures involontaires doit être réduit autant que
464 possible. De même, lorsqu'une mesure involontaire est tout de même appliquée, il convient
465 de poursuivre les efforts pour pouvoir l'appliquer sur une base volontaire. Les personnes
466 soumises à des mesures involontaires devraient être réexaminées fréquemment afin de
467 vérifier que leur statut juridique continue d'être justifié et qu'elles bénéficient d'un
468 programme thérapeutique approprié.

469 **Article 10 – Critères pour le placement involontaire**

470 62. Cet article dispose qu'une personne atteinte d'un trouble mental ne peut être soumise
471 à un placement involontaire que lorsque certaines conditions sont réunies : l'état de santé
472 mentale de la personne représente un risque important de dommage grave pour la personne
473 elle-même ou pour autrui, le placement doit avoir une fin thérapeutique, et aucune mesure
474 volontaire n'est suffisante pour répondre au risque. Le placement involontaire n'est en
475 général considéré comme approprié que pour les états associés à certains types de troubles
476 mentaux graves, tels que les psychoses.

477 63. Les dispositions de l'alinéa i) imposent d'effectuer une évaluation des risques. Les
478 risques de dommages peuvent être d'ordre physique ou psychologique. L'évaluation des
479 risques est complexe et difficile, et ne permet pas de faire un pronostic d'une exactitude
480 absolue. Des méthodes d'évaluation clinique structurées destinées à évaluer les risques
481 pourraient être utiles.

482 64. Les situations pouvant entraîner des dommages graves sont d'une grande diversité. Il
483 peut y avoir des menaces de dommages physiques visant directement d'autres personnes
484 ou la personne concernée elle-même (par exemple, un risque que la personne cherche à
485 mettre fin à sa vie). La personne peut se comporter d'une façon créant un risque important
486 de dommages graves (par exemple, en perdant la maîtrise d'elle-même et en n'ayant
487 manifestement pas conscience de l'impact potentiel de cette situation sur autrui). Une
488 personne qui menace ou harcèle une autre personne à plusieurs reprises peut constituer un
489 risque sérieux pour la santé mentale de cette dernière. D'autres actes peuvent entraîner un
490 risque indirect de dommages graves à des personnes comme par exemple le fait de mettre
491 le feu. Dans certains États, ces exemples entrent dans le champ d'application des
492 dispositions concernant la sécurité publique ou l'ordre public. Néanmoins, le principe sous-
493 jacent est celui des risques pour les personnes, comme le précise l'alinéa i)b.

494 65. La notion de santé doit être comprise dans un sens large ; elle englobe la santé
495 physique et la santé mentale. Si un risque important de suicide constitue un risque évident
496 pour la santé, le fait qu'une personne soit gravement affectée par son état de santé mentale,
497 qui l'empêche de prendre soin d'elle-même, peut également être considéré comme mettant
498 en danger la santé de cette personne. Toutefois, une telle auto-négligence doit être évaluée
499 au cas par cas pour déterminer si les critères énoncés à l'alinéa i) sont remplis.

500 66. L'alinéa i) établit une distinction entre les personnes qui présentent un risque pour
501 autrui (a) et celles qui ne présentent qu'un risque pour elles-mêmes (b), en ce qui concerne
502 l'aptitude de ces personnes à prendre une décision sur un placement. Il suit en cela
503 l'approche de la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine. Le paragraphe 50
504 du rapport explicatif de cette Convention explique que l'article 7 (Protection des personnes
505 souffrant d'un trouble mental) constitue une exception à la règle générale du consentement
506 pour les personnes, qui selon la loi, sont capables de consentir, mais dont l'aptitude à
507 prendre une décision quant à un traitement proposé est gravement altérée par leur état de
508 santé mentale. Le paragraphe 42 de ce même rapport évoque la diversité des systèmes
509 juridiques existant en Europe en ce qui concerne la capacité de consentir, systèmes que la
510 Convention (et donc le présent Protocole additionnel) n'a pas pour objet d'harmoniser. Une
511 personne dont l'aptitude à décider d'une intervention est gravement altérée peut, dans
512 certains systèmes juridiques, être considérée comme incapable *de facto* de donner son
513 consentement, quelle que soit sa capacité *de jure*.

514 67. Rien ne justifie de restreindre le droit à l'autonomie d'une personne si son aptitude à
515 prendre une décision n'est pas gravement altérée et si le risque ne concerne qu'elle. En
516 revanche, si l'état de santé mentale de la personne entraîne un risque important de
517 dommages graves pour autrui, les droits des autres personnes doivent être mis en balance
518 avec son droit à l'autonomie. L'article 26 de la Convention sur les droits de l'homme et la
519 biomédecine prévoit la possibilité de déroger au principe du consentement dans l'intérêt,
520 entre autres, de la sûreté publique et de la protection des droits et libertés d'autrui si cela est
521 nécessaire dans une société démocratique et que le droit national précise cette exception.

522 68. Des facteurs autres que l'état de santé mentale peuvent également altérer l'aptitude
523 d'une personne à prendre une décision ou à exprimer une décision : il s'agit notamment des
524 difficultés de communication, des problèmes de santé physique ainsi que des effets de la
525 prise de médicaments, de la peur et de l'épuisement. Ceux qui procèdent à des évaluations
526 devraient être informés de ces problèmes et veiller à ce qu'ils soient réduits autant que
527 possible.

528 69. L'alinéa ii) dispose que le placement doit avoir un but thérapeutique. Les dispositions
529 portant sur le placement involontaire des personnes atteintes de troubles mentaux ne
530 doivent pas être utilisées dans le seul but de mettre une personne dans un environnement
531 sûr. L'existence de fins thérapeutiques n'implique pas que l'on envisage une guérison totale,
532 celle-ci n'étant pas toujours possible. Ainsi que cela est précisé dans les définitions de
533 l'article 2, les fins thérapeutiques incluent le contrôle des symptômes du trouble et la
534 réadaptation.

