



Jean-Jacques Gautier

## **NPM Symposium**



- **2016**  
Le monitoring des  
institutions psychiatriques



association pour la prévention de la torture  
asociación para la prevención de la tortura  
association for the prevention of torture

# Symposium Jean-Jacques Gautier pour les MNP 2016

---

**Le monitoring des institutions  
psychiatriques**

**Rapport final**

L'Association pour la prévention de la torture (APT) est une organisation indépendante non-gouvernementale basée à Genève, qui œuvre dans le monde entier en faveur de la prévention de la torture et autres mauvais traitements.

L'APT a été fondée en 1977 par le banquier et avocat suisse Jean-Jacques Gautier. Depuis, l'APT est devenue une organisation leader dans le domaine de la prévention de la torture. Son expertise et ses conseils sont demandés par des organisations internationales, des gouvernements, des institutions des droits humains et d'autres acteurs. L'APT a joué un rôle central dans la mise en place de normes et de mécanismes internationaux et régionaux visant à prévenir la torture, tels que le Protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et les Mécanismes nationaux de prévention.

L'APT s'engage pour un monde sans torture où les droits et la dignité de toutes les personnes privées de liberté sont respectés.

### **Association pour la prévention de la torture – APT**

B.P. 137

1211 Genève 19, Suisse

Tél. + 41 22 919 21 70

[apt@apt.ch](mailto:apt@apt.ch) · [www.apt.ch](http://www.apt.ch)

twitter @apt\_geneva

Copyright © 2016, Association pour la prévention de la torture (APT).

Tous droits réservés. Le contenu de cette publication peut être librement cité ou réimprimé, à condition de citer la source. Les demandes d'autorisation de reproduction et/ou de traduction de la publication doivent être adressées à l'APT.

ISBN 978-2-940597-06-2

Conception graphique : minimum graphics

Mise en page : Anja Härtwig, APT

Logo du Symposium JJG (en couverture) : Shazeera Zawawi

# Table des matières

---

Remerciements	v
Abréviations	vii
À propos du troisième Symposium Jean-Jacques Gautier	1
Objectifs et structure du rapport	3
Résumé	5
<b>Introduction : cadre général et définitions</b>	<b>9</b>
Le monitoring des institutions psychiatriques	9
Vers un changement de paradigme : la Convention sur les droits des personnes handicapées	11
Principales définitions et terminologie	13
<b>Privation de liberté et traitement en institution psychiatrique</b>	<b>17</b>
Normes et perspectives internationales	17
Le principe du consentement libre et éclairé au traitement	20
Le principe du consentement libre et éclairé : défis pratiques à sa mise en œuvre	22
<b>Situations et facteurs de risque en institution psychiatrique</b>	<b>25</b>
Isolement et mesures de contention	25
Dignité et respect du droit à la vie privée	29
Évaluer le traitement et les risques de surmédication	31
<b>Le monitoring des institutions psychiatriques : Quel rôle pour les MNP ?</b>	<b>35</b>
Contours et limites du mandat préventif des MNP	35
Principaux défis méthodologiques	38
<b>Conclusion</b>	<b>43</b>
Annexe I : Programme	47
Annexe II : Liste des participant·e·s	53
Annexe III : Note conceptuelle	57
Annexe IV : Références utiles	61



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

**Département fédéral des affaires étrangères**



REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

*L'APT remercie le Département fédéral des Affaires étrangères de la Confédération suisse ainsi que le Canton de Genève pour leur soutien au projet du 3<sup>ème</sup> Symposium Jean-Jacques Gautier.*

# Remerciements

---

Le présent rapport rend compte des débats tenus lors du troisième Symposium Jean-Jacques Gautier qui a porté sur le monitoring des institutions psychiatriques. L'APT tient à remercier l'ensemble des personnes présentes à cette rencontre, représentant·e-s des MNP et expert·e-s internationaux(-ales), pour leur participation active et leurs précieuses contributions. L'APT souhaite également remercier Isabelle Heyer et Caroline Mouchet, qui ont organisé ce Symposium et rédigé le présent rapport.

Enfin, l'APT salue les contributions et le soutien d'autres membres de son équipe, en amont et en aval du Symposium, en particulier Catherine Felder, Jean-Sébastien Blanc, Barbara Bernath, Veronica Filippeschi, Sylvia Dias, Rosita Ericsson et Mireille Gheryani.



# Abréviations

---

APT	Association pour la prévention de la torture
CPT	Comité européen pour la prévention de la torture
CDPH	Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées
MNP	Mécanisme national de prévention
ONG	Organisation non-gouvernementale
OPCAT	Protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants
SPT	Sous-comité des Nations Unies pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants





# À propos du troisième Symposium Jean-Jacques Gautier

---

Ce Symposium est le troisième d'une série de rencontres organisées à Genève dans le but de permettre à des Mécanismes Nationaux de Prévention (MNP) - les institutions nationales créées en vertu du Protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la Torture (OPCAT) - d'échanger sur les défis rencontrés dans la mise en œuvre de leur mandat préventif et d'identifier des bonnes pratiques eu égard aux situations de vulnérabilité en détention. Le Symposium offre, à cette fin, une plateforme d'échange entre pairs et avec d'autres expert·e·s. Le premier Symposium, organisé en 2014, a porté sur les situations de vulnérabilités des enfants en détention, tandis que le deuxième, en 2015, a été consacré aux personnes LGBT (lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres) privées de liberté. Pour sa troisième édition, le Symposium Jean-Jacques Gautier s'est concentré sur le monitoring des institutions psychiatriques.

Ces Symposium rendent hommage à Jean-Jacques Gautier, fondateur de l'APT, dont la proposition d'instaurer des visites régulières et sans préavis dans tous les lieux de détention est aujourd'hui une réalité. En effet, l'OPCAT, adopté en 2002 et dont la ratification implique la mise en place d'un mécanisme de visite indépendant au niveau national (le MNP) et international (le Sous-Comité pour la Prévention de la Torture), est en vigueur depuis 2006 et compte 83 États parties provenant de toutes les régions du monde. En vertu de leur mandat, les MNP procèdent à des visites dans tout lieu où des personnes se trouvent privées de leur liberté ou sont susceptibles de l'être.

Les institutions psychiatriques ont reçu une attention croissante au niveau international au cours des dernières années, y compris de la part des organes de prévention de la torture. Pour faire face aux situations de vulnérabilité que rencontrent les personnes privées de leur liberté dans ces institutions et être mieux à même de remplir leur mandat de prévention dans ces lieux, les MNP ont sollicité l'APT afin de renforcer leurs capacités en la matière.

Ont participé à ce troisième Symposium des représentant·e·s de 15 mécanismes nationaux de prévention de différentes régions du monde et des expert·e·s internationaux, y compris des représentant·e·s d'organes internationaux et régionaux de monitoring des lieux de détention, d'organisations de la société civile et d'organes intergouvernementaux, ainsi que des spécialistes de la question du handicap et de la santé mentale. Ce partage s'est déroulé en deux parties. La première journée et demi a rassemblé l'ensemble des participant·e·s qui ont débattu des thématiques suivantes : le placement et le traitement involontaires, les pratiques de l'isolement et de la contention, le respect de la dignité et du droit à la vie privée des personnes institutionnalisées, le rôle et la capacité des MNP à évaluer le traitement et, finalement, la question des alternatives à l'institutionnalisation. Cette première partie a permis de débattre des standards pertinents dans le travail de monitoring et des défis liés à leur mise en œuvre en pratique, ainsi que l'identification de facteurs de risques auxquelles sont confrontées les personnes privées de liberté en institution psychiatrique.

La seconde partie a rassemblé, durant le dernier après-midi, les représentant·e·s des MNP et du SPT uniquement, pour une discussion entre pairs. Les participant·e·s ont pu faire part des difficultés spécifiques au monitoring des institutions psychiatriques et échanger des bonnes pratiques pour y faire face plus efficacement.

# Objectifs et structure du rapport

---

Le présent document constitue le rapport final du troisième Symposium Jean-Jacques Gautier consacré au monitoring des institutions psychiatriques. Ce rapport ne fournit pas un compte rendu détaillé des riches débats qui ont eu lieu pendant deux jours. Il a pour objectif de mettre en évidence les enjeux et défis liés au monitoring de la privation de liberté en institutions psychiatriques ainsi que de présenter certaines pistes de réflexion identifiées durant les débats concernant la mise en œuvre du mandat préventif des MNP pour faire face à ces défis.

Ce rapport comporte tout d'abord une **première partie introductive**, présentant le cadre général et les principales définitions liées à la thématique. La **seconde partie** traite des normes et principes en matière de privation de liberté et de traitement en institutions psychiatriques et les défis liés à leur mise en œuvre. La **troisième partie** identifie les principales situations et facteurs de risque favorisant l'occurrence de la torture ou d'autres mauvais traitements. Finalement, la **quatrième et dernière partie** aborde le rôle des MNP dans le monitoring des institutions psychiatriques et leurs questionnements méthodologiques au quotidien, tout en identifiant des exemples de bonnes pratiques soulevés lors des débats.



# Résumé

---

Les institutions psychiatriques sont des lieux de privation de liberté au sens de l'article 4 du Protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la Torture (OPCAT), un traité international adopté en 2002 qui a pour but de prévenir la torture par le biais d'un système de visites régulières dans les lieux de détention. Ces établissements font donc partie intégrante du mandat des organes de monitoring de la détention créés en vertu de l'OPCAT : le Sous-Comité pour la Prévention de la Torture (SPT), organe international, et les Mécanismes Nationaux de Prévention (MNP), des institutions nationales que les Etats s'engagent à mettre en place lorsqu'ils ratifient le traité.

Afin d'explorer les facteurs de risques et les situations qui peuvent contribuer à des abus à l'encontre des personnes privées de liberté en institution psychiatrique, ainsi que les moyens de prévenir ces abus, l'APT a réuni à Genève les 6 et 7 septembre 2016 des expert-e-s internationaux(-ales) et des représentant-e-s de MNP provenant de toutes les régions du monde. Durant ces deux jours, les participant-e-s ont abordé les questions suivantes: les normes internationales en matière de privation de liberté des personnes avec un handicap mental, le traitement involontaire, les pratiques de l'isolement et de la contention (physique ou chimique), le respect de la dignité et le droit à la vie privée, les risques liés à la surmédication et, enfin, la désinstitutionnalisation.

***Privation de liberté en institution psychiatrique.*** Dans la plupart des pays, une personne peut être contrainte à un placement en institution psychiatrique, en particulier lorsqu'elle est perçue comme représentant un risque pour sa sécurité ou celle d'autrui. Les normes internationales relatives à cette question divergent amplement, ce qui constitue un défi important lors de la définition de politiques publiques sur le plan national. Plusieurs organes internationaux de droits humains (Comité des droits de l'homme des Nations Unies, Sous-Comité pour la prévention de la torture des Nations

Unies, Comité européen pour la prévention de la torture, entre autres) acceptent, en dernier recours, le placement involontaire de personnes avec un handicap mental, moyennant des garanties juridiques qui permettent de prévenir des détentions arbitraires et comprennent des voies de recours en cas d'abus. Or, l'article 14 de la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées (CDPH), ratifiée par 170 États, prohibe toute privation de liberté sur la base du handicap. Ce traité, en vigueur depuis 2008, offre un changement de paradigme exigeant une approche fondée sur la personne avec un handicap en tant que sujet de droits et non pas comme une personne « objet » de traitement.

Le Symposium a permis de mettre en lumière la complexité de l'application de ces normes internationales et la façon dont les MNP abordent, selon les contextes socio-politiques dans lesquels ils opèrent, le placement involontaire ainsi que le droit, inscrit dans la CDPH, à vivre de manière autonome au sein de la communauté.

**Traitement involontaire.** Les participant·e·s ont amplement débattu du traitement involontaire et de la privation du droit à la capacité juridique des personnes avec un handicap (un droit inscrit dans l'article 12 de la CDPH) qui est souvent à l'origine de placements et traitements involontaires. Au vu de la perception encore répandue que la personne avec un handicap mental est « incapable » de prendre des décisions de manière autonome, le principe du consentement libre et éclairé au traitement n'est souvent pas respecté en pratique. Les participant·e·s ont donc rappelé que ce consentement doit toujours être recherché et que seules des circonstances exceptionnelles, où la vie de la personne ou celle d'autrui serait en danger, pourraient justifier le recours à un traitement sans consentement. Il a été précisé à cet égard que les politiques publiques ne peuvent se baser sur ces circonstances exceptionnelles et qu'elles se doivent de garantir le droit des personnes avec un handicap mental à prendre des décisions de manière autonome, en conformité avec le changement de paradigme découlant de la CDPH.

**Situations et facteurs de risque.** Les pratiques courantes de *l'isolement et de la contention* engendrent des risques accrus pour l'intégrité physique et mentale de la personne affectée par celles-ci. Il est donc fondamental que ces mesures restent exceptionnelles et contrôlées de manière stricte, qu'elles ne soient jamais imposées comme une punition et qu'elles soient totalement abolies lorsqu'elles

constituent des formes de torture ou d'autres mauvais traitements. Certains MNP ont donné des exemples d'interventions non violentes pour gérer des situations de crise et souligné l'importance d'effectifs suffisants et dûment qualifiés en techniques de désescalade afin de prévenir le recours à ces mesures coercitives.