535 70. Par ailleurs, le « but thérapeutique » ne devrait pas être assimilé à un traitement
536 médical invasif. Au paragraphe 37 de son 8^e rapport général (document CPT/Inf (98)12), le
537 CPT souligne que, dans le contexte du placement involontaire, le traitement psychiatrique
538 devrait toujours être individualisé. En plus de la pharmacothérapie, le plan de traitement
539 individuel devrait comporter un large éventail d'activités thérapeutiques et de réadaptation
540 (telles que l'ergothérapie, la thérapie de groupe et la psychothérapie individuelle). Une
541 personne soumise à un placement involontaire peut se voir proposer un éventail de mesures
542 susceptibles d'améliorer son état, mais elle n'a pas l'obligation de les accepter.

543 71. L'alinéa iii) trouve sa source dans les principes de proportionnalité et de restriction
544 minimale énoncés à l'article 5 du présent Protocole additionnel. Les raisons pour lesquelles
545 des mesures volontaires ne sont pas suffisantes pour répondre aux risques de dommage
546 grave pour la personne elle-même ou pour autrui devraient être consignées d'une manière
547 permettant de contrôler l'emploi de telles mesures, eu égard notamment à la responsabilité
548 des Parties, en vertu de l'article 3 du présent Protocole additionnel, d'assurer le

549 développement et le recours à des alternatives au placement et au traitement involontaires.
550 L'importance du contrôle est soulignée à l'article 23 du présent Protocole additionnel.

551 **Article 11 – Critères pour le traitement involontaire**

552 72. Cet article correspond à l'article 10, et les paragraphes 63 à 71 ci-dessus sont donc
553 également pertinents pour cet article.

554 **Chapitre V – Procédures relatives au placement involontaire et au traitement** 555 **involontaire**

556 **Article 12 – Procédures ordinaires pour la prise de décision sur le placement et sur le** 557 **traitement involontaires**

558 73. Le placement et le traitement involontaires sont traités conjointement dans cet article
559 en raison de la similarité des procédures, mais ces deux mesures sont censées être
560 examinées séparément. La possibilité de les examiner simultanément n'est toutefois pas
561 exclue. Si le placement et le traitement involontaires font l'objet d'une seule et même
562 décision, celle-ci devra, conformément à la jurisprudence de la Cour européenne des droits
563 de l'homme, se fonder sur des bases juridiques distinctes et offrir la possibilité d'un recours
564 pour chaque mesure individuellement.

565 74. Le paragraphe 1 exige que l'intéressé soit examiné par au moins un médecin,
566 conformément aux obligations et normes professionnelles applicables. Cette disposition
567 correspond à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, qui exige que
568 toute décision de placement involontaire soit fondée sur une expertise médicale objective.
569 Le(s) médecin(s) doi(ven)t avoir les compétences (par exemple, une expertise dans
570 l'évaluation des risques pour la personne concernée ou pour autrui en cas de non-utilisation
571 d'une mesure involontaire) et l'expérience nécessaires à l'exécution de cette tâche. La Cour
572 européenne des droits de l'homme considère généralement que les autorités nationales sont
573 les mieux placées pour évaluer les qualifications requises pour l'expert médical. Toutefois,
574 elle a souligné que, dans certains cas, en particulier lorsque la personne faisant l'objet d'une
575 mesure involontaire n'a pas d'antécédent de trouble mental, il est essentiel que l'examen
576 soit mené par un expert psychiatrique⁶. Dans certains cas, par exemple lorsqu'une personne
577 souffre d'un trouble du développement et semble également avoir développé une maladie
578 mentale, une évaluation pluridisciplinaire peut être appropriée. L'approche suivie doit être
579 objective. Ainsi, il n'est pas approprié pour des médecins qui ont un lien étroit de proximité
580 avec le patient d'entreprendre cet examen. La disposition n'exclut pas que ce(s) médecin(s)
581 puisse(nt) bénéficier d'informations de la part d'autres professionnels de santé qui ont
582 examiné en personne le patient. En outre, le rapport d'examen devrait être suffisamment
583 récent pour permettre aux autorités compétentes d'évaluer l'état clinique de la personne
584 concernée au moment où la légalité du placement est examinée. Par exemple, la Cour
585 européenne des droits de l'homme considère qu'un rapport psychiatrique datant d'un an et
586 demi n'est pas suffisant en lui-même pour justifier une privation de liberté⁷.

587 75. Les obligations et normes professionnelles du médecin lui imposent de prendre en
588 considération l'avis de l'intéressé sur le recours au placement ou au traitement. Par
589 exemple, notamment en présence d'un risque pour le patient, celui-ci peut avoir un avis à la
590 fois sur le niveau de risque et sur le meilleur moyen d'y faire face. Le fait d'étudier si
591 l'évaluation de la situation par la personne est réaliste est aussi utile pour apprécier la
592 mesure dans laquelle son aptitude à prendre une décision sur le placement est altérée, si
593 tant est qu'elle l'est. De nombreux troubles mentaux graves étant récurrents, lorsque la
594 personne concernée n'est pas en phase aiguë, il peut être possible de discuter de ses

⁶ Kadusic c. Suisse, N°443977/13, arrêt du 9 janvier 2018

⁷ Herz c. Allemagne, 44672/98, § 50, arrêt du 12 juin 2003

595 préférences en matière de placement et de traitement dans l'éventualité d'une rechute. Le
596 paragraphe 2, alinéa iv) précise que ces souhaits doivent être pris en compte au même titre
597 que les points de vue actuels de la personne concernée.

598 76. De même, pour ce qui est du traitement, l'avis de la personne concernant les
599 différentes options thérapeutiques est important pour trouver un équilibre optimal entre le
600 respect de la volonté et le devoir de protéger la personne concernée et/ou autrui. Cela ne
601 signifie pas qu'il faudrait toujours suivre son avis.

602 77. Le paragraphe 2 prévoit que la décision de placement ou de traitement doit être prise
603 par un tribunal ou par un autre organe compétent. (Pour la définition de ces termes, voir
604 l'article 2, paragraphe 4, de ce Protocole additionnel et le paragraphe 33 et 34 ci-dessus.) Le
605 principe sous-jacent est que la décision doit être prise par un organe indépendant de la
606 personne ou de l'organe qui propose la mesure. L'organe qui prend la décision doit agir sur
607 la base d'un examen médical (i) et doit s'assurer que les critères énoncés aux articles 10
608 et/ou 11, respectivement, sont satisfaits (ii). La décision d'appliquer un traitement
609 involontaire à une personne prise par un tribunal ou un organe compétent ne signifie pas
610 que le tribunal ou l'organe compétent doivent approuver, par exemple, chaque dose de
611 médicament qui doit être administrée.

612 78. Le paragraphe 2, alinéa iii souligne que le tribunal ou l'instance compétente doit agir
613 conformément aux procédures prévues par la loi. Celles-ci doivent respecter les garanties
614 de la Convention européenne des droits de l'homme et se fonder sur le principe suivant
615 lequel la personne concernée doit être entendue en personne. Lorsque cela est nécessaire,
616 un interprète ou d'autres aides à la communication doivent être mobilisés pour s'assurer que
617 la personne peut communiquer aussi efficacement que possible. Certaines personnes
618 peuvent rencontrer des difficultés pour s'exprimer oralement, notamment des personnes
619 souffrant de difficultés d'apprentissage. Elles ont toutefois les mêmes droits que les autres
620 pour être prises en compte autant que possible dans les décisions, et il peut être nécessaire
621 de leur accorder du temps supplémentaire, un soutien et divers moyens de communication
622 afin de déterminer leur avis et leurs préférences aussi précisément que possible, si des
623 mesures involontaires sont envisagées. Dans certaines circonstances, l'état de la personne
624 rend impossible toute communication ou interaction, mais cela doit être soumis à une
625 évaluation détaillée. La consultation de la personne concernée permet aux tribunaux ou aux
626 autres organes compétents de formuler un avis indépendant sur la situation. Ce contact n'a
627 pas nécessairement à avoir lieu dans le tribunal ni sur le site de l'organe compétent, mais
628 peut être au domicile de la personne ou dans un autre lieu sûr.

629 79. La personne concernée doit être autorisée, en principe, à bénéficier du soutien de sa
630 personne de confiance durant la consultation. Des efforts raisonnables devraient être faits
631 pour contacter la personne de confiance. Cependant, si la personne de confiance n'est pas
632 joignable ou disponible, la procédure peut suivre son cours en toute légalité en son absence.

633 80. L'alinéa iv) prévoit que l'opinion de la personne concernée doit être prise en compte,
634 de même que tout vœu précédemment exprimé par cette personne. Le tribunal ou l'instance
635 compétente n'est pas tenu de faire des recherches pour savoir si la personne concernée a
636 émis par le passé des souhaits qui pourraient s'appliquer à la situation actuelle ; en
637 revanche, si l'attention du tribunal ou de l'instance compétente est attirée sur des éléments
638 attestant de l'existence de tels souhaits, ceux-ci devront être pris en compte.

639 81. L'intention du paragraphe 2, alinéa v), est de veiller à ce que si la personne concernée
640 a un représentant, ce dernier soit consulté au sujet de l'état de la personne et des mesures
641 proposées. Une recherche approfondie pour tenter de déterminer si une telle personne
642 existe n'est pas exigée. Si l'existence d'un représentant est confirmée, des efforts
643 raisonnables devraient systématiquement être entrepris pour prendre contact avec lui.

644 82. Le paragraphe 3 de cet article prévoit, si le droit interne le permet, un autre moyen de
645 décider du recours au traitement involontaire pour les personnes faisant l'objet d'un
646 placement involontaire. Dans ce cas, le médecin responsable de la prise en charge d'une
647 personne qui fait l'objet d'un placement involontaire, avec au minimum un autre médecin qui
648 n'est pas impliqué dans les soins de la personne, peuvent être habilités en vertu de la loi à
649 prendre la décision. Le second médecin doit également examiner le patient et prendre son
650 opinion en compte. L'exigence d'un minimum de deux médecins pour participer à la décision
651 vise à constituer une protection additionnelle. Cela signifie que chaque médecin doit être en
652 mesure de prendre une décision indépendante sans être indûment influencé par l'autre. Les
653 médecins qui sont des proches ou qui ont une relation de dépendance (par exemple, si l'un
654 des médecins est le responsable universitaire de l'autre) n'auraient pas suffisamment
655 d'indépendance pour garantir cette protection. Les médecins doivent agir en conformité avec
656 les conditions prévues au paragraphe 2, alinéas ii) à v) (voir paragraphes 77 à 81 ci-
657 dessus).

658 83. Le paragraphe 4 prévoit que la décision de soumettre une personne à un placement
659 involontaire doit indiquer la période de sa validité et doit être consignée par écrit. La limite de
660 durée doit être conforme à la période maximale de validité prévue par le droit national,
661 comme cela est précisé au paragraphe 5. Ainsi, les placements involontaires dont la fin n'est
662 pas déterminée ou qui sont illimités ne peuvent pas être conformes au droit. En outre,
663 l'article 19, paragraphe 2, prévoit que la personne concernée, tout représentant et toute
664 personne lui fournissant de l'aide juridique et, sous réserve du droit national, la personne de
665 confiance, sont informés régulièrement et de manière appropriée des raisons de la mesure
666 et son prolongement éventuel ou sa levée.

667 84. Même si une décision a une durée maximale, cela ne signifie pas que la mesure
668 involontaire s'étendra sur la totalité de cette durée dans la pratique. Le paragraphe 5 exige
669 que la loi énonce les modalités de réexamen régulier. L'article 15, qui régit l'arrêt des
670 mesures involontaires, précise que la personne concernée doit être examinée régulièrement
671 pour s'assurer que les critères d'application de la mesure ou des mesures pertinentes sont
672 toujours remplis.