Les diverses restrictions imposées au quotidien de manière indiscriminée dans de nombreux établissements psychiatriques engendrent d'autres situations de risques, souvent justifiées pour des raisons sécuritaires. Celles-ci peuvent porter gravement *atteinte à la dignité, à l'autonomie et au droit à la vie privée* des usagers(-ères) des services psychiatriques.

Enfin, les *risques liés à la surmédication*, y compris le recours à la contention chimique, qui répond souvent à une volonté de contrôler plutôt que de soigner, fait également partie des pratiques qui nécessitent un contrôle strict en vue de prévenir les abus et doivent donc être identifiées par les organes de monitoring lors de leurs visites.

**Le monitoring des institutions psychiatriques et le rôle des MNP.** Les organes de monitoring jouent un rôle primordial, au vu de l'accès aux lieux de détention que les autorités étatiques sont dans l'obligation de leur garantir sans restriction, en vertu des traités internationaux (OPCAT ou Convention européenne sur la prévention de la torture). Malgré des approches divergentes concernant le monitoring des institutions psychiatriques, tous les MNP présents au Symposium ont reconnu que la non-discrimination est un des principes recteurs de leur action. Certains d'entre eux se heurtent encore à des obstacles internes (manque de sensibilisation et formation des membres concernant les droits et besoins des personnes avec un handicap mental) et externes (difficultés d'accès, remise en question de leur légitimité à exercer ce type de monitoring dans des « lieux de soins »). Toutefois, la plupart des MNP et le SPT intègrent aujourd'hui ce monitoring dans leur programme de visites (le CPT bénéficiant, quant à lui, d'une expertise de nombreuses années en la matière).

Le Symposium a donné l'opportunité aux MNP de débattre également des défis auxquels ils font face sur le plan méthodologique, notamment la pluridisciplinarité des équipes de visite et le rôle des spécialistes de la santé (y compris des psychiatres) en leur sein. La question du rapport et du dialogue constructif avec le personnel



des établissements visités est également un aspect fondamental qui permet une meilleure compréhension du mandat des MNP par les autorités et une prise de conscience, le cas échéant, des changements nécessaires à apporter au sein de l'institution. L'importance des entretiens en privé avec les personnes privées de liberté et la nécessité de formations spécifiques des membres des MNP en vue de ces entretiens, a aussi été débattue. Enfin, plusieurs bonnes pratiques ont été identifiées, en particulier celle de MNP qui intègrent pleinement la perspective d'ancien·ne·s usagers(-ères) de services psychiatriques dans leur travail, y compris lors des visites.

# Introduction : cadre général et définitions

---

*« Si, à l'origine, l'interdiction de la torture s'appliquait principalement dans le contexte de l'interrogatoire, du châtement ou de l'intimidation des détenus, la communauté internationale a commencé à admettre que la torture peut également être présente dans d'autres contextes. »<sup>1</sup> Comme l'a soulevé le Rapporteur Spécial des Nations Unies contre la torture, les institutions psychiatriques font partie des contextes où des personnes sont à risque de subir des abus pouvant être constitutifs de torture ou d'autres formes de mauvais traitements. Afin de contribuer à renforcer la capacité des organes de monitoring dans ce type d'établissements en vue d'une meilleure prévention des abus, l'APT a consacré son troisième Symposium Jean-Jacques Gautier à la réalité des institutions psychiatriques dans diverses régions du monde et aux défis liés au monitoring de ces lieux de privation de liberté.*

## Le monitoring des institutions psychiatriques

Les institutions psychiatriques font partie intégrante du mandat du Sous-comité pour la Prévention de la Torture (SPT) et des Mécanismes Nationaux de Prévention (MNP), les organes créés en vertu du Protocole facultatif se rapportant à la Convention des Nations Unies contre la Torture (OPCAT) et dont le mandat est de visiter régulièrement *« tout lieu dans lequel se trouvent des personnes privées de liberté, au sens où elles ne sont pas libres de sortir, ou dans lequel le Sous-Comité considère que des personnes peuvent être privées de liberté, (...) si la privation de liberté est en rapport avec une situation dans laquelle l'État exerce ou semblerait devoir exercer*

---

<sup>1</sup> Voir rapport du Rapporteur spécial de l'ONU sur la torture, Juan E. Méndez, Doc de l'ONU, A/HRC/22/53, 1<sup>er</sup> février 2013, §15, [http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53\\_FR.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_FR.pdf)

*une fonction de réglementation.* »<sup>2</sup> Les établissements de santé privés, y compris les centres de soins reposant sur l'intervention de guérisseurs traditionnels, dont il a été question à plusieurs reprises durant le Symposium, entrent donc également dans la définition de lieu de détention contenue dans l'OPCAT.

La pratique montre que, 10 ans après l'entrée en vigueur de l'OPCAT, les visites d'établissements psychiatriques font partie intégrante de l'action des MNP dans de nombreux pays, en particulier en Europe et en Amérique latine, mais également dans la région Asie-Pacifique (Nouvelle-Zélande). Le SPT, quant à lui, met davantage l'accent sur le monitoring des institutions psychiatriques depuis 2011 et visite désormais systématiquement ce type d'établissements dans le cadre de ses missions.

Sur le plan régional, le Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) procède régulièrement au monitoring des hôpitaux psychiatriques, et ce depuis une quinzaine d'années. Les membres du CPT sont sensibilisés et formés en la matière et les visites d'institutions psychiatriques font aujourd'hui partie intégrante du travail du CPT comme l'illustrent les statistiques des visites en 2015 : de 17 missions effectuées cette année-là, 12 d'entre elles ont inclus des visites dans des hôpitaux psychiatriques.

Malgré ce mandat clair et une prise de conscience de la part des organes de monitoring quant à la nécessité de visiter ces lieux, divers obstacles (internes et externes) à un monitoring régulier demeurent. Sur le plan externe, la difficulté d'accès, en particulier aux établissements privés, pose encore des défis importants aux organes de monitoring dans certains contextes. Sur le plan interne, il existe encore un manque de priorisation de ces lieux, dans le cadre des programmes de visite de certains MNP, dû en partie au manque de formation et de sensibilisation des membres en matière de handicap mental. Cela entrave la capacité du MNP à aborder de manière adéquate les personnes privées de liberté dans ces institutions et à répondre à leurs besoins. Compte tenu des préjugés qui entourent le handicap mental et de la discrimination qui a prédominé historiquement envers les personnes avec un handicap,

---

<sup>2</sup> SPT, *Compilation des avis formulés par le Sous-Comité en réponse aux demandes des mécanismes nationaux de prévention, Annexe au Neuvième rapport annuel du SPT*, Doc. de l'ONU CAT/C/57/4, 22 mars 2016, §3, [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/C/57/4&Lang=en](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/C/57/4&Lang=en)

ainsi que du manque de formation et de sensibilisation, les membres et le personnel des organes de monitoring (MNP ou SPT) sont encore souvent mal à l'aise lors de ces visites.

Enfin, le but et la nature des institutions psychiatriques diffèrent des lieux de détention plus « classiques », comme la prison. Contrairement au système carcéral, les directeurs(-trices) d'établissements de santé prennent part à la décision de placement non volontaire, tout en étant ensuite responsables de la mise en œuvre de ces décisions qui ne sont pas toujours accompagnées de garanties pour éviter l'arbitraire et permettre des voies de recours en cas d'abus. En outre, l'attitude du personnel soignant, se percevant comme investi d'une mission thérapeutique et n'étant pas habitué à faire l'objet d'une supervision par un organe externe indépendant, peut, de prime abord, être méfiante. L'action de ces organes est en effet encore souvent méconnue, mal comprise, et perçue comme une remise en question illégitime du bien-fondé des décisions médicales et une interférence dans le processus thérapeutique. Il est donc essentiel, dans ce contexte, que les équipes de visite prennent le temps d'expliquer, au début de chaque visite, le sens et la portée de leur mandat afin de rompre avec ces résistances initiales.

## **Vers un changement de paradigme : la Convention sur les droits des personnes handicapées**

Pendant longtemps, l'approche médicale du handicap mental a prévalu, et l'opinion du médecin-psychiatre n'a pas ou peu été remise en question. Cet état de fait a permis d'ignorer la volonté des personnes avec un handicap mental puisque celles-ci étaient et continuent, dans bien des cas, d'être considérées en pratique comme « incapables » de prendre des décisions de façon autonome. Il a été mentionné que, derrière les réticences du milieu médical à faire l'objet de supervision de la part d'organes indépendants de protection des droits humains tels que les MNP, se cache un enjeu de pouvoir puisque le corps médico-psychiatrique détient le « monopole » en matière de soins et, dans certains contextes, se voit également confié une mission de « contrôle social » par les autorités étatiques.

Ce pouvoir est accentué, dans de nombreux pays, par la stigmatisation et la discrimination envers les personnes avec un handicap mental

au sein de la société, qui tend à accepter l'enfermement de ces personnes présumées dangereuses. À cet égard, la place et le rôle des familles dans l'institutionnalisation est une question qui a été mentionnée à diverses reprises au cours du Symposium. Le stigma présent au sein de la société, ainsi que le manque de soutien et de structures adéquates dans la communauté, contribuent à ce que des familles « abandonnent » leur parent avec un handicap dans des institutions fermées. Cette situation est particulièrement sérieuse au sein de sociétés où les superstitions sont fortes et où les familles ont recours à des guérisseurs traditionnels dont le traitement peut poser de sérieux risques pour l'intégrité physique et mentale et dont l'action ne fait l'objet d'aucun contrôle externe. Il a été néanmoins souligné que, dans certains pays, comme au Sénégal, la famille fait partie intégrante de la prise en charge, afin de garantir un traitement et un encadrement plus humains ainsi qu'un retour plus aisé dans la société après l'hospitalisation, et d'éviter ainsi une rupture à long terme avec la vie au sein de la communauté.

Partant de ce constat et de la discrimination historique dont ont fait l'objet les personnes avec un handicap mental, les participant.e-s ont reconnu la nécessité de changer d'approche et de reconnaître ces personnes en tant que sujets de droits à part entière et non plus comme des « objets » de traitement. Cette approche se justifie au regard du changement de paradigme qui découle de la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées (CDPH), adoptée en décembre 2006 et en vigueur depuis mai 2008, et qui compte 170 États parties.

Ce traité vise à garantir le principe de non-discrimination, au cœur de la Convention, par la promotion et la protection de la pleine et égale jouissance de tous les droits humains par les personnes avec un handicap. La Convention réaffirme la prohibition de la torture et autres mauvais traitements envers les personnes avec un handicap (article 15) et interdit la privation de liberté sur la base du handicap (article 14). Le Comité qui supervise la mise en œuvre de la Convention a interprété l'article 14 comme une interdiction absolue au placement sur la base du handicap (existant ou apparent) et considère que tout placement sur la base du handicap constitue une

forme de détention arbitraire.<sup>3</sup> Enfin, l'article 19 de la Convention consacre le droit des personnes avec un handicap à vivre de manière indépendante dans la communauté. Ce traité rompt ainsi avec l'approche principalement médicale du handicap et oblige les États parties à mettre en place une gamme de services qui permettent l'insertion dans la société des personnes avec un handicap, sur la base de l'égalité avec les autres.

Sur le plan national, malgré le fait que 170 États sont parties à la Convention, presque toutes les législations en vigueur autorisent le placement et/ou le traitement involontaires, sur la base de critères qui comprennent le « trouble mental », mais également le « risque » que la personne représente pour elle-même ou pour autrui et la « nécessité thérapeutique ».

## Principales définitions et terminologie

Par « institution psychiatrique », terme utilisé tout au long de ce rapport, nous entendons des institutions de santé, publiques ou privées, spécialisées dans les soins pour personnes souffrant d'un handicap mental (ou psychosocial), telles que hôpitaux psychiatriques, unités psychiatriques au sein d'hôpitaux mais aussi unités de soin sécurisées pour les personnes en conflit avec la loi. D'autres structures, telles que les établissements de protection sociale dans lesquels des milliers de personnes sont institutionnalisées pendant des années, bien que n'étant pas formellement des institutions psychiatriques, le sont souvent de facto et ont donc été considérées dans les débats du Symposium. Au vu de cette définition, il est nécessaire de préciser que l'on trouve des personnes avec un handicap mental (ou psychosocial) dans bien d'autres lieux de privation de liberté qui n'ont pas fait l'objet de discussions dans le cadre du Symposium, tels que prisons, postes de police, foyers pour personnes âgées ou encore orphelinats.

Les **personnes se trouvant en institution psychiatrique** ont des statuts juridiques divers, leur placement pouvant intervenir sur la base de procédures pénales ou civiles. Dans le premier cas, la décision de placement, qui intervient dans le cadre du système de justice

---

<sup>3</sup> CDPH, Lignes directrices concernant le droit à la liberté et à la sécurité des personnes avec un handicap, 2015 (disponibles uniquement en anglais) : <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx>

pénale, est prononcée par un juge et le placement est involontaire. Dans le cadre de la procédure civile, on trouve non seulement des personnes dont le placement est involontaire (placement également appelé « obligatoire », « forcé » ou « sans consentement ») et qui, dans certains pays, est ordonné par une autorité judiciaire ou fait l'objet d'un contrôle judiciaire, mais également des personnes volontaires à leur placement en institution.