673 **Article 13 – Procédures pour la prise de décision dans les situations d'urgence**

674 85. Dans les situations d'urgence, un risque important et immédiat de dommage grave
675 pour la personne concernée ou pour autrui est à craindre et le délai d'application des
676 procédures ordinaires serait donc inacceptable. Les procédures prévues pour de telles
677 situations ne doivent pas être utilisées dans d'autres circonstances, ni pour éviter
678 l'application des procédures décrites à l'article 12. Dans ces situations d'urgence, il n'est pas
679 toujours possible d'obtenir un examen approprié par un médecin ayant les qualifications
680 requises en vertu de l'article 12 paragraphe 1. Dès lors, le paragraphe 1, alinéa i permet de
681 fonder la décision sur un examen médical approprié à la mesure envisagée en tenant
682 compte des circonstances. La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme
683 précise expressément qu'en situation d'urgence, le placement involontaire n'exige pas un
684 examen médical approfondi au préalable⁸.

685 86. Ainsi, l'examen peut être bref, mais doit néanmoins fournir suffisamment
686 d'informations pour répondre aux critères correspondant à la mesure concernée. Dans
687 certains pays, l'évaluation peut être effectuée par un spécialiste de la santé mentale, par
688 exemple un psychologue, accompagné d'un médecin. Cette combinaison de deux
689 expertises satisferait dans ce cas à l'exigence du respect des règles d'examen médical.

⁸ X c. Royaume-Uni, arrêt du 5 novembre 1981, requête n° 7215/75.

690 87. La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme établit qu'une autorité
691 administrative peut autoriser un placement pour une période initiale sous réserve que celle-
692 ci soit de courte durée et que la personne puisse introduire rapidement un recours devant un
693 organe judiciaire⁹.

694 88. Le paragraphe 2 exige que la durée maximale d'application d'une mesure d'urgence
695 soit spécifiée par le droit national. La limite de 72 heures, prévue par certaines lois
696 nationales, peut être considérée comme une bonne pratique.

697 89. Le paragraphe 3 souligne que la durée d'une mesure d'urgence doit être aussi courte
698 que possible. Il peut être difficile de déterminer le moment où la situation cesse d'être une
699 urgence, et ce moment devrait donc être déterminé par le médecin responsable de la prise
700 en charge du patient, conformément aux obligations et aux normes professionnelles qui lui
701 incombent. Le paragraphe 3 établit que la mesure peut se poursuivre si les procédures
702 prévues à l'article 12 ont été initiées. Afin d'assurer que la durée des mesures d'urgence soit
703 aussi courte que possible, il convient d'entreprendre ces procédures sans délai, dès que la
704 mesure d'urgence est en vigueur. Afin d'éviter une prolongation inappropriée de la mesure
705 d'urgence, la procédure prévue par l'article 12 devrait être réalisée rapidement.

706 90. Ainsi que cela est indiqué au paragraphe 85 ci-dessus, il se peut que la personne n'ait
707 pas été vue par un médecin possédant les qualifications appropriées, comme cela est prévu
708 par l'article 12, paragraphe 1, avant le recours à la mesure d'urgence. Une fois cette mesure
709 appliquée, la personne doit faire l'objet, dès que possible, d'une évaluation effectuée par un
710 spécialiste.

711 91. Comme cela est précisé à l'article 15, paragraphe 1, si l'un des critères nécessaires à
712 la mise en place d'une mesure n'est plus rempli, il doit être mis fin à la mesure. Il est donc
713 possible qu'il soit mis fin à une mesure avant qu'un tribunal ou qu'un autre organe
714 compétent ait pu prendre une décision conformément à l'article 12.

715 92. Le fait que la décision ait été prise en situation d'urgence ne restreint pas le droit de la
716 personne concernée d'exercer un recours sur la légalité de la mesure conformément à
717 l'article 16 du présent Protocole additionnel.

718 **Article 14 – Prolongation des mesures involontaires**

719 93. Lorsqu'il est décidé, conformément à l'article 12, de soumettre une personne à une
720 mesure de placement et/ou de traitement involontaires, la décision porte sur une période
721 définie. Dans de nombreux cas, la santé mentale de la personne s'améliore durant cette
722 période, ce qui permet de mettre fin à la mesure. Dans d'autres cas, à l'approche de la fin de
723 la période, il apparaît que, pour des raisons de sécurité, il n'est pas possible de mettre fin à
724 la mesure involontaire.

725 94. Il convient de poursuivre les efforts visant à permettre à la personne d'accepter le
726 traitement sur une base volontaire ; cet article précise toutefois que, faute d'y parvenir, les
727 procédures à suivre pour prolonger la mesure doivent être les mêmes que celles énoncées
728 à l'article 12, et que les droits de la personne concernée doivent donc bénéficier du même
729 niveau de protection.

⁹ Résumé dans l'affaire *MH c. Royaume-Uni*, arrêt du 22 octobre 2013, requête n° 11577/06.

730 **Article 15 – Arrêt des mesures involontaires**

731 95. La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme précise que le
732 placement involontaire doit prendre fin aussitôt que l'état de santé mentale du patient ne
733 l'impose plus¹⁰. Cet article suit ce principe, qui a aussi été souligné par le CPT. Il importe
734 donc d'effectuer des évaluations fréquentes de l'état de santé mentale du patient,
735 notamment dans les périodes où cet état évolue rapidement.

736 96. Le terme « autorité responsable » est défini à l'article 2 paragraphe 4 dernier alinéa,
737 (voir paragraphe 34 ci-dessus). En vertu de l'article 15, paragraphe 3, cette autorité doit
738 s'assurer qu'il existe des procédures garantissant un réexamen régulier de la conformité des
739 mesures involontaires avec les exigences légales, indépendamment d'une demande de la
740 personne concernée, à des intervalles raisonnables eu égard à la possibilité d'une évolution
741 de l'état de santé mentale de l'intéressé qui aurait des implications pour le respect des
742 critères relatifs à la mesure involontaire en question. Ce réexamen est particulièrement
743 important pour la protection des droits des patients qui peuvent ne pas être en mesure d'agir
744 par eux-mêmes et pour s'assurer qu'ils ne sont pas désavantagés si ils ne bénéficient pas,
745 par exemple, d'un représentant qui pourrait demander un réexamen par le tribunal.

746 97. Il importe que la personne concernée, avec le soutien de sa personne de confiance,
747 prenne part aussi pleinement que possible au processus. S'agissant des personnes
748 éprouvant des difficultés de communication, l'approche visant à maximiser leur participation
749 pourrait inclure les éléments suivants :

- 750 - établir le moment de la journée où l'intéressé est au mieux de sa forme et
751 l'approcher à ce moment ;
- 752 - établir l'environnement dans lequel l'intéressé est le mieux et l'approcher dans cet
753 environnement ;
- 754 - établir les personnes avec lesquelles l'intéressé communique le mieux et les
755 impliquer dans le processus de communication.

756 **Article 16 – Recours et réexamen concernant la légalité de mesures involontaires**

757 98. Un recours est une action contestant la décision d'appliquer une mesure. Un
758 réexamen se réfère à l'étude de la légalité du maintien de la mesure, compte tenu par
759 exemple de l'amélioration de l'état de santé mentale de la personne concernée. Pour qu'une
760 personne puisse exercer ses droits à un recours et à un réexamen, elle doit d'abord
761 comprendre qu'elle bénéficie de ces droits. Le droit à l'information (article 19) est donc
762 essentiel pour permettre à une personne d'exercer ses droits en vertu de l'article 16.

763 99. La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme établit qu'une
764 personne a le droit de faire appel de décisions concernant le placement involontaire ou le
765 traitement involontaire (ou, le cas échéant, les deux), et a le droit à ce que les mesures
766 involontaires soient réexaminées à des intervalles raisonnables¹¹. Elle précise également
767 que les procédures de recours et de réexamen doivent être conduites par une instance
768 spécialisée ayant les caractéristiques d'un tribunal (voir paragraphe 33 ci-dessus) et capable
769 de statuer sur la légalité de la mesure et ordonner son arrêt si nécessaire¹².

770 100. La personne concernée a un droit d'accès à la justice à intervalles raisonnables. La
771 Cour européenne des droits de l'homme a reconnu qu'il peut s'avérer nécessaire pour des

¹⁰ *Winterwerp c. Pays-Bas*, arrêt du 24 octobre 1979, requête n° 6301/73.

¹¹ *Stanev c. Bulgarie*, arrêt du 17 janvier 2012, requête n° 36760/06.

¹² *Winterwerp c. Pays-Bas*, arrêt du 24 octobre 1979, requête n° 6301/73.

772 Etats de prévoir des restrictions à l'accès à la justice en termes de fréquence de réexamen
773 dans le but d'éviter l'engorgement des tribunaux par des « demandes excessives et
774 manifestement mal fondées »¹³. Le critère d'intervalle raisonnable doit être examiné dans le
775 contexte des circonstances particulières et tenir compte de la complexité du cas et du temps
776 écoulé depuis le dernier réexamen. A titre d'exemple, si un réexamen effectué d'office ou à
777 la demande d'une personne soumise à une mesure involontaire conclut au maintien de la
778 mesure, et si la personne dépose une nouvelle demande de réexamen dès le lendemain, la
779 probabilité qu'un nouveau réexamen produise un résultat différent du précédent devra être
780 envisagée en tenant compte du temps écoulé et de l'état de santé du patient.

781 101. Il est de bonne pratique d'informer le médecin responsable des soins du patient des
782 procédures engagées (c'est-à-dire, de la tenue du réexamen ou du recours) et du droit du
783 médecin à y participer.

784 102. Le tribunal doit, en pleine connaissance des faits et des aspects juridiques pertinents,
785 vérifier que l'ensemble des exigences de procédure, ainsi que tous les critères définis pour
786 une mesure ou sa prolongation, sont respectés.

787 103. La personne doit toujours pouvoir bénéficier du soutien de sa personne de confiance
788 (si elle en a désigné une). La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme
789 souligne l'importance du droit du patient à être entendu en personne, mais elle reconnaît
790 également qu'en cas de nécessité, le patient peut être entendu par le biais d'un
791 représentant. Cela peut être le cas, par exemple, lorsque l'état mental de la personne ne lui
792 permet pas de participer à la procédure, ou lorsque sa participation pourrait entraîner un
793 risque important de dommages pour d'autres participants.

794 104. Le paragraphe 3 suit le principe général selon lequel la personne concernée ainsi que
795 quiconque fournit une aide juridique au cours des procédures judiciaires doivent avoir accès
796 à toutes les pièces détenues par le tribunal. Le paragraphe 3 précise qu'exceptionnellement,
797 il est possible que le droit national prévoit que certaines informations ne soient pas
798 communiquées à la personne concernée, afin de préserver la confidentialité et la sécurité
799 d'autrui. Cette disposition vise en particulier à permettre aux proches de la personne
800 concernée de communiquer à l'équipe médicale des informations sur l'état de santé de cette
801 dernière (par exemple, après un séjour à domicile) de façon confidentielle s'ils le souhaitent.
802 Dans certains cas, une personne atteinte d'un trouble mental peut avoir une réaction
803 violente lorsqu'un membre de la famille divulgue des informations suggérant qu'elle ne se
804 porte pas aussi bien (et que, donc, il n'y a pas lieu de lever la mesure) qu'elle souhaiterait le
805 faire croire.

806 105. La personne concernée conserve son droit au respect de sa vie privée s'agissant des
807 informations relatives à sa santé, comme cela est établi à l'article 10 de la Convention sur
808 les droits de l'homme et la biomédecine. Ainsi, la personne peut décider des éléments
809 d'information relatifs à sa santé qu'elle souhaite partager avec sa personne de confiance.
810 Ceci est reflété à l'article 16, paragraphe 3, dans lequel il est fait une distinction concernant
811 la portée de la communication des pièces présentées devant un tribunal (qui incluent les
812 informations relatives à la santé de la personne) selon que cette communication concerne le
813 représentant de la personne et la personne fournissant une aide juridique, ou la personne de
814 confiance.

¹³ *Stanev c. Bulgarie*, arrêt du 17 janvier 2012, requête n° 36760/06, paragraphe 242.