Le glissement entre placement volontaire et involontaire est cependant fréquent et il n'est pas rare que, dans la pratique, les personnes placées volontairement ne soient en réalité pas libres de quitter l'établissement et soumises aux mêmes conditions et mesures restrictives de leur liberté (placement dans des unités fermées, mise à l'isolement, etc.) que les personnes placées contre leur gré. Ces personnes soi-disant « volontaires » sont particulièrement à risque car elles ne jouissent pas des mêmes garanties juridiques que les personnes involontaires, puisqu'initialement admises dans l'institution comme « volontaires ».

*« Par définition, toutes les personnes détenues dans une prison, un poste de police ou un centre de rétention sont privées de liberté. Ce n'est pas le cas dans un lieu de soin ou un lieu de vie, encore que nombre de patients ou résidents réputés volontaires ne le soient pas en réalité. »*

Catherine Paulet, membre, SPT

La terminologie employée pour se référer aux personnes institutionnalisées dans des hôpitaux psychiatriques varie grandement et inclut : « personnes souffrant de troubles mentaux », « personnes avec des problèmes de santé mentale », « personnes avec un handicap mental », ou encore « personnes avec un handicap psychosocial ». Afin de refléter le changement de paradigme historique qu'implique la CDPH, qui consacre pour la première fois dans un traité international le fait que les personnes avec un handicap sont des sujets de droits à part entière, nous privilégierons dans ce rapport l'usage des termes « personnes avec un handicap mental » ou « personnes avec

un handicap psychosocial ». <sup>4</sup> Ces deux termes sont souvent utilisés de manière interchangeable mais le Comité des Nations Unies pour les droits des personnes handicapées (le Comité) préfère le terme « psychosocial » car ce dernier reflète mieux l'idée selon laquelle le handicap est la conséquence de l'interaction entre l'« incapacité » d'une personne et l'environnement social dans lequel elle vit.

Enfin, pour conclure cette introduction, nous souhaitons souligner que la situation de vulnérabilité des personnes avec un handicap privées de liberté se doit d'être pensée dans une approche intersectionnelle. En effet, certains groupes ou personnes avec un handicap (par exemple les femmes, les personnes LGBTI, les enfants, les personnes âgées, les minorités ethniques ou les peuples indigènes) sont exposés, une fois institutionnalisés, à des risques accrus de discrimination et de mauvais traitement en raison, par exemple, de leur genre, orientation sexuelle, âge, ou appartenance à une minorité ou à un peuple indigène. Les organes de monitoring sont donc appelés à être particulièrement attentifs à ces situations de vulnérabilités multiples dans le contexte de la privation de liberté.

---

<sup>4</sup> L'article 1 de la CDPH définit les personnes avec un handicap comme « *des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres* ». Cette définition distingue deux notions : celle d'« incapacité » (qui renvoie à la caractéristique individuelle de la personne) et celle de « handicap » (compris comme l'effet de l'interaction entre l'incapacité individuelle et l'environnement social et matériel).





# Privation de liberté et traitement en institution psychiatrique

---

## Normes et perspectives internationales

Sur le plan international, il existe une série de normes relatives aux placements et traitements involontaires de personnes avec un handicap mental. Ces normes, ainsi que leur interprétation, diffèrent sensiblement. La majorité des organes de droits humains internationaux et régionaux acceptent en effet la privation de liberté et le traitement sans consentement dans certaines circonstances (notamment le Comité des droits de l'homme des Nations Unies, le Comité contre la torture des Nations Unies, le Sous-Comité pour la prévention de la torture, le Comité européen pour la prévention de la torture et la Commission interaméricaine des droits de l'homme). Le Comité des droits des personnes handicapées préconise, quant à lui, l'interdiction absolue de la privation de la liberté sur la base du handicap, sans aucune exception. Cette position est soutenue par le Groupe de travail des Nations Unies sur la détention arbitraire dans ses *Principes de base et lignes directrices sur les voies et procédures permettant aux personnes privées de liberté d'introduire un recours devant un tribunal*, adoptés en 2015.<sup>5</sup>

Les organes de monitoring tels que le SPT et le CPT admettent le placement involontaire en dernier recours et moyennant des garanties qui permettent de prévenir les détentions arbitraires et de garantir un contrôle judiciaire régulier de la décision de privation de liberté.<sup>6</sup> De la même manière, le SPT et le CPT acceptent en

<sup>5</sup> Principe 20, Doc. de l'ONU A/HRC/30/37, 6 juillet 2015. Pour une analyse détaillée des normes internationales relatives au droit à la liberté et à la sécurité des personnes avec un handicap, voir le document publié en 2015 en vue d'une réunion d'experts organisée par le Haut-Commissariat aux droits de l'homme des Nations Unies : <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/deprivationofliberty.aspx>

<sup>6</sup> Voir SPT, *Position du Sous-Comité pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants sur les droits des personnes placées en institution et faisant l'objet d'un traitement médical sans avoir donné leur consentement éclairé*, Doc. de l'ONU CAT/OP/27/2, 26 janvier 2016, §8, [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/OP/27/2&Lang=en](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/OP/27/2&Lang=en). Voir également les normes du CPT sur les établissements psychiatriques, §52 : <http://www.cpt.coe.int/fr/docsnormes.htm>

dernier recours le traitement sans consentement. Ce traitement sans consentement doit cependant être assorti de garanties, y compris la possibilité de faire recours devant une autorité indépendante, qui fait souvent défaut en pratique. Le CPT et le SPT considèrent cependant que des alternatives au placement involontaire doivent être mises en place afin de limiter l'institutionnalisation à long terme et promouvoir des structures de soins au sein de la communauté, en conformité avec l'article 19 de la CDPH.

La CDPH propose un changement de paradigme qui, comme nous l'avons indiqué ci-dessus, inclut l'interdiction de la privation de liberté sur la base d'un handicap. Le Comité considère donc que tout placement sur la base du handicap constitue une forme de détention arbitraire et appelle également à l'interdiction totale de pratiquer des actes médicaux sans le consentement libre et éclairé de la personne.

Certain-e-s participant-e-s ont exprimé leur préoccupation quant au fait que ce nouveau paradigme découlant de la CDPH ne jouit pas d'un soutien suffisant au sein des États. À cet égard, ils/elles ont reconnu qu'il est nécessaire, étant donné le nombre élevé de ratifications de ce traité, d'en faire un instrument de référence, y compris pour les organes de prévention de la torture. Les participant-e-s au Symposium, et en particulier les MNP, ont amplement discuté de ces normes et interprétations divergentes sur le plan international et de la difficulté que ces différences engendrent pour le travail des organes de monitoring. Le dernier chapitre du présent rapport reviendra sur ce point.

**Paraguay : critères en matière de placement et traitement involontaires**

Le MNP exige le cumul de quatre conditions pour limiter au maximum la privation de liberté involontaire :

1. Que, tel que le stipule le code de la santé paraguayen, le risque que la personne représente soit avéré par écrit après évaluation par un collège d'expert·e·s indépendant·e·s (minimum deux professionnels de la santé) n'ayant aucun intérêt dans l'institutionnalisation de la personne.
2. Que ce risque avéré implique un danger, en particulier pour la vie ou l'intégrité personnelle d'une tierce personne ou de la personne elle-même.
3. Que l'absence de traitement en urgence en cas de crise provoque un dommage irréversible.
4. Que les autorités ne considèrent pas l'enfermement comme la première et unique mesure mais qu'elles envisagent des modèles d'accueil socio-communautaires et épuisent en premier lieu les alternatives en milieu ouvert.

Si ces conditions sont réunies, la privation de liberté doit être la plus courte possible et faire l'objet d'une révision régulière (chaque 24, 48 ou 72 heures).

## Le principe du consentement libre et éclairé au traitement

Le principe du consentement libre et éclairé pour tout traitement médical est établi dans plusieurs textes internationaux qui précèdent l'adoption de la CDPH en 2006.<sup>7</sup> L'article 25 de la CDPH stipule que les États parties ont l'obligation d'exiger des professionnels de santé « *qu'ils dispensent aux personnes handicapées des soins de la même qualité que ceux dispensés aux autres, notamment qu'ils obtiennent le consentement libre et éclairé des personnes handicapées concernées.* » Les normes du CPT ainsi que le SPT consacrent également ce principe. A cet égard, le CPT précise que « *toute dérogation à ce principe fondamental doit avoir une base légale et ne s'appliquer que dans des circonstances exceptionnelles clairement et strictement définies.* »<sup>8</sup>

Le placement, volontaire ou non, dans un établissement psychiatrique ne doit jamais être interprété comme autorisant un traitement sans consentement. Le consentement peut être considéré comme « libre et éclairé » si la personne est informée de l'ensemble des implications du traitement, y compris des effets secondaires possibles, ainsi que de son droit de refuser un traitement ou toute autre forme d'intervention médicale. En outre, la recherche du consentement ne peut se limiter à une simple formalité et nécessite donc de prendre le temps de discuter avec la personne du traitement auquel elle est susceptible d'être soumise. Enfin, la poursuite d'un traitement ne peut se baser uniquement sur un consentement exprimé initialement et la recherche du consentement libre et éclairé se doit donc d'être un processus continu, nécessaire lors de chaque intervention médicale.

Durant le Symposium, les participant·e·s ont mis en lumière l'écart important entre le cadre juridique entourant le consentement et la pratique au quotidien dans les institutions psychiatriques. En effet, les équipes de visite constatent bien souvent que l'existence d'une incapacité mentale, apparente ou existante, justifie que la prise de décisions se fasse sans même chercher à connaître la

---

<sup>7</sup> Voir notamment, sur le plan européen, la Convention d'Oviedo sur les droits de l'homme et la bioéthique de 1999 et la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne de 2000 (art. 3, §2). Voir également la Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux.

<sup>8</sup> Normes du CPT, §41.

volonté de la personne qui n'est, la plupart du temps, peu voire pas informée de ses droits. Dans de nombreux cas, il existe également un lien étroit entre privation de la capacité juridique et privation de liberté suivie de traitements involontaires. Les personnes privées de leur capacité juridique sont en effet souvent placées sans consentement et considérées à tort comme « volontaires » lorsque l'institution a obtenu le consentement d'une tierce personne (tuteur/-trice ou curateur/-trice).

La CDPH propose un changement de paradigme qui présume la capacité de la personne à prendre des décisions concernant son traitement en toutes circonstances. Son consentement ne devrait donc jamais être outrepassé, même lorsque la personne n'a, a priori, pas la capacité de comprendre les informations données ou de communiquer efficacement.

*« Nous reconnaissons qu'il y a des situations où une personne n'est pas en mesure d'exprimer son consentement ou ses volontés et préférences quant à des traitements qui pourraient lui sauver la vie. Mais nous devons adopter une approche qui présume sa capacité à décider. Pendant des décennies, nous avons été témoins du fait que si nous n'adoptons pas cette approche, nous présumons que les gens sont incapables de prendre des décisions et de donner leur consentement. Voilà le changement de paradigme dont nous parlons : nous devrions présumer de leur capacité en toute situation puisque toute personne a des moments de lucidité. »*

Dragana Ćirić, *Mental Disability Rights Initiative*, Serbie

Le Comité a commencé à développer des standards en la matière, qui nécessitent encore d'être accompagnés de protocoles concernant leur mise en œuvre en pratique. Il préconise en particulier le passage d'un système de prise de décisions « substitutive » à un système de prise de décisions « assistée ». <sup>9</sup> Le premier repose sur la désignation d'un tiers qui fonde ses décisions sur le principe de « l'intérêt

---

<sup>9</sup> Voir CDPH, *Observation générale N°1 sur l'article 12* (reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité), Doc. de l'ONU CRPD/C/GC/1, 19 mai 2014, §3, [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/1&Lang=en](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/1&Lang=en)

supérieur » de la personne, parfois même contre la volonté de celle-ci. Le second permet à la personne d'exprimer sa volonté et ses préférences avec le soutien, si nécessaire, d'un accompagnement. Le Comité a identifié des exemples de pratiques pour garantir ce droit, tels que la possibilité d'obtenir le consentement au préalable de la personne ou de recourir à un « ombudsman personnel » ou encore aux témoignages de proches.

## **Le principe du consentement libre et éclairé : défis pratiques à sa mise en œuvre**

La question des situations qui peuvent justifier d'outrepasser le consentement d'une personne a fait l'objet de vifs débats. Les participant·e·s se sont accordés sur le besoin de différencier deux scénarios bien distincts : les situations d'urgences ou de crise, qui présentent un risque imminent pour la vie de la personne ou pour autrui, dans lesquelles l'absence de traitement pourrait causer un dommage irréparable, et les mesures de soin à long terme pour lesquelles le consentement ne peut être outrepassé.

Un consensus s'est dessiné en vertu duquel les situations de danger imminent pour la vie d'une personne justifieraient un traitement sans consentement. La perspective et le vécu d'ancien·ne·s usagers(-ères) de services a illustré les diverses positions et la complexité de cette question. Certain·e·s considèrent que le traitement forcé peut se justifier dans le but de sauver une vie, tandis que d'autres sont d'avis que tout traitement forcé est une violation du droit à ne pas être torturé, certains traitements pouvant porter un grave préjudice à la santé de la personne à moyen ou long terme, et doit donc être interdit au bénéfice de la recherche permanente du consentement et d'alternatives. Enfin, il a été clairement exprimé que les situations de crise doivent être considérées comme exceptionnelles et ne peuvent en aucun cas constituer la base de politiques publiques en la matière.