815 **Chapitre VI – Situations spécifiques**

816 **Article 17 – Isolement et contention**

817 106. Cet article s'appuie sur les normes pertinentes du CPT (établies dans le document
818 CPT/Inf (2017) 6). Les termes « isolement » et « contention » sont définis à l'article 2
819 paragraphe 4 du présent Protocole additionnel (voir paragraphe 30 ci-dessus). L'isolement
820 et la contention ne doivent être employés que s'ils sont nécessaires et proportionnés, et
821 qu'ils visent à éviter tout dommage grave et imminent à la personne concernée ou à autrui.
822 L'isolement et la contention ne doivent jamais être employés comme punition, pour la simple
823 convenance du personnel, en raison du manque de personnel ou en remplacement d'un
824 soin ou d'un traitement approprié. Le CPT souligne l'importance de la formation du
825 personnel, notamment pour les techniques de désescalade, afin de limiter l'usage de
826 l'isolement et de la contention.

827 107. L'isolement et la contention ne doivent avoir lieu que dans un environnement
828 approprié, c'est-à-dire dans lequel l'intervention peut être menée de façon à assurer la
829 sécurité de la personne concernée, du personnel chargé de l'intervention et des autres
830 personnes présentes dans l'environnement immédiat. Étant donné qu'il n'est pas possible
831 de surveiller quelqu'un en isolement à domicile, la sécurité de la personne concernée ne
832 peut pas être assurée dans de telles circonstances, et par conséquent, une telle intervention
833 est interdite.

834 108. Le paragraphe 2 est fondé sur les normes du CPT, qui prévoient que tout recours à
835 l'isolement ou à la contention (y compris à la contention chimique) soit consigné dans le
836 dossier médical du patient et soit spécifiquement enregistré. L'enregistrement peut
837 également se présenter sous la forme d'une banque de données de laquelle il sera possible
838 d'extraire toute information pertinente contenue dans les dossiers médicaux. Ces registres
839 relèvent du champ d'application de l'article 21 du Protocole additionnel. La personne
840 concernée aura un droit d'accès à ces informations, conformément à l'article 10 de la
841 Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine. Le texte doit mentionner la nature
842 du recours à l'isolement ou à la contention, les dates et heures de début et de fin, les
843 circonstances de l'intervention, les raisons du recours à l'isolement ou la contention, le nom
844 du médecin qui a ordonné ou approuvé la mesure, et un compte rendu de toute blessure
845 subie par des patients ou des membres du personnel.

846 109. Le CPT souligne l'importance de ces registres, qui permettent à l'autorité responsable
847 d'avoir un regard sur l'ampleur de l'utilisation de l'isolement et de la contention et, s'il y a
848 lieu, de prendre des dispositions pour réduire leur fréquence. Chaque Etat doit veiller à ce
849 que la responsabilité de l'établissement et de la tenue du registre soit clairement stipulée.
850 Dans la pratique, le registre sera probablement tenu au sein de l'établissement concerné.
851 Contenant des données à caractère personnel sensibles, il devrait être protégé en
852 conséquence, comme noté au paragraphe 127 ci-dessous. Les informations relatives au
853 recours à l'isolement et à la contention à l'intérieur d'une institution sont également
854 importantes, car elles font partie du processus de suivi prévu par l'article 23. Les données à
855 caractère personnel sensibles doivent être protégées de manière appropriée dans ce type
856 de processus.

857 110. L'isolement et la contention peuvent poser un risque particulier pour le patient ; par
858 conséquent, les patients qui y sont soumis doivent faire l'objet d'un suivi attentif. Ils ne
859 devraient être utilisés que dans un environnement approprié (voir le paragraphe 107 ci-
860 dessus). L'isolement peut causer désorientation et anxiété. La contention doit être pratiquée
861 avec compétence et précaution afin de ne pas mettre en danger la santé du patient ou lui
862 causer des douleurs. Il est particulièrement important que les fonctions vitales telles que la
863 respiration et la communication ne soient pas gênées. La vidéosurveillance ne saurait

864 remplacer la présence permanente d'un membre du personnel. En cas d'isolement, le
865 membre du personnel peut être à l'extérieur de la pièce, à condition que le patient puisse
866 pleinement le voir et que lui-même puisse observer et entendre sans relâche le patient. La
867 surveillance continue permet également de veiller à ce que la mesure ne soit appliquée que
868 pour la durée minimale nécessaire, comme cela est prévu au paragraphe 1 de cet article.

869 111. Le CPT souligne que chaque établissement psychiatrique devrait avoir, en matière de
870 contention, une politique globale couvrant la formation. Le personnel chargé de la
871 surveillance aux fins du paragraphe 3 devrait pleinement comprendre la politique et avoir
872 reçu la formation appropriée en matière de recours à la contention et à l'isolement,
873 acceptable d'un point de vue éthique, y compris une formation pour reconnaître les signes
874 indiquant que le processus a des effets néfastes sur le patient et la nécessité de mesures
875 rapides et appropriées pour remédier à cette situation.

876 112. Le recours à l'isolement ou à la contention n'est pas soumis aux dispositions de
877 l'article 16, qui concerne les appels et les réexamens relatifs à la légalité d'un placement
878 involontaire ou d'un traitement involontaire. Cependant, le paragraphe 4 de cet article
879 précise que tout recours à l'isolement ou à la contention peut faire l'objet de procédures de
880 plaintes établies par l'article 22. En vertu du principe de la protection la plus étendue, tel
881 qu'énoncé à l'article 1 paragraphe 2 de ce Protocole additionnel, les Parties peuvent
882 également choisir de faire en sorte qu'il soit possible de faire appel devant un tribunal d'un
883 recours à l'isolement ou à la contention.

884 113. L'accès au soutien approprié, provenant par exemple de la personne de confiance,
885 peut s'avérer particulièrement important lorsqu'une personne a fait l'objet d'un isolement ou
886 d'une contention ; dans ces circonstances, le droit de communication, conformément à
887 l'article 20 de ce Protocole additionnel, revêt une importance particulière. Ce soutien peut
888 également permettre à la personne d'utiliser effectivement le mécanisme de plaintes. En
889 conséquence, l'article 19, paragraphe 3, prévoit que la personne fournissant de l'aide
890 juridique, le représentant et la personne de confiance doivent être informés dans les plus
891 courts délais de tout recours à la contention ou à l'isolement.

892 114. Le recours à l'isolement ou à la contention, sur des personnes atteintes de problèmes
893 de santé mentale qui ne sont pas soumises à des mesures involontaires, notamment des
894 personnes qui se sont rendues elles-mêmes volontairement dans une institution, n'entre pas
895 dans le champ d'application de ce Protocole additionnel, comme cela est prévu par
896 l'article 2, paragraphe 1. Si de telles mesures sont considérées comme nécessaires, il
897 conviendra alors de veiller à protéger les droits fondamentaux de la personne par le recours
898 formel à une mesure involontaire, qui placerait cette personne dans le champ d'application
899 de ce Protocole additionnel. Selon le principe de la protection la plus étendue (voir l'article 1,
900 paragraphe 2), un État peut également choisir d'appliquer les dispositions de l'article 17 au
901 recours à l'isolement et à la contention sur des personnes qui n'entrent pas dans le champ
902 d'application du présent Protocole.

903 **Article 18 – Traitements visant à produire un effet irréversible**

904 115. L'article 18 traite du recours à un traitement qui vise à produire un effet physique
905 irréversible. Il s'agit par exemple d'une opération psycho-chirurgicale visant à produire une
906 petite lésion à un endroit spécifique du cerveau. Ce type de traitement ne doit être entrepris
907 qu'avec le consentement éclairé de la personne concernée. La difficulté de s'assurer que ce
908 consentement est véritablement volontaire lorsqu'une personne est soumise à des mesures
909 involontaires signifie qu'il est exclu d'utiliser ce type de traitement dans le contexte d'un
910 placement et/ou d'un traitement involontaires.

911 116. Cet article ne couvre pas les traitements qui pourraient, parmi les effets secondaires
912 indésirables, avoir des conséquences physiques irréversibles. Par exemple, certains
913 médicaments utilisés pour traiter la psychose peuvent produire un effet potentiellement
914 irréversible de dyskinésie tardive chez une partie des patients, après un usage à long terme.
915 Ce ne sont cependant pas les effets recherchés lorsque ce médicament est administré.

916 **Chapitre VII – Information et communication**

917 **Article 19 – Droit à l’information**

918 117. Lorsqu’une personne fait l’objet d’une mesure involontaire de placement ou de
919 traitement pour un trouble mental, elle doit être informée de ses droits d’une manière qui lui
920 permette, autant que possible, de comprendre et d’utiliser cette information.

921 118. Lorsqu’une personne fait l’objet d’une mesure involontaire, il est de bonne pratique de
922 l’informer de ses droits à la fois oralement et par écrit. Il est important de supprimer toute
923 barrière linguistique, par exemple en proposant une interprétation dans la langue maternelle
924 de la personne. Cependant, l’information écrite ne doit pas être considérée comme pouvant
925 remplacer l’information donnée en personne, mais plutôt comme pouvant la compléter.
926 L’information écrite devrait être disponible sous un format accessible, y compris un texte
927 facile à lire, si nécessaire. L’information communiquée au patient doit comporter des
928 précisions sur son droit au réexamen de la mesure, et au recours dont il dispose,
929 conformément à l’article 16 du présent Protocole additionnel. Certains patients peuvent être
930 analphabètes et il convient de veiller à ce qu’ils ne soient pas désavantagés pour ce motif
931 dans l’exercice de leurs droits. Conformément à la jurisprudence de la Cour européenne des
932 droits de l’homme, la personne qui fait l’objet d’un placement involontaire doit par ailleurs
933 être informée rapidement des raisons qui motivent cette mesure¹⁴.

934 119. Au moment où la personne est soumise à une mesure involontaire, il peut lui être
935 difficile, à cause de son état de santé mentale, de comprendre les informations portant sur
936 ses droits. La personne devrait recevoir autant d’informations que son état de santé mentale
937 le permet, et l’information devrait éventuellement être répétée (éventuellement plus d’une
938 fois) au fur et à mesure que l’état de santé mentale s’améliore. De même, les personnes
939 ayant des problèmes de mémoire peuvent avoir besoin de recevoir des informations écrites
940 pour se faire rappeler ce qui a leur été dit, et des invitations à un réexamen périodique des
941 informations le cas échéant. Il est important que la personne comprenne, dès que possible,
942 quels sont ses droits à l’égard des mesures involontaires et que la personne de confiance
943 puisse l’aider à cette fin.

944 120. Le paragraphe 2 reconnaît que, outre la personne concernée, toute personne
945 fournissant une aide juridique et tout représentant doivent connaître les raisons de la
946 décision, afin de pouvoir, le cas échéant, la contester efficacement. Les informations
947 peuvent aussi être fournies à la personne de confiance, lorsqu’il en existe une, si et de la
948 manière dont la législation nationale le prévoit. Sachant que les informations sur les raisons
949 d’une décision incluent des données médicales personnelles, comme évoqué au
950 paragraphe 105 ci-dessus, ce partage d’informations doit prendre en compte le droit à la vie
951 privée de la personne concernée. Cette dernière peut choisir de partager les informations
952 avec sa personne de confiance.

953 121. Comme indiqué au paragraphe 113 ci-dessus, les personnes soumises à l’isolement
954 ou à la contention peuvent avoir particulièrement besoin de soutien. Pour répondre à cette
955 situation, le paragraphe 3 introduit une obligation spécifique d’informer rapidement la

¹⁴ *Van der Leer c. Pays-Bas*, arrêt du 21 février 1990, requête n° 11509/85.

956 personne fournissant de l'aide juridique, le représentant et la personne de confiance de tout
957 recours à l'isolement ou à la contention.