*« Quelle est l'alternative qui nous permet de continuer à sauver des vies, sans établir comme règle générale le traitement forcé et la privation de la capacité juridique ? Voilà le défi. (...) Développer des politiques publiques sur la base de cas exceptionnels équivaut fondamentalement à ne pas avoir de débat sur des politiques publiques. Nous devons trouver des systèmes qui arrivent à couvrir 99.99% des situations possibles et ne pas nous concentrer sur les cas exceptionnels. »*

Facundo Chávez,  
Haut-Commissariat aux droits de l'homme des Nations Unies

Outre les arguments éthiques et les dangers liés à l'administration de traitements involontaires en psychiatrie, les participant-e-s ont également abordé la question du caractère contre-productif de ces traitements, tel que l'illustre une étude publiée en 2012 par l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne.<sup>10</sup> Celle-ci souligne en effet que l'implication de la personne dans son traitement, et son adhésion au choix du traitement, a un impact positif sur l'hospitalisation. À l'inverse, lorsque le traitement est administré sans consentement et que la personne n'en comprend pas les implications, il est source de souffrances et a davantage de conséquences néfastes à long terme sur la santé de la personne.

Le témoignage d'une victime de traitements forcés a permis d'illustrer durant le Symposium l'effet négatif de certains traitements et la nécessité de reconnaître le tort causé comme une première forme de réparation et une étape initiale nécessaire vers un changement de pratiques. À cet égard, le principe de « nécessité thérapeutique » de certains traitements a été remis en question comme une notion floue qui ne se fonde pas sur des preuves scientifiques claires, tel que l'ont également souligné publiquement le Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la santé et la Rapporteuse spéciale sur les droits de personnes handicapées : « Il n'existe pas de preuves scientifiques ni de critères clairs concernant la "nécessité thérapeutique" qui est utilisée pour justifier le placement et le

<sup>10</sup> Voir Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, *Placement involontaire et traitement involontaire de personnes souffrant de troubles mentaux*, 2012, <http://fra.europa.eu/fr/publication/2012/placement-involontaire-et-traitement-involontaire-de-personnes-souffrant-de>



traitement sans consentement. La pratique de l'usage de la force en psychiatrie va à l'encontre du principe "*primum non nocere*" (ne pas nuire) et ne devrait plus être acceptée. »<sup>11</sup>

Enfin, il a été soulevé qu'en pratique, il est possible de réduire, voire de supprimer, le recours aux traitements involontaires grâce à l'apprentissage de techniques de désescalade permettant à la personne de retrouver sa lucidité sans médication. Lorsqu'un traitement est administré, l'effet calmant peut engendrer des difficultés de communication qui peuvent alors avoir pour conséquence la poursuite du traitement en l'absence de consentement. Pour éviter un tel cercle vicieux, il est nécessaire de mettre en œuvre tous les moyens possibles pour comprendre la volonté et les préférences de la personne et éviter d'avoir recours au traitement forcé. À cet égard, il est essentiel que le personnel médical soit en nombre suffisant et bénéficie d'une formation spécialisée adéquate pour anticiper les risques et éviter les situations de crise. Il a également été souligné que l'accès aux activités, qui font défaut dans de nombreuses institutions, est un facteur permettant de limiter les états d'agitation et de prévenir des situations de crise.

*« Des pratiques médicales violentes, telles que les électrochocs ou la prise de médicaments forcée, ne constituent ni une aide ni un soin. Elles n'ont pas non plus de but légitime. Ce sont des pratiques discriminatoires et nuisibles qui peuvent causer aux victimes des blessures graves, de la douleur, ainsi qu'une peur et des traumatismes énormes. Il y a un besoin urgent de reconnaître le mal profond qui est fait aux personnes concernées ainsi que leur souffrance. »*

Hege Orefellen,  
Réseau mondial des usagers et survivants de la psychiatrie

---

<sup>11</sup> "Dignity must prevail" - An appeal to do away with non-consensual psychiatric treatment, Journée Internationale sur la Santé Mentale, 10 octobre 2015, <http://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16583&LangID=E>

# Situations et facteurs de risque en institution psychiatrique

---

Plusieurs droits sont affectés par le placement et le traitement involontaire en institution psychiatrique. Ce chapitre examine tout d'abord l'usage de mesures telles que la mise à l'isolement et la contention, qui engendrent les risques les plus élevés pour l'intégrité physique et mentale. Il aborde ensuite d'autres mesures, telles que les restrictions diverses auxquelles les personnes sont soumises dans le cadre de la vie en institution et qui portent atteinte à leur dignité et à leur vie privée. Enfin, il traitera des risques engendrés par la surmédication.

## Isolement et mesures de contention

La mise à l'isolement est entendue ici comme le placement d'une personne dans un espace fermé dont elle ne peut sortir librement, que ce soit sa propre chambre ou toute autre pièce prévue à cet effet. La contention, qui a pour but de limiter la mobilité de la personne, peut prendre plusieurs formes : la contention dite physique ou mécanique (camisole, attaches, y compris à un lit à l'aide de sangles sur quatre ou cinq points de fixation) et la contention chimique (injection de médicaments, souvent dans le but de sédativer la personne). D'autres moyens de contention incluent l'usage de lits-cages, y compris en Europe, et de chaînes, dont l'utilisation a été documentée en particulier dans des centres de soin traditionnels en Afrique et en Asie.<sup>12</sup>

Les participant-e-s ont illustré la situation dans diverses régions du monde et exprimé d'importantes préoccupations en lien avec l'usage de ces pratiques constitutives d'une « *privation de liberté* »

---

<sup>12</sup> Voir, concernant l'usage de chaînes, le récent rapport de Human Rights Watch sur l'Indonésie : *Living in Hell, Abuses against People with Psychosocial Disabilities in Indonesia*, <https://www.hrw.org/news/2016/03/20/living-hell-people-mental-health-conditions-indonesia>. D'autres rapports documentant la situation dans d'autres pays sont disponibles ici : <https://www.hrw.org/topic/disability-rights>. Voir également les rapports de *Disability Rights International* : <http://www.driadvocacy.org/media-gallery/our-reports-publications/>

à l'intérieur de la privation de liberté ». Le CPT, en particulier, a souligné une tendance à l'augmentation du recours à l'isolement et la contention dans divers pays d'Europe, tant en terme de durée que de fréquence, ainsi que du danger posé par un usage combiné de diverses formes de contention (physique et chimique). Une réalité qui interpelle, alors que les normes internationales existantes tendent à limiter, voire à interdire (Comité CDPH) l'usage de telles pratiques. Les normes du CPT prévoient un usage de l'isolement et de la contention limité à des cas exceptionnels, en dernier recours, pour la durée la plus courte possible, et sous la supervision constante de personnel médical qualifié. Enfin, le CPT précise que le recours à ces pratiques ne doit jamais répondre à une mesure disciplinaire et que chaque mise à l'isolement doit faire l'objet d'une procédure qui permette de tracer l'usage de cette pratique.<sup>13</sup>

Le MNP français a publié en mai 2016 un rapport consacré à l'isolement et la contention en France, sur la base de visites effectuées dans plus d'une centaine d'établissements de santé au cours des dernières années.<sup>14</sup> Ce rapport souligne le fait qu'aucune étude scientifique n'affirme l'efficacité thérapeutique de la contention ou de l'isolement et met en évidence une grande disparité dans l'usage de ces pratiques en France, disparité observée également par des MNP dans d'autres pays :

- diversité dans le recours-même à l'isolement et à la contention selon les établissements (usage parfois généralisé et totalement banalisé ou alors quasi absent), voire au sein d'un même établissement où des différences importantes existent parfois d'une unité à l'autre ;
- diversité des motifs qui justifient la mesure: « dangerosité » de la personne, but thérapeutique, mais également souvent le fait de mesures « disciplinaires » ;
- diversité de la durée de ces mesures, pouvant aller de quelques heures à plusieurs mois.

Le MNP du Paraguay a, quant à lui, observé des pratiques non-violentes en situations de crises dans certaines institutions, telles

<sup>13</sup> Normes du CPT, §§ 47-50.

<sup>14</sup> Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, éditions Dalloz, Paris, 2016 : <http://www.cgpl.fr/2016/isolement-et-contention-dans-les-etablissements-de-sante-mentale/>

que la méthode de l'étreinte (*abrazo*) ou de la contention au moyen de draps.

*« J'ai fait l'expérience, dans un hôpital psychiatrique, d'un moyen appelé l'« étreinte » ou « contention avec des draps » lors de l'arrivée de la personne dans l'établissement. Cette mesure est plus humaine que d'autres méthodes qui consistent à contenir, enchaîner ou isoler une personne. »*

Carlos Portillo, MNP, Paraguay

Les organes de monitoring se sont accordés sur le besoin d'identifier l'usage généralisé ou non de ces pratiques afin de constater si celles-ci sont inscrites dans la culture de l'institution comme une modalité courante de gestion. Afin que ces organes puissent vérifier que d'autres moyens (mesures de substitution à l'isolement ou la contention) ont bien été tentés et ont échoué, il est nécessaire qu'un registre soit établi dans chaque établissement afin de permettre la traçabilité de ces mesures, non seulement par des organes externes indépendants tels que les MNP mais également par les autorités, ou encore par les familles et associations des usagers(-ères). Enfin, les familles devraient être toujours informées de la mise à l'isolement de leur proche ou, le cas échéant, des mesures de contention auquel il/elle est soumis-e.

### **France : registre de l'isolement et de la contention et nouvelle voie de recours**

Une loi en date du 26 janvier 2016 a mis en œuvre certaines recommandations du MNP concernant le recours à l'isolement et la contention en France. La loi stipule que ces pratiques doivent être appliquées en dernier recours, sur décision, et non plus sur prescription, d'un médecin et doivent être inscrites dans un registre. Dès lors, l'isolement sort du champ de la prescription médicale, c'est-à-dire de la mesure présumée thérapeutique qui s'attache à la prescription, et la loi ouvre la possibilité de contester cette décision médicale devant un juge. Les effets de cette récente disposition n'ont pas encore pu être évalués.

La nécessité d'identifier des mesures de substitution respectueuses de l'intégrité et de la dignité des personnes, et de mieux prévenir les situations de crise, a été soulignée afin de rompre avec le cercle vicieux qu'engendrent l'isolement et la contention. En effet, il n'est pas rare que ces pratiques soient liées au manque de personnel soignant disponible dans l'institution ainsi qu'au manque de formation relative aux techniques de gestion des états d'agitation et de désescalade. Il a donc été fait mention de l'importance du rôle des MNP à identifier les situations susceptibles de conduire à des crises : manque d'accès aux soignant·e·s, manque d'activités, accès limités aux visites, possibilité de fumer, etc.

*« Je me souviendrai toujours de l'histoire d'un jeune homme qui s'est fait admettre à l'hôpital car il pensait avoir besoin d'aide. Il y est allé de son plein gré et on lui a immédiatement administré un médicament. On le lui a donné avant même qu'il ait parlé à qui que ce soit. Le médicament a provoqué chez lui des mouvements involontaires. Ce comportement a ensuite été interprété comme un état d'agitation alors qu'il essayait simplement de communiquer. Par la suite, on lui a fait une injection qui lui a ôté la capacité de parler, ce qui a été perçu comme un refus du traitement. Il a donc été traité sans son consentement et attaché à un lit. »*

*Dragana Ćirić, Mental Disability Rights Initiative, Serbie*

Enfin, les MNP et autres expert·e·s présent·e·s se sont interrogé·e·s sur l'approche à adopter face à ces méthodes. Certain·e·s prônent un meilleur encadrement (par le biais, par exemple, de directives écrites pour les professionnels) et un contrôle plus accru de ces pratiques afin d'offrir davantage de garanties aux usagers(-ères). D'autres affirment que l'unique approche assurant le respect des droits humains consiste à interdire ces pratiques, comme le recommande le Comité onusien des droits des personnes handicapées.

## Dignité et respect du droit à la vie privée

Les conditions de vie en institution psychiatrique et les restrictions imposées aux personnes hospitalisées peuvent également porter atteinte à leur dignité et au respect de leur droit à la vie privée. Les situations identifiées incluent l'absence souvent totale d'intimité : impossibilité de fermer sa chambre à clé (pour autant que celle-ci soit individuelle), de garder ses effets personnels, y compris ses propres vêtements. L'obligation du port du pyjama est également souvent imposée, pour des raisons soi-disant sécuritaires en vue d'éviter les fugues. L'accès au téléphone portable peut également être restreint, voire interdit durant toute la durée du séjour en institution, ce qui prive la personne de contacts en privé avec des personnes extérieures (les téléphones publics, quand ils existent, se trouvant souvent dans des espaces communs qui ne permettent aucune intimité). L'accès aux visites s'avère également difficile, voire interdit pour les personnes qui se trouvent en chambre d'isolement ou sous contention. Les contacts entre les usagers(-ères) des services psychiatriques sont parfois prohibés. Enfin, d'autres restrictions sont imposées, comme l'interdiction de fumer. La sexualité, sans être nécessairement interdite, reste un tabou dans de nombreuses institutions, engendrant l'absence totale de mesures de prévention, notamment contre les grossesses non désirées ou les infections sexuellement transmissibles.

La surveillance parfois constante, notamment dans les chambres d'isolement, soit par le biais de systèmes de vidéosurveillance, soit directement effectuée par le personnel soignant, porte également atteinte à l'intimité des personnes. Dans des cas extrêmes, la surveillance inclut les lieux intimes, tels que les douches et les toilettes et va jusqu'à interdire d'éteindre la lumière dans la chambre, même la nuit. Le témoignage d'un participant au Symposium, qui a fait l'expérience profondément humiliante d'une supervision permanente, a illustré cette problématique.

*« Afin que je ne puisse pas quitter l'hôpital ni me faire du mal, on m'a mis sous observation stricte. Il y avait une infirmière à côté de moi chaque minute de chaque jour pendant sept semaines des quatre mois durant lesquels j'ai été patient. Je n'avais pas le droit d'éteindre la lumière de ma chambre et aucune partie de mon corps ne pouvait être hors de vue de l'infirmière. Je devais aller aux toilettes devant le personnel soignant. On m'a enlevé tout objet personnel que j'aurais pu utiliser pour me faire du mal et, à un moment donné, après avoir tenté de me pendre, on m'a pris presque tout ce qui était à moi. »*

Graham Morgan, *Mental Welfare Commission for Scotland*,  
institution qui intègre le MNP du Royaume-Uni

La justification de ces restrictions est généralement d'ordre sécuritaire ou médical (y compris en vue de la prévention de suicides) ce qui requiert que les MNP sensibilisent les autorités à la nécessité de questionner le bien-fondé de certaines pratiques banalisées par le personnel. Ces diverses restrictions ne devraient jamais faire l'objet de règles générales imposées à toutes les personnes institutionnalisées, mais bien être le fruit d'une réflexion qui se base sur une approche individuelle qui permette d'évaluer, au cas par cas, la nécessité de telles mesures dans le cadre du traitement de chaque personne.

### Les personnes autistes en hôpitaux psychiatriques

Il a été fait mention que, dans certains contextes, les personnes autistes privées de liberté sont particulièrement à risque et privées de toute possession personnelle en raison du fait qu'elles sont perçues, à tort, comme dangereuses pour elles-mêmes et pour autrui. Leurs difficultés de communication sont perçues comme un handicap psychosocial justifiant des traitements sans rechercher leur consentement. Malgré un risque de comportement violent initialement faible, ces personnes subissent alors des restrictions majeures dans leur liberté et dans le respect de leur vie privée. La privation de liberté et le traitement reçu sont vécus comme une menace et ne font qu'exacerber le problème. L'escalade des mesures de contraintes peut aller jusqu'à l'isolement ou la contention, et découle directement de la méconnaissance des besoins et spécificités de ces personnes.

### Évaluer le traitement et les risques de surmédication

Le traitement médicamenteux, et en particulier la surmédication et la combinaison de différentes substances peut engendrer de sérieux risques pour l'intégrité des personnes. Divers organes de monitoring ont constaté que, trop souvent, le traitement prodigué consiste principalement en pharmacothérapie, qu'il n'est pas individualisé et que des composantes essentielles d'un traitement efficace (telles que des activités thérapeutiques incluant l'accès à l'ergothérapie, l'art, la musique ou le sport mais aussi des psychothérapies individuelles) sont sous-développées, voire font totalement défaut. Cette situation, comme l'a constaté le CPT, « *peut résulter du manque de personnel dûment qualifié et d'infrastructures appropriées ou des restes d'une philosophie qui se fonde sur le contrôle et la surveillance des patients.* »<sup>15</sup> La surmédication est donc généralement le fait d'un environnement institutionnel qui ne vise pas à favoriser l'autonomie et la capacité de la personne à prendre ses propres décisions. Elle peut constituer un traitement inhumain ou dégradant et les effets néfastes du surdosage de médicaments ou de l'interaction médicamenteuse ont été soulignés. La question des essais cliniques

<sup>15</sup> Normes du CPT, §37.



sans le consentement de personnes a également été abordée, ainsi que les décès potentiellement liés à ces recherches.

Plusieurs participant-e-s ont souligné le fait que la médication n'a souvent pas de but thérapeutique clair et que celle-ci est utilisée à des fins disciplinaires et punitives. Afin de prévenir au mieux les abus, il est fondamental que les personnes donnent leur consentement au traitement, qu'elles soient dûment impliquées dans le choix de la médication et qu'elles comprennent ses effets secondaires possibles. Cela implique de les informer et de leur présenter des alternatives, y compris une offre thérapeutique libre de toute médication.

Les organes de monitoring se trouvent souvent confrontés à la difficulté d'évaluer le bien-fondé du traitement. Lorsqu'ils ne bénéficient pas d'une expertise médicale, certains sont parfois démunis car ils ne se sentent ni habilités ni légitimés à juger de la valeur thérapeutique de tel ou tel traitement.

Les opinions des MNP varient en ce qui concerne leur capacité et légitimité à remettre en question la pertinence et le contenu de traitements médicamenteux. Certains considèrent qu'il est de leur ressort d'évaluer le traitement de manière systémique et de questionner certaines pratiques de surmédication, souvent le fait d'un personnel mal formé et insuffisant en nombre. Il convient alors de considérer le contenu et la durée du traitement, si des alternatives ont été proposées et quels sont les moyens dont dispose l'institution, notamment l'existence ou non de thérapies alternatives permettant de se passer de toute médication.

*« La question à se poser quant à l'usage de médicaments dans les hôpitaux est la suivante : pourquoi sont-ils utilisés ? Il est très rare qu'ils servent à soigner. Ils sont davantage employés à des fins disciplinaires, pour calmer et punir. Selon moi, le rôle d'un MNP est d'observer et de décider si ces médicaments ne sont pas utilisés à bon escient, c'est-à-dire pas pour soigner. »*

Vladimir Jovic, MNP, Serbie

Les MNP doivent également être formés afin de pouvoir identifier les signes témoignant d'une médication potentiellement abusive grâce à la présence d'effets secondaires - tels que des somnolences

- qui sont aisément identifiables, mais aussi évaluer les effets potentiels de l'interaction entre différents médicaments ainsi que l'usage de substances dans un but disciplinaire. Le taux de décès dans l'institution doit également être contrôlé afin d'en identifier les causes.

Enfin, afin de pouvoir mener à bien cet aspect de leur mandat, il est essentiel que les membres des MNP (y compris les non-médecins) et du SPT aient accès à toute la documentation médicale, tel que le stipule l'OPCAT. Dans de nombreux pays, ceci constitue encore souvent un défi, notamment en raison de la confidentialité qui entoure les données médicales.

### **Le rôle des MNP face à la surmédication : l'expérience de la Géorgie**

Le MNP géorgien, actif depuis 2010 au sein du Bureau du Défenseur public, considère qu'il est compétent pour évaluer le traitement, tant du point de vue pharmacologique (type et dosage) que juridique (si celui-ci constitue ou non une forme de mauvais traitement). Partant du principe que tout traitement doit faire l'objet d'une approche individuelle et que les patient·e·s doivent participer dans le processus de soins, il souligne la nécessité de vérifier la valeur thérapeutique de tout traitement et que celui-ci n'est jamais administré à but punitif.

Le MNP s'enquiert de l'existence de directives en matière de médication et, en l'absence de celles-ci, si les médecins sont libres de prescrire le type et la dose de médication. Il vérifie également que la médication n'est pas l'unique modalité de gestion et identifie la présence d'effets secondaires.

Le test proposé par le MNP pour évaluer l'adéquation d'un traitement est: l'adéquation du type de médication et de la dose administrée; la stabilisation, voire l'amélioration du statut du patient et la gestion des effets secondaires. Toute absence de résultats positifs doit mener à reconsidérer la prescription.

Sur le plan méthodologique, il recommande que les MNP :

- acquièrent une connaissance spécifique des traitements pharmacologiques existants ;
- identifient l'usage systématique de la surmédication ;
- soient attentifs aux facteurs de risques qui peuvent mener à la pratique de la surmédication, y compris : la formation et le nombre des membres du personnel ; les conditions de vie dans l'établissement ; l'absence de traitement psychosocial individuel ; l'absence de stratégies préventives et de désescalade et le manque de communication adéquate entre les patients et le personnel.

# Le monitoring des institutions psychiatriques : quel rôle pour les MNP ?

---

Les MNP peuvent jouer un rôle essentiel pour renforcer la protection des personnes placées en institutions psychiatriques. Leur mandat préventif leur permet de visiter ces lieux de privation de liberté afin d'observer le traitement des personnes privées de liberté et les conditions matérielles de l'établissement, dans le but d'identifier les causes de la torture et autres mauvais traitements, et de pouvoir dialoguer, sur la base de leurs constats, avec les autorités étatiques afin d'améliorer les lois et la pratique. Il leur incombe ainsi d'orienter les autorités vers l'adoption de cadres législatifs et de politiques publiques fondées sur la non-discrimination et le respect des droits humains. Enfin, les MNP jouent également un rôle important de sensibilisation du grand public, notamment par le biais de la publication de rapports ou communiqués sur leurs constats.

Pour ce faire, il est essentiel que les MNP soient eux-mêmes sensibilisés, à tous les niveaux de l'institution, aux normes qui régissent la privation de liberté des personnes avec un handicap mental, y compris les principes de la CDPH. Il est indispensable, en outre, qu'ils soient formés aux spécificités du monitoring des établissements psychiatriques et qu'ils définissent la portée et les limites de leur mandat dans le cadre de ce monitoring.

## Contours et limites du mandat préventif des MNP

Comment les MNP peuvent-ils aborder la question des normes internationales en matière de privation de liberté de personnes avec un handicap mental, mais aussi les normes relatives à l'usage de la contention ou de l'isolement ? Doivent-ils questionner la privation de liberté en tant que telle et promouvoir des alternatives à l'institutionnalisation au profit du droit des personnes avec un handicap mental à vivre de manière autonome au sein de la communauté ?

La majorité des MNP a reconnu que les normes de la CDPH constituent un cadre de référence et que le principe de non-discrimination et la

reconnaissance des personnes avec un handicap comme sujets de droit à part entière doit régir leur action. Cependant, ceux-ci ont identifié des obstacles majeurs à la mise en œuvre de ces principes, notamment la remise en question des systèmes de « prise de décision substitutive » et l'objectif de la désinstitutionnalisation, du fait des réformes sociétales profondes que présupposent les changements de paradigme qui découlent de la Convention.

Au-delà de la question des normes applicables, les MNP ont débattu de leur rôle concernant la mise en œuvre de ces normes et des défis auxquels ils font face pour que leur action et recommandations contribuent à réduire l'écart important entre la législation et la pratique.

*« Notre rôle en tant que MNP est de formuler des recommandations que les institutions peuvent mettre en œuvre et pas seulement de répéter des normes qu'ils connaissent ou sont censés connaître. Nous devons réduire cet écart entre les normes et leur application parfois difficile en pratique. Je pense que ceci est notre plus grand défi en tant que MNP : formuler des recommandations pratiques pour les institutions et les convaincre que c'est la bonne approche, afin qu'elles mettent en œuvre ces recommandations par la suite. »*

Sandra Imhof, MNP, Suisse

Concernant la privation de liberté en elle-même, et dans le but de prévenir des détentions arbitraires, certains MNP ainsi que le SPT considèrent qu'il est de leur ressort d'évaluer la légalité de la privation de liberté dans le contexte psychiatrique, et de vérifier si les personnes placées « volontairement » le sont réellement.

Certain·e·s participant·e·s ont exprimé lors des débats qu'appeler à améliorer les pratiques institutionnelles n'est pas suffisant. La question, notamment, de savoir si la désinstitutionnalisation constitue une condition préalable nécessaire au respect des droits des personnes avec un handicap a été discutée à l'aune des différentes pratiques des MNP. La CDPH stipule qu'offrir des soins sans recourir à l'institutionnalisation est une exigence immédiate à laquelle les États parties doivent se soumettre. Mais quel doit être

le rôle des MNP à cet égard ? Doivent-ils se positionner face à un modèle de santé en particulier ou cela dépasse-t-il leur mandat ?

Si la plupart des MNP présents intègrent les principes-clés de la Convention (non-discrimination, autonomie), tous n'abordent pas de la même manière leur application pratique. Certains mécanismes promeuvent activement la désinstitutionnalisation comme une exigence immédiate, car il s'agit selon eux du moyen le plus efficace de prévenir la torture. Au Brésil, notamment, le MNP opère dans le cadre d'une réforme du système psychiatrique (loi 10.216 de 2001) qui prescrit le remplacement des asiles par des services au sein de la communauté. Le MNP du Paraguay a donné, quant à lui, l'exemple d'une communauté indigène rurale qui ne fait pas usage de l'internement afin d'illustrer que la perception des risques liés au handicap mental peut également être conditionnée culturellement. D'autres MNP perçoivent la désinstitutionnalisation comme un objectif à long terme et adoptent une approche « pragmatique » qui consiste à questionner les cas de détention arbitraire et à vérifier que toutes les garanties existent - en particulier l'application du principe du consentement libre et éclairé au traitement - pour prévenir des mauvais traitements.

Enfin, si les mécanismes de prévention peuvent être amenés à appeler à la fermeture d'établissements psychiatriques et à promouvoir des soins dans la communauté, la question des prises en charges de substitution se pose. Il est évident que l'absence de services au sein de la communauté ne peut en aucun cas justifier l'institutionnalisation mais la préoccupation des organes de monitoring quant au devenir des personnes avec un handicap mental est légitime. Or, plusieurs participant·e·s ont exprimé leur préoccupation quant à la carence des services de soin au sein de la communauté et la nécessité que les États développent ces services au lieu d'investir dans la rénovation d'institutions de placement de longue durée. Dans le cas des personnes en conflit avec la loi, ils ont également alerté leurs pairs face à la nécessité d'être vigilants à ce que la fermeture d'établissements psychiatriques ne mène pas à l'augmentation du nombre de personnes avec des problèmes de santé mentale en prison.