958 **Article 20 – Droit à la communication**

959 122. Le terme « communication » a un sens large. Il englobe l'expression écrite, par
960 exemple le fait d'écrire ou de recevoir une lettre ou un courriel, et l'expression orale, par
961 exemple le fait de parler au téléphone et un échange en face à face. Par conséquent, les
962 restrictions à la communication peuvent être partielles, par exemple lorsqu'une personne est
963 autorisée à utiliser le téléphone de l'établissement, avec ou sans surveillance, mais pas à
964 utiliser son téléphone mobile ; ou encore, est autorisée à rencontrer des personnes
965 extérieures à l'établissement, mais seulement en présence d'un membre du personnel de
966 l'établissement.

967 123. Le CPT a souligné l'importance, tant d'un point de vue thérapeutique que comme
968 garantie contre les abus, que les personnes qui font l'objet d'un placement involontaire
969 puissent communiquer avec le monde extérieur. La communication est importante pour
970 assurer que les personnes peuvent préserver, si possible, des liens sociaux et familiaux qui
971 revêtent pour elles un caractère important.

972 124. Il n'est pas envisagé qu'il puisse s'avérer nécessaire de limiter la communication avec
973 les personnes ou organes énoncées au paragraphe 1. Les organes officiels comprennent
974 les organes chargés de contrôler le respect des dispositions du présent Protocole
975 additionnel, conformément à l'article 23, et les instances internationales telles que la Cour
976 européenne des droits de l'homme, le CPT, le Sous-Comité des Nations Unies pour la
977 prévention de la torture et les mécanismes nationaux de prévention établis en vertu du
978 Protocole facultatif se rapportant à la Convention des Nations Unies contre la torture.

979 125. Le droit de communiquer avec d'autres personnes ou organes ne peut être limité que
980 dans la mesure où cela est nécessaire pour protéger la santé et la sécurité de la personne
981 concernée ou de tiers. Un exemple serait qu'il soit clairement constaté que le contact avec
982 une personne spécifique conduise à une détérioration grave de la santé mentale de la
983 personne. Cela ne signifie pas qu'un établissement ne peut pas, par exemple, avoir un «
984 règlement intérieur » concernant les périodes de visite, mais ces règles devraient être
985 tenues à disposition pour un contrôle indépendant. De tels «règlements intérieurs» devraient
986 seulement consister en des règles de la vie quotidienne qui sont normalement établies pour
987 vivre dans n'importe quel logement donné.

988 **Chapitre VIII – Archivage, procédures de plainte et contrôle**

989 **Article 21 – Archivage**

990 126. Il est toujours important de disposer de dossiers médicaux complets ; lorsqu'une
991 personne fait l'objet d'une mesure involontaire, il faut également disposer de dossiers
992 administratifs. Les dossiers exigés par le présent article pour les personnes soumis à des
993 mesures involontaires peuvent servir à contrôler la légalité de chaque mesure et à vérifier
994 que son maintien se justifie. Ces dossiers devraient être élaborés avec soin, conformément
995 aux réglementations de chaque Etat membre et aux normes et obligations professionnelles.

996 127. Selon les principes des instruments en vigueur du Conseil de l'Europe relatifs à la
997 protection des données, tels que la Convention pour la protection des personnes à l'égard
998 du traitement automatisé des données à caractère personnel (STE n°108, 1981), les
999 données concernant un trouble mental ou un état de santé mentale d'une personne ou
1000 concernant le traitement d'une personne pour ce trouble ou cet état de santé mentale font

1001 partie des données sensibles auxquelles est conféré un haut degré de protection, quel que
1002 soit le support sur lequel elles sont enregistrées.

1003 128. La législation doit préciser clairement les conditions auxquelles est soumis l'accès à
1004 ces informations dans le respect des principes applicables à l'accès aux données relatives à
1005 la santé énoncés par les instruments mentionnés au paragraphe 127 ci-dessus. De même,
1006 des directives claires devraient indiquer la durée de conservation des dossiers.

1007 **Article 22 – Procédures de plainte**

1008 129. L'existence de systèmes de plaintes effectifs assure une protection importante des
1009 droits de l'homme et de la dignité des personnes faisant l'objet de mesures involontaires.
1010 Cet article suit les recommandations du CPT. L'« autorité responsable » est définie à
1011 l'article 2 (voir paragraphe 34 ci-dessus). L'article 16 du Protocole additionnel permet à la
1012 personne concernée de contester la légalité d'une mesure involontaire. Toutefois, l'intéressé
1013 voudra peut-être également se plaindre de points tels que les conditions de vie, les
1014 restrictions à la communication ou le recours inapproprié à l'isolement ou à la contention
1015 (voir article 17, paragraphe 4 sur ce dernier point).

1016 **Article 23 – Contrôle**

1017 130. Le suivi est important pour assurer la protection des droits de l'homme et de la dignité
1018 des personnes atteintes de troubles mentaux et pour assurer la conformité avec les normes
1019 juridiques nationales, y compris celles établies par le présent Protocole additionnel. L'utilité
1020 et l'importance de l'implication des personnes qui sont ou ont été atteintes de troubles
1021 mentaux, de leurs proches et d'organisations qui les représentent dans l'élaboration des
1022 politiques et des procédures ayant trait aux soins de santé mentale sont de plus en plus
1023 reconnues. Aussi l'implication de ces personnes et organisations dans le processus de
1024 contrôle est-il encouragé.

1025 131. Au paragraphe 55 de son 8^e rapport général (document CPT/Inf(98)12), le CPT
1026 souligne l'importance considérable des visites régulières d'établissements psychiatriques
1027 par un organe indépendant chargé du contrôle des soins dispensés aux patients. Cet organe
1028 devrait être autorisé, en particulier, à s'entretenir en privé avec les patients et à formuler les
1029 recommandations nécessaires à l'autorité responsable.

1030 132. L'exigence d'enregistrement des établissements, au deuxième paragraphe de cet
1031 article, vise à faciliter l'inspection et le contrôle adéquats de ces structures. Le terme
1032 « établissement » s'entend au sens large et comprend les structures et les services de santé
1033 dans lesquels une personne atteinte d'un trouble mental peut être placée. Le contrôle
1034 adéquat des établissements contribue à ce que toutes personnes reçoivent un traitement
1035 digne, humain et professionnel en étant protégées des abus, et à ce que leurs droits de
1036 l'homme soient pleinement respectés.