## Principaux défis méthodologiques

Les MNP ont débattu des spécificités et défis méthodologiques liés au monitoring des institutions psychiatriques, notamment en lien avec : la composition de l'équipe de visite, les questions liées au personnel de l'établissement et les entretiens en privé avec les usager(-ères) des services psychiatriques.

### Composition de l'équipe de monitoring

Assurer la multidisciplinarité au sein du personnel et des membres d'un MNP fait partie des critères de l'OPCAT que les États se doivent de mettre en œuvre lors de la création de leur mécanisme. Celle-ci permet en effet que le mécanisme bénéficie de la diversité de points de vue selon les domaines d'expertise de chacun·e. Les MNP et le SPT ont débattu durant le Symposium de la place des psychiatres au sein de l'équipe et des avantages et désavantages liés à leur présence au sein des équipes de visites.

Au bénéfice de connaissances médicales spécialisées, le/la psychiatre est à même d'apprécier la pertinence des soins, la qualité des traitements proposés et peut donc apporter une légitimité supplémentaire au MNP. Cependant, sa présence peut aussi être perçue avec méfiance par les usagers(-ères) car trop directement associée à leur vécu dans l'institution. En outre, il n'est pas forcément évident pour un·e psychiatre que sa fonction de membre d'un organe de monitoring des droits humains doit primer sur sa fonction de médecin, dans l'intérêt des personnes privées de liberté. Au vu de ce qui précède, il est donc essentiel que le point de vue du/de la psychiatre puisse être contrasté par l'opinion de ses pairs non spécialistes afin de permettre, avant, pendant et après les visites, un échange au sein de l'équipe et la construction d'une approche commune du monitoring entre spécialistes et non-spécialistes.

Dans la pratique, plusieurs MNP manquent d'expertise médicale au sein de leur équipe. Pour pallier à ce manque, des psychiatres sont parfois intégrés en tant qu'expert·e·s externes, rejoignant l'équipe du MNP uniquement lors des visites. Ce cas de figure offre les bénéfices énoncés ci-dessus mais représente également un défi supplémentaire : celui de partager une vision commune du mandat préventif de monitoring, au-delà du parcours professionnel passé de chacun·e des membres de l'équipe de visite. Enfin, les discussions ont

permis de conclure que, si la présence d'un médecin-psychiatre dans le MNP représente une valeur ajoutée, il n'est pas nécessaire d'être un spécialiste pour évaluer le bien-fondé de certaines pratiques et leurs potentielles atteintes aux droits humains.

*« Les non-psychiatres jouent un rôle essentiel pour équilibrer le parti pris professionnel des psychiatres. Les non-spécialistes sont plus sensibles aux effets déshumanisants de certaines institutions psychiatriques et posent des questions sensées sur les conditions de vie quotidiennes des patient·e·s. Ils ou elles comprennent aussi l'importance des entretiens en privé avec les patient·e·s - qui ont pour but de détecter des abus possibles - y compris des entretiens avec des personnes très agitées, psychotiques, en isolement ou sous contention. »*

Timothy Harding, Expert-psychiatre, CPT

Enfin, une bonne pratique de certains MNP est celle d'intégrer d'ancien-ne-s usagers(-ères), soit comme membres à part entière de l'équipe du mécanisme, soit comme expert·e-s externes. La présence et l'expérience de ces personnes facilite en effet le contact avec les usagers(-ères) en particulier, mais également avec leurs familles, voire avec le personnel. Leur vécu, qui apporte un regard différent sur les lieux et les éléments à prendre en considération dans le travail de monitoring, permet de sensibiliser les équipes de visite et d'enrichir la perspective du MNP afin qu'il soit mieux à même de répondre aux besoins spécifiques des personnes avec un handicap mental privées de liberté.

### **Royaume-Uni : intégrer la perspective des usagers(-ères) dans le travail de monitoring**

Au Royaume-Uni, plusieurs institutions qui font partie du MNP ont pour mandat spécifique de procéder au monitoring des établissements de santé. La Commission écossaise pour le bien-être mental (*Mental Welfare Commission for Scotland*) est l'une d'elle. Cette Commission intègre dans son équipe l'expérience d'ancien-ne-s usagers(-ères).



En 2015, un département spécifique appelé « engagement et participation » a été créé au sein de l'institution. Il est composé de trois personnes, y compris un ancien usager et une ancienne soignante. Leur fonction est d'être des membres à part entière des équipes de visite, durant lesquelles ils se concentrent sur les entretiens avec les patient·e·s et les soignant·e·s et sont également impliqués dans la rédaction des rapports. Ils se réunissent également régulièrement avec des associations d'usagers(-ères) afin de présenter la Commission, les consulter sur des thèmes qui permettent de mieux informer le travail de la Commission et faciliter des contacts entre les différents groupes d'usagers(-ères) en Ecosse.

## Rapports avec le personnel

Établir un rapport constructif avec la direction et le personnel des institutions visitées est un point de départ essentiel et les MNP se doivent donc d'adopter une approche bienveillante et constructive, en partant de l'idée qu'il existe une volonté de leur part d'améliorer la qualité du service et des soins.

Nous avons déjà mentionné qu'il peut être difficile pour les MNP d'aborder des soignant·e·s qui peinent à comprendre leur but et leur mandat en tant qu'institution de prévention de la torture et autres mauvais traitements. Dans certains cas, il a néanmoins été mentionné que le personnel se révèle enclin à l'idée de partager ses doutes et les contraintes liées aux conditions de travail au quotidien. Le mandat de monitoring et les objectifs des visites doivent être expliqués clairement afin que le personnel perçoive le regard externe du MNP comme une contribution au meilleur fonctionnement de l'établissement, y compris les conditions du personnel qui sont un des aspects que le MNP aura à observer. Dans de nombreux cas, les MNP ont pu constater que le recours à des méthodes qui portent atteinte à l'intégrité des personnes est en partie la conséquence d'effectifs insuffisants et du manque de formation adéquate du personnel.

*« Les contrôleurs ont rencontré des équipes soucieuses des droits des patient·e·s, qui se posent des questions sur la bientraitance, sur le bien-fondé du recours à l'isolement. Celles-ci sont ouvertes à une réflexion sur leurs pratiques mais n'ont pas le temps, et ont donc intégré ces pratiques comme allant de soi. Elles sont cependant capables de dire qu'au début elles ont été choquées et que maintenant elles n'y pensent plus. »*

Anne Lecourbe, MNP, France

## Entretiens en privé avec les usagers(-ères)

Concernant les entretiens en privé avec les personnes placées en institutions, les MNP ont soulevé l'importance de s'entretenir avec un nombre important d'entre elles, ainsi que de prendre toutes les précautions nécessaires au maintien de leur anonymat, afin d'éviter le risque de représailles. Il est important, cependant, que les MNP définissent, dans le cadre de chaque visite et au vu des caractéristiques spécifiques de l'établissement, certains critères de sélection pour les entretiens individuels avec les usagers(-ères) des services psychiatriques. Au cours du Symposium, les MNP ont identifié, sur la base de leurs pratiques respectives, les critères de sélection suivants : s'entretenir avec les personnes qui souhaitent voir le MNP mais également avec celles qui viennent d'être admises dans l'institution, qui sont sur le point de la quitter, qui sont en isolement ou l'ont été, ainsi que les personnes en situation de vulnérabilité (enfants, personnes âgées, ...).

S'entretenir avec des usagers(-ères) sous contention physique pose des questions d'ordre éthique. En effet, ces personnes sont dans une situation particulièrement vulnérable et dégradante et l'arrivée dans leur chambre d'une personne inconnue peut être vécue comme une humiliation supplémentaire. Le CPT a fait part de son expérience en la matière en soulignant l'importance de s'entretenir malgré tout avec ces personnes si elles y consentent, puisque le but de l'entretien est d'obtenir des informations susceptibles d'améliorer leurs conditions et limiter, voire supprimer, le recours à ces méthodes. Une pratique qui a été soulignée, et qui vise à éviter une exposition trop accrue et à ménager la sensibilité des personnes interrogées sous contention, consiste à effectuer les entretiens seul à seul. Il s'agit en effet d'une

configuration à laquelle la personne n'est pas habituée et qui évite de lui rappeler ses entretiens avec un médecin et un-e soignant-e.

Afin de garantir la dignité des usagers(-ères), l'expérience montre qu'il est fondamental que les MNP forment de manière adéquate leurs membres et leur personnel sur la façon de mener des entretiens en privé avec des personnes ayant un handicap mental. Une approche ouverte, qui ne remet pas en question la parole de la personne, est cruciale. En Serbie, l'unité du MNP au sein du Bureau du Médiateur (*Ombudsman*) est un exemple de bonne pratique car son personnel a pu bénéficier directement de formations sur les spécificités du monitoring d'institutions où se trouvent des personnes avec un handicap, de la part d'organisations de la société civile (notamment l'ONG *Mental Disability Rights Initiative*) spécialisées en la matière et qui font partie intégrante de la structure du MNP.

Enfin, lors d'entretiens individuels, un principe fondamental du mandat des organes de monitoring doit toujours être gardé à l'esprit et respecté : celui de « ne pas nuire ». À cet égard, il est essentiel que les MNP restent vigilants et soient toujours transparents sur le but de leurs visites et les limites de leur mandat afin de ne pas créer de faux espoirs quant aux solutions qu'ils pourraient apporter à la situation individuelle de chacun-e.

# Conclusion

---

Presque partout dans le monde, les personnes avec un handicap mental peuvent être amenées à être placées en institution, volontairement ou non, sur la base de critères qui comprennent le « trouble mental » (existant ou apparent), le « risque » que la personne représente pour elle-même ou pour autrui et la « nécessité thérapeutique ». Au sein de ces institutions, elles encourent le risque d'être soumises à des mauvais traitements, voire de la torture. Malgré certaines avancées, tant sur le plan normatif qu'en pratique, l'institutionnalisation des personnes avec un handicap concerne encore, à plus ou moins long terme selon les contextes, des milliers de personnes, au détriment d'alternatives qui privilégieraient leur (ré)-insertion dans la société par le biais de soins prodigués au sein de la communauté.

Le Symposium a permis de traiter, entre représentant·e·s d'organes de monitoring et autres expert·e·s internationaux(-ales), des questions cruciales liées à la privation de liberté en tant que telle ainsi qu'au traitement et conditions auxquelles sont soumises les personnes avec un handicap mental durant leur institutionnalisation. Les participant·e·s ont souligné la nécessité de rompre avec une approche principalement médicale du handicap, dans l'esprit de la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées. Ceci implique de reconnaître que les personnes avec un handicap mental sont des sujets de droit à part entière qui doivent être soutenues, si nécessaire, pour exercer leurs droits de manière effective, y compris leur droit à vivre de manière autonome dans la communauté.

Il a également été mentionné que les politiques publiques liées à la question du traitement involontaire doivent se baser, non pas sur les situations exceptionnelles de crise, qui peuvent requérir d'outrepasser le consentement de la personne en cas de risque imminent pour sa vie ou celle d'autrui, mais sur toutes les autres situations non-urgentes et très largement majoritaires, pour lesquelles la recherche du consentement doit toujours primer.

Afin de mettre en œuvre le changement de paradigme qui découle de la Convention, le Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la santé a souligné l'importance de développer un réseau de psychiatres disposés à débattre des pratiques actuelles et de les remettre en question lorsqu'elles constituent des mauvais traitements, voire de la torture, ceci dans le but d'une meilleure protection des droits des personnes avec un handicap mental.

Les organes de monitoring, et les MNP en particulier, ont un rôle central à jouer dans la protection des droits des personnes privées de liberté en institutions psychiatriques, un rôle de monitoring qu'ils exercent de manière croissante dans diverses régions du monde. Leur mandat préventif en vertu de l'OPCAT, qui leur garantit un accès privilégié à l'ensemble des lieux - publics et privés - de privation de liberté (au sens large de la définition contenue dans l'article 4 de l'OPCAT), les place dans une position unique pour rendre compte de la réalité de l'enfermement et la questionner en vue d'améliorer les pratiques.

Malgré la diversité des contextes sociaux, politiques et culturels dans lesquels les MNP opèrent, et la divergence des pratiques concernant la prise en charge des personnes avec un handicap mental qui en découlent, ces organes font face à des défis similaires lors du monitoring des institutions psychiatriques, tant sur les questions de fond que sur la méthodologie à adopter avant, durant et après les visites.

Au vu des différences qui prévalent au sein des normes internationales en matière de placement et traitement involontaires des personnes avec un handicap mental, qui rendent leur mise en œuvre plus ardue, le principe recteur de l'action des MNP devrait être celui de la non-discrimination. Un tel principe comprend la reconnaissance du changement de paradigme qui présuppose la capacité de la personne à prendre des décisions de manière autonome, à savoir le passage d'un système de prise de décisions « substitutive » à un système de prise de décisions « assistée ».

Il a été conclu à l'issue du Symposium que les MNP (et autres organes de monitoring) sont encouragés à considérer les questions suivantes afin de contribuer à la protection des personnes avec un handicap mental et favoriser des alternatives à l'institutionnalisation au profit de la vie au sein de la communauté :

- Vérifier que le traitement est toujours individualisé et questionner des pratiques (telles que le recours à l'isolement et à la contention physique ou chimique) qui peuvent être constitutives de torture ou de mauvais traitements ;
- Garantir la pluridisciplinarité des équipes de visites, par la présence de spécialistes de la santé mais également de non-spécialistes, afin de bénéficier à la fois d'une expertise médicale mais aussi de la diversité de points de vue concernant les méthodes observées en matière de traitement ;
- Intégrer la perspective d'ancien-ne-s usagers(-ères) dans le travail du MNP (soit en tant que membres de l'équipe soit comme expert-e-s externes) ;
- Adopter une approche bienveillante envers le personnel de l'institution visitée et leur consacrer suffisamment de temps afin d'expliquer le but de la visite en vue d'une meilleure compréhension du mandat du MNP ;
- Former et sensibiliser les membres des MNP à la question du handicap mental afin qu'ils répondent au mieux aux besoins spécifiques des personnes avec un handicap mental et qu'ils adoptent une attitude ouverte et respectueuse du vécu de ces personnes lors des entretiens en privé. Le principe de « ne pas nuire » devra être appliqué en tout temps.

Comme l'ont souligné de nombreux MNP présents au Symposium, leur mandat ne se cantonne pas aux visites et à la vérification des conditions matérielles du lieu (une approche bien intentionnée mais qui, dans certains cas, contribue à la rénovation ou création de nouvelles infrastructures qui pérennisent la pratique de l'institutionnalisation). Leur fonction est celle d'un organe qui doit remettre en question, le cas échéant, les pratiques, mais également les législations et règlements. Ceci implique aussi de contrôler que toutes les garanties sont respectées pour prévenir les détentions arbitraires et que les personnes sont dûment informées de leurs droits. En cas de détention arbitraire, cela inclut la remise en cause de la décision de privation de liberté. Il s'agit, enfin, d'analyser le fonctionnement et la culture des institutions dans leur globalité, d'identifier les causes profondes des mauvais traitements et de proposer, par le biais d'un dialogue régulier avec les autorités, des solutions afin de prévenir de nouveaux abus.

Finalement, en vue de lutter contre la discrimination envers les personnes avec un handicap mental et prévenir leur institutionnalisation prolongée, il est crucial que ce travail de monitoring s'accompagne d'actions de sensibilisation auprès des familles des usagers(-ères) mais également de la société dans son ensemble, concernant les droits et besoins de ces personnes.

# Annexe I : Programme

---

**Mardi 6 septembre 2016**

*Objectifs de la partie 1 du Symposium :*

- Explorer les facteurs de risque et les situations qui contribuent aux abus et aux mauvais traitements des personnes privées de liberté dans des institutions psychiatriques ainsi que les moyens de prévenir ces risques.
- Examiner les standards applicables aux institutions psychiatriques et identifier les stratégies des MNP face aux défis posés par leur mise en œuvre.
- Permettre une interaction entre les MNP et d'autres acteurs clés afin de partager et identifier les bonnes pratiques et renforcer la coopération.

Heure	Session
8:30 - 9:00	Enregistrement et café de bienvenue
9:00 - 9:30	<b>Session d'ouverture</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Remarques introductives <i>Mark Thomson, Secrétaire Général de l'APT</i></li><li>• Objectifs, concepts clés et méthodologie <i>Isabelle Heyer, APT</i></li><li>• Tour de table (présentation des participant-e-s)</li></ul>



9:30 – 11:00

### **Session 1 – La privation de liberté dans les institutions psychiatriques : perspectives internationales**

- L'approche du SPT relative au placement involontaire dans les institutions psychiatriques

*Catherine Paulet, Membre du Sous-Comité des Nations Unies pour la Prévention de la Torture (8 min.)*

- La Convention de l'ONU sur les droits des personnes handicapées et le droit à la liberté et à la sécurité

*Silvia Quan, Vice-Présidente, Comité des Nations Unies des droits des personnes handicapées (8 min.)*

Discussion modérée avec l'ensemble des participant-e-s (~1h.)

Modératrice : *Barbara Bernath, APT*

11:00 – 11:30

Pause-café

11:30 – 13:00

### **Session 2 – Le traitement involontaire**

- Le droit à la capacité juridique dans le contexte des institutions psychiatriques

*Facundo Chávez, Conseiller en droits humains et handicap, HCDH (8 min.)*

- Le principe du consentement libre et éclairé au traitement : une perspective de la pratique médicale

*Dainius Puras, Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la santé (8 min.)*

- Les droits et les possibilités de recours pour une protection efficace contre le traitement sans consentement

*Hege Orefellen, Membre, World Network of Users and Survivors of Psychiatry (8 min.)*

	<p>Discussion modérée avec l'ensemble des participant-e-s (~1h.)          Modératrice : <i>Isabelle Heyer, APT</i></p>
<p>13:00 - 14:15</p>	<p>Repas</p>
<p>14:15 - 15:45</p>	<p><b>Session 3 - Isolement et mesures de contention</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'expérience du CPT dans le monitoring des institutions psychiatriques : défis actuels en relation avec l'usage de l'isolement et de la contention en Europe  <i>Timothy Harding, Expert, CPT (8 min.)</i></li> <li>• L'approche et l'expérience du MNP français  <i>Anne Lecourbe, Contrôleure, CGLPL, France (8 min.)</i></li> <li>• Perspectives du Ghana, d'Inde et d'Indonésie sur l'usage de moyens de contention dans les institutions psychiatriques  <i>Shantha Barriga, Directrice, Division droits des personnes avec un handicap, Human Rights Watch (8 min.)</i></li> </ul> <p>Discussion modérée avec l'ensemble des participant-e-s (~1h.)          Modérateur : <i>Jean-Sébastien Blanc, APT</i></p>
<p>15:45 - 16:15</p>	<p>Pause-café</p>
<p>16:15 - 17:45</p>	<p><b>Session 4 - Respecter la dignité et le droit à la vie privée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dignité et vie privée des personnes privées de liberté en institutions psychiatriques : une perspective de la société civile  <i>Oliver Lewis, Directeur exécutif, Mental Disability Advocacy Center (8 min.)</i></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vie privée et dignité dans un hôpital psychiatrique <i>Graham Morgan, Responsable Engagement &amp; Participation (Expérience vécue), Mental Welfare Commission for Scotland (8 min.)</i></li> <li>• La situation des personnes en conflit avec la loi dans les établissements psychiatriques : une perspective du MNP du Costa Rica <i>Lorna Elizondo, Travailleuse sociale, MNP, Costa Rica (8 min.)</i></li> </ul> <p>Discussion modérée avec l'ensemble des participant-e-s (-1h.) Modératrice : <i>Sylvia Dias, APT</i></p>
17:45 - 18:00	Synthèse et conclusion de la première journée - <i>Isabelle Heyer, APT</i>
18:30	Réception à l'APT

### Mercredi 7 septembre 2016 (matinée)

Heure	Session
8:30 - 9:00	Café de bienvenue
9:00 - 10:30	<p><b>Session 5 - Évaluer le traitement et le risque de surmédication</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'expérience et l'approche du MNP géorgien <i>Nika Kvaratskhelia, Président du MNP, Géorgie (8 min.)</i></li> <li>• Défis en lien avec l'évaluation du risque de surmédication : perspectives du MNP mauricien <i>Vijay Ramanjooloo, Commissaire, Commission des Droits de l'Homme (MNP), Ile Maurice (8 min.)</i></li> </ul> <p>Discussion modérée avec l'ensemble des participant-e-s (-1h.) Modératrice : <i>Veronica Filippeschi, APT</i></p>

10:30 - 11:00

Pause-café

11:00 - 12:30

**Session 6 – Désinstitutionnalisation et soins au sein de la communauté : défis et bonnes pratiques**

- Le rôle des organisations de la société civile dans l'approche des MNP

*Dragana Ćirić, Directrice, Disability Rights International/MDRI-Serbie (8 min.)*

- Les alternatives à l'institutionnalisation en établissements psychiatriques : la perspective du MNP paraguayen

*Carlos Portillo, Commissaire, MNP, Paraguay (8 min.)*

Discussion modérée avec l'ensemble des participant-e-s (-1h.)

Modératrice : *Barbara Bernath, APT*

12:30 - 12:45

Synthèse de la première partie du Symposium – *Isabelle Heyer, APT*

12:45 - 14:00

Repas à l'UIP

**Mercredi 7 septembre 2016 (après-midi)<sup>16</sup>**

*Objectifs de la partie 2 du Symposium :*

- Discuter, entre pairs, des principaux défis rencontrés par les MNP dans l'exercice de leur mandat de prévention, eu égard aux points soulevés lors de la Partie 1.
- Échanger des méthodes de travail afin de développer les compétences des MNP dans le monitoring des institutions psychiatriques.
- Renforcer la coopération entre les différents MNP ainsi qu'avec le SPT.

<sup>16</sup> Le dernier après-midi a consisté en une rencontre privée entre les Mécanismes Nationaux de Prévention et le Sous-Comité pour la Prévention de la Torture (SPT).

Heure	Session
14:00 – 15:30	<p><b>Session 1 – Standards applicables au monitoring des institutions psychiatriques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retour des MNP sur les problématiques discutées (ou non) durant la première partie du Symposium (30 min.)</li> <li>• Stratégies des MNP pour répondre en pratique aux défis liés aux différents standards existants (1h.)</li> </ul> <p>Discussion avec l'ensemble des participant-e-s Modératrice : <i>Isabelle Heyer, APT</i></p>
15:30 – 16:00	Pause-café
16:00 – 17:30	<p><b>Session 2 – Défis méthodologiques</b></p> <p>Cette dernière session portera sur différents défis méthodologiques, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Composition de l'équipe de visite : garantir la multidisciplinarité et les compétences des membres et approche/compréhension commune du monitoring ; rôle des expert-e-s externes, dont l'intégration d'« expert-e-s par expérience » dans l'équipe de visite</li> <li>• Questions liées au personnel : nombre, compétences, formation, construire un rapport avec le personnel</li> <li>• Conduire des entretiens avec des personnes privées de liberté dans des institutions psychiatriques</li> </ul> <p>Discussion avec l'ensemble des participant-e-s (1h30) Modérateur : <i>Jean-Sébastien Blanc, APT</i></p>
17:30 – 18:00	<p>Synthèse et conclusion du Symposium <i>Isabelle Heyer, APT</i> <i>Mark Thomson, Secrétaire Général, APT</i></p>

## Annexe II :

# Liste des participant-e-s

---

### Mécanismes nationaux de prévention (MNP)

	Nom	Titre	Institution et Pays
1.	M. Nurlan ADBYRAIMOV	Expert senior	Centre National de la République Kirghize sur la Prévention de la Torture et autres traitements cruels, inhumains ou dégradants, Kirghizistan
2.	Mme Ariadna CHERONI	Psychologue (équipe du MNP)	Mécanisme National de Prévention, Institut National des droits de l'Homme, Uruguay
3.	M. Lucio COSTA	Membre	Mécanisme National de Prévention et de Lutte contre la Torture, Brésil
4.	M. Hamet Saloum DIAKHATE	Observateur externe	Observatoire National des Lieux de Privation de Liberté - ONLPL, Sénégal
5.	Mme Hamida DRIDI	Présidente	Instance Nationale pour la Prévention de la Torture - INPT (MNP), Tunisie
6.	Mme Lorna ELIZONDO CUBERO	Licenciée en travail social	Mécanisme National de Prévention de la Torture - Bureau de l'Ombudsman, Costa Rica

7.	M. Thomas HUNECKE	Inspecteur (Loi anti-Torture)	Mécanisme National de Prévention - Bureau de l'Ombudsman, Nouvelle Zélande
8.	Mme Sandra IMHOF	Secrétaire	Commission Nationale pour la Prévention de la Torture - CNPT, Suisse
9.	M. Vladimir JOVIC	Membre	Mécanisme National de Prévention - <i>Protector of Citizens</i> , Serbie
10.	M. Nika KVARATSKHELIA	Président du Département de Prévention et Monitoring	Mécanisme National de Prévention - <i>Public Defender of Georgia</i> , Géorgie
11.	Mme Anne LECOURBE	Contrôleure	Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté -CGLPL, France
12.	M. Colin McKAY	Directeur exécutif	<i>Mental Welfare Commission for Scotland</i> (partie du MNP), Royaume-Uni
13.	M. Graham MORGAN	Responsable Engagement & Participation (Expérience vécue)	<i>Mental Welfare Commission for Scotland</i> (partie du MNP), Royaume-Uni
14.	M. Carlos PORTILLO	Commissaire	Mécanisme National de Prévention de la Torture, Paraguay
15.	M. Vijay RAMANJOOLOO	Membre	Mécanisme National de Prévention - Commission des droits de l'Homme, Ile Maurice
16.	Mme lisa SUHONEN	Conseillère juridique et Coordinatrice OPCAT	Mécanisme National de Prévention - Bureau de l'Ombudsman, Finlande

## Expert·e·s internationaux(-ales)

1.	Mme Shantha BARRIGA	Directrice, Droits des personnes handicapées	Human Rights Watch (HRW), Bruxelles
2.	M. Facundo CHÁVEZ PENILLAS	Conseiller sur les droits humains et le handicap	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les droits de l'Homme (HCDH), Genève
3.	Mme Dragana ĆIRIĆ	Directrice exécutive	Bureau régional pour l'Europe, <i>Disability Rights International</i> (DRI)/ <i>Mental Disability Rights</i> <i>Initiative</i> (MDRI-S), Serbie
4.	Mme Lucia DE LA SIERRA	Responsable en Droits de l'Homme	Mandat du RS sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint - Haut-Commissariat des Nations Unies pour les droits de l'Homme (HCDH), Genève
5.	M. Timothy HARDING	Expert	Comité européen pour la Prévention de la Torture et des Peines ou Traitements Inhumains ou Dégradants (CPT)
6.	M. Oliver LEWIS	Directeur exécutif	<i>Mental Disability Advocacy</i> <i>Center</i> (MDAC), Royaume-Uni
7.	Mme Cristina MICHELS	Responsable en Droits de l'Homme	Mandat du RS sur le droit des personnes avec un handicap - Haut-Commissariat des Nations Unies pour les droits de l'Homme (HCDH), Genève
8.	Mme Hege OREFELLEN	Membre	<i>World Network of Users</i> <i>and Survivors of Psychiatry</i> (WNUSP)



9.	Mme Catherine PAULET	Membre	Sous-comité des Nations Unies pour la Prévention de la Torture (SPT), France
10.	M. Dainius PURAS	Rapporteur Spécial	Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint
11.	Mme Silvia QUAN	Vice-Présidente	Comité des Nations Unies pour les droits des personnes handicapées, Genève
12.	Mme Emilie THAGE	Experte associée en Droits de l'Homme	Secrétariat du SPT, Bureau du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les droits de l'Homme (HCDH), Genève

### Association pour la Prévention de la Torture

	Nom	Titre
1.	Mme Barbara BERNATH	Cheffe des opérations
2.	M. Jean-Sébastien BLANC	Conseiller en matière de détention
3.	Mme Sylvia DIAS	Déléguée nationale (Brésil)
4.	Mme Veronica FILIPPESCHI	Conseillère OPCAT
5.	Mme Isabelle HEYER	Responsable du programme Amériques
6.	Mme Caroline MOUCHET	Stagiaire
7.	M. Mark THOMSON	Secrétaire Général

# Annexe III : Note conceptuelle

## Le monitoring des institutions psychiatriques

### 3<sup>ème</sup> Symposium Jean-Jacques Gautier pour les MNP

6-7 septembre 2016, Genève, Suisse

#### Vue d'ensemble

« Bien que l'interdiction de la torture ait été, à l'origine, appliquée principalement dans le contexte des interrogatoires, des punitions ou de l'intimidation d'un détenu, la communauté internationale a commencé à reconnaître que la torture apparaît également dans d'autres contextes. »<sup>17</sup> Les institutions psychiatriques font partie de ces « autres contextes » où des personnes sont à risque de subir des abus pouvant être constitutifs de torture ou d'autres formes de mauvais traitements. Le placement sans consentement ainsi que l'exposition accrue aux abus dans de telles institutions a reçu une attention croissante au niveau international au cours de la dernière décennie, particulièrement à la suite de

<sup>17</sup> Voir le rapport du Rapporteur spécial de l'ONU sur la torture, Juan E. Méndez, Doc de l'ONU, A/HRC/22/53, 1<sup>er</sup> février 2013.

#### Objectifs

*Jour 1 : MNP et expert-e-s internationaux(-ales)*

- Explorer les facteurs de risque et les situations qui contribuent aux abus et aux mauvais traitements des personnes détenues dans des institutions psychiatriques ainsi que les moyens de les prévenir.
- Examiner les standards applicables aux institutions psychiatriques et identifier les stratégies des MNP face aux défis posés par leur mise en œuvre.
- Permettre une interaction entre les MNP et d'autres acteurs clés afin de partager et d'identifier les bonnes pratiques et renforcer la coopération.

## Objectifs

### Jour 2 : MNP et SPT

- Discuter, entre pairs, des principaux défis rencontrés par les MNP dans l'exercice de leur mandat de prévention, eu égard aux points soulevés lors de la Partie 1.
- Échanger des méthodes de travail afin de développer les compétences des MNP dans le monitoring des institutions psychiatriques.
- Renforcer la coopération entre les différents MNP ainsi qu'avec le SPT.

l'adoption de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, qui stipule que « *l'existence d'un handicap ne devrait en aucun cas justifier une privation de liberté.* » (art.14)

Les Mécanismes Nationaux de Prévention (MNP) établis en vertu du Protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture (OPCAT) ont comme mandat le monitoring de tous les lieux de privation de liberté, y compris les institutions psychiatriques privées ou publiques où des personnes sont placées et traitées involontairement.

Ainsi, ce Symposium se concentrera sur les institutions

psychiatriques, comprises comme tout établissement public ou privé prodiguant des soins médicaux à des personnes qui présentent des incapacités mentales ou intellectuelles (par exemple, les hôpitaux psychiatriques, les services psychiatriques dans les hôpitaux généralistes, les unités/hôpitaux sécurisés ou tout autre lieu qui sont *de facto* des institutions psychiatriques).

## Organisation du Symposium

La rencontre de septembre 2016 est la troisième d'une série d'événements : les ***Symposiums Jean-Jacques Gautier***. Il s'agit d'un forum international, unique en son genre, permettant l'échange des connaissances et des pratiques sur la question des vulnérabilités en détention. En 2014, le premier Symposium s'est centré sur la vulnérabilité des enfants en détention.<sup>18</sup> La seconde édition s'est intéressée à la situation des personnes LGBT privées de liberté.

---

<sup>18</sup> Les rapports des deux premiers Jean-Jacques Gautier Symposiums sont disponibles ici : <http://www.apr.ch/fr/symposium-jean-jacques-gautier-pour-les-mnp/>

Cette troisième édition traitera des difficultés et défis soulevés par la privation de liberté dans les institutions psychiatriques.

Les participant·e·s à cet événement incluront une quinzaine de MNP de toutes les régions du monde, ainsi que des représentant·e·s des organes de monitoring régionaux et internationaux (y compris le Sous-comité pour la Prévention de la Torture, SPT) et d'autres expert·e·s internationaux(-ales) bénéficiant de connaissances approfondies sur la thématique. Le nombre limité de participant·e·s favorise la création d'un environnement permettant l'échange et la discussion entre les participant·e·s.

Chaque session débute par quelques brèves présentations abordant des problématiques spécifiques, qui sont ensuite suivies de discussions plénières entre tous les participant·e·s, permettant ainsi le partage des bonnes pratiques et des défis rencontrés. L'interprétation simultanée des échanges sera disponible en anglais, français et espagnol.

## Partie 1 (6 septembre et matinée du 7 septembre)

La journée du 6 septembre ainsi que la matinée du 7 septembre réuniront tous les participant·e·s, d'expertises multidisciplinaires et d'expériences diverses : les représentant·e·s des MNP, les expert·e·s des organes internationaux et régionaux de monitoring ainsi que des représentant·e·s des ONG spécialisées dans le domaine des droits des personnes avec un handicap. Cette première partie aura pour

### Résultats attendus

- Les participant·e·s bénéficieront d'une compréhension étendue des situations à risque rencontrées par les personnes détenues en institution psychiatrique.
- Les MNP auront identifié les stratégies pour faire face aux défis rencontrés dans l'exercice de leur mandat.
- Les contacts entre les participant·e·s faciliteront la mise en place de futures collaborations.
- Les méthodes de travail des MNP pourront être adaptées afin de faire face aux problématiques clés rencontrées dans les institutions psychiatriques.
- Le rapport du 3<sup>ème</sup> Symposium sera rendu public.

but d'explorer les principaux facteurs de risque identifiés dans les institutions psychiatriques de différents contextes et de mettre en lumière les moyens de les prévenir. Ainsi, elle permettra d'identifier des stratégies pour les MNP et les autres organes de monitoring afin de répondre de manière efficace à ces problématiques dans le cadre de leur travail. Finalement, cette rencontre offrira aux MNP et aux autres parties prenantes l'opportunité de développer ou renforcer leur collaboration.

## **Partie 2 (après-midi du 7 septembre)**

La dernière après-midi de ce Symposium réunira les représentant-e-s des MNP et la représentante du SPT en comité restreint afin de faciliter la coopération entre les MNP ainsi qu'avec le SPT. Cette réunion de travail se concentrera sur un échange entre pairs concernant les problématiques identifiées durant la première partie du Symposium. Elle permettra également le partage des méthodes de travail entre les participant-e-s, favorisant ainsi le développement de leurs compétence et stratégies, eu égard au rôle des MNP dans le monitoring des institutions psychiatriques.

# Annexe IV : Références utiles

---

## Normes internationales et régionales

- Comité des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées, *Lignes directrices sur le droit à la liberté et à la sécurité* (art. 14), 2015 : [www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc) (en anglais uniquement)
- Groupe de travail des Nations Unies sur la détention arbitraire, *Principes de base et lignes directrices sur les voies et procédures permettant aux personnes privées de liberté d'introduire un recours devant un tribunal*, 2015 : <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Detention/Pages/DraftBasicPrinciples.aspx>
- Haut-Commissariat aux droits de l'homme, *Compilation des normes internationales relatives au droit à la liberté et à la sécurité des personnes avec un handicap* (Note pour la réunion d'experts des 8-9 septembre 2015) : <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/deprivationofliberty.aspx> (en anglais uniquement).
- Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), *Normes du CPT* (les pages 52 et suivantes concernent les établissements psychiatriques) : <http://www.cpt.coe.int/fr/docsnormes.htm>
- Commission interaméricaine des Droits de l'Homme, *Principes et bonnes pratiques de protection des personnes privées de liberté dans les Amériques* (en particulier Principe III.3 : Mesures spéciales à l'intention des personnes handicapées mentales)
- Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, *Projet de protocole relatif aux droits des personnes handicapées en Afrique* (adopté par la Commission en février 2016 mais pas encore adopté par les États de l'Union Africaine) : [http://www.achpr.org/files/news/2016/04/d216/disability\\_protocol.pdf](http://www.achpr.org/files/news/2016/04/d216/disability_protocol.pdf)

## Rapports et documents d'institutions et mécanismes intergouvernementaux

- Sous-Comité des Nations Unies pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (SPT), *Position du Sous-Comité sur les droits des personnes placées en institution et faisant l'objet d'un traitement médical sans avoir donné leur consentement éclairé*, Doc. de l'ONU CAT/OP/27/2, 26 janvier 2016 : [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/OP/27/2&Lang=en](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/OP/27/2&Lang=en)
- Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, *Rapport du Rapporteur Spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, Doc. de l'ONU A/HRC/22/53, 1<sup>er</sup> février 2013 : [http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53\\_FR.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_FR.pdf)
- Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, *Placement involontaire et traitement involontaire de personnes souffrant de troubles mentaux*, 2012 : <http://fra.europa.eu/fr/publication/2012/placement-involontaire-et-traitement-involontaire-de-personnes-souffrant-de>

## Sites web d'organisations non-gouvernementales

- Association pour la prévention de la torture (APT) : [www.apt.ch](http://www.apt.ch)
- Disability Rights International (DRI) : [www.driadvocacy.org](http://www.driadvocacy.org)
- Human Rights Watch (HRW) : [www.hrw.org/topic/disability-rights](http://www.hrw.org/topic/disability-rights)
- International Disability Alliance (IDA) : [www.internationaldisabilityalliance.org](http://www.internationaldisabilityalliance.org)
- Mental Disability Advocacy Centre (MDAC) : <http://mdac.info/en>
- World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP) : [www.wnusp.net](http://www.wnusp.net)









association pour la prévention de la torture  
asociación para la prevención de la tortura  
association for the prevention of torture

Les institutions psychiatriques sont des lieux de privation de liberté au sens de l'article 4 du Protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la Torture (OPCAT). Ces établissements font donc partie intégrante du mandat des organes de monitoring de la détention créés en vertu de l'OPCAT : le Sous-Comité pour la Prévention de la Torture (SPT) et les Mécanismes Nationaux de Prévention (MNP).

Afin d'explorer les facteurs de risques, les situations pouvant mener à des abus à l'encontre des personnes privées de liberté en institution psychiatrique ainsi que les moyens de prévenir ces abus, l'Association pour la prévention de la torture (APT) a organisé les 6 et 7 septembre 2016 le *Symposium Jean-Jacques Gautier sur le monitoring des institutions psychiatriques*. Cette rencontre, qui s'est tenue à Genève, a réuni des expert·e·s internationaux(-ales) et des représentant·e·s de Mécanismes Nationaux de Prévention (MNP) provenant de toutes les régions du monde.

Ce Symposium est le troisième d'une série de réunions organisées par l'APT afin de permettre aux MNP et à d'autres expert·e·s d'échanger leurs connaissances et pratiques eu égard aux situations de vulnérabilité en détention.

Le présent document constitue le rapport final du Symposium. Il ne fournit pas un compte rendu détaillé des riches débats qui ont eu lieu pendant deux jours mais a pour objectif de mettre en évidence les enjeux et défis liés au monitoring de la privation de liberté en institution psychiatrique ainsi que de présenter certaines pistes de réflexion identifiées durant les débats concernant la mise en œuvre du mandat préventif des MNP pour faire face à ces défis.