

SEMINAIRE DE SME
LE LIVRE VERT DE LA COMMISSION EUROPEENNE SUR LA SANTE MENTALE : IL
EST TEMPS D'AGIR!
Bruxelles, le 12 Mai 2006

Rappel

Le Livre Vert «*Améliorer la santé mentale de la population. Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne*» a été officiellement rendu public le 24 octobre 2005, sous la présidence britannique de l'Union européenne (UE). Dans le sillage de ce document, la Commission européenne a initié une consultation ouverte sur le Livre Vert, à laquelle ont participé les institutions européennes, les gouvernements, les professionnels de la santé, les parties prenantes issues des autres secteurs, la société civile (organisations de patients y comprises) et la communauté des chercheurs.

Santé Mentale Europe a accueilli très favorablement ce processus de consultation, car il constitue une *opportunité en or* de pouvoir influencer le débat sur la scène européenne. SME a invité autant d'organisations et de personnes que possible à donner leur avis et à commenter le Livre Vert sur la Santé Mentale.

Objectifs du séminaire

Ce séminaire avait pour objectif premier de faire le bilan et de discuter des différentes réactions que Santé Mentale Europe a collectées auprès de ses organisations membres et d'autres parties prenantes. Santé Mentale Europe entendait partager avec les participants sa croyance en l'importance de la promotion et du maintien de la bonne santé mentale et du bien-être mental d'une part, et d'autre part insister sur la nécessité d'une approche de santé publique favorisant une santé mentale positive pour les populations des Etats membres de l'Union européenne.

Le deuxième objectif du séminaire était de nourrir le débat autour de la question du traitement forcé dans la communauté. En effet, le gouvernement britannique est actuellement en train d'examiner des propositions d'amendements à la législation sur la santé mentale datant de 1983 (Mental Health Act) qui sont très controversées. Ces propositions introduisent notamment le «*traitement sous surveillance dans la communauté*». Cette question a été ou est aussi en train d'être discutée dans d'autres pays européens, et elle y a rencontré de fortes oppositions puisque le traitement forcé dans la communauté peut être perçu comme constituant une violation de l'intimité des patients. Des témoignages relatifs à la situation constatée dans d'autres pays ont par ailleurs été pris en considération.

Enfin, le séminaire a permis aux participants d'acquérir une vue d'ensemble sur le travail et les activités menées par la Coalition Européenne pour la Vie dans la Communauté, l'initiative d'envergure européenne qui travaille à l'inclusion sociale des personnes handicapées par la promotion de services basés dans la communauté, complets et de qualité, comme alternative à l'institutionnalisation.

Programme

Livre Vert de la Commission européenne «Améliorer la santé mentale de la population. Des stratégies européennes pour la santé mentale»

Analyse de John Henderson, conseiller politique de SME

John Henderson a livré son analyse du Livre Vert de la Commission européenne «*Améliorer la santé mentale de la population. Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne*».

Il a rappelé que ce document a été officiellement rendu public par la Commission européenne le 24 octobre 2005. Une centaine de délégués, parmi lesquels des représentants des Etats membres de l'UE, un large éventail de parties prenantes, de même que des experts et universitaires, étaient présents.

Il a insisté sur le fait que la santé mentale était pour la première fois prise en compte par la Commission européenne. La DG SANCO a préparé ce Livre Vert par le biais de consultations interservices – ce qui signifie que chaque unité et chaque directeur général de la Commission pouvait contribuer au Livre Vert. En outre, et c'est exceptionnel, la Commission et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) travaillent ensemble en l'espèce – leur travail conjoint a commencé avec la préparation de la Conférence Ministérielle de Helsinki en janvier 2005.

Il a ensuite parcouru le document de travail de la Commission et a mis en exergue les parties du document qui, dans une perspective plus politique, étaient les plus significatives.

Ainsi que l'a souligné John, la Commission européenne propose le Livre Vert comme un document de travail qui devrait susciter des commentaires de la part d'un grand nombre de parties intéressées, des gouvernements, des autres institutions européennes, des professionnels de la santé, des parties prenantes de la société civile et de la communauté des chercheurs. Le but de la Commission européenne est, après réception des contributions des parties intéressées, d'aboutir à la rédaction d'une Stratégie Communautaire et d'un Plan d'Action sur la Santé Mentale.

John a mis en lumière le fait que seules certaines des propositions d'action du Livre Vert entrent dans le cadre de la compétence communautaire. Des propositions tomberont ainsi dans le champ de compétence des Etats membres et des autres institutions européennes, telles que l'OMS - Europe et le Conseil de l'Europe.

Certaines des propositions d'action peuvent entrer dans le champ de compétence de la Commission européenne, mais dans d'autres secteurs politiques que celui de la santé, tels que ceux de la DG Emploi et Affaires Sociales, de la DG Education et Culture, de la DG Justice, Liberté et Sécurité, de la DG Recherche et du Comité des Politiques Régionales.

La Commission a fait certaines propositions fermes:

- une proposition de recommandation du Conseil sur la santé mentale;
- une proposition de recommandation du Conseil sur la diminution de la dépression et du suicide;
- une proposition de développement d'une interface entre la recherche et la politique.

La Commission a également mis en avant les possibles liaisons à faire entre les actions qui sont menées dans le domaine de la santé mentale, et la stratégie sur la toxicomanie de l'Union européenne ainsi que la stratégie communautaire de réduction des dommages liés à la consommation d'alcool. De possibles liaisons sont également à faire avec le réseau OMS d'écoles promouvant la santé et le réseau OMS d'hôpitaux promouvant la santé.

La Commission a également évoqué la possibilité d'autres initiatives, telles que l'identification des meilleures pratiques de promotion de l'inclusion sociale et de la protection des droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Pour finir, John a relevé que le Livre Vert fait référence au lancement d'une Plateforme Européenne sur la Santé Mentale, qui promouvrait la coopération intersectorielle sur la santé mentale de toute une série d'acteurs, tels que les décideurs politiques, les experts et les parties prenantes du secteur de la santé ou des autres secteurs, y compris les représentants de la société civile. Un tel concept a déjà été mis en œuvre par l'Union européenne (UE), au travers de la Plateforme Européenne sur l'Alimentation, l'Activité Physique et la Santé et la Plateforme sur l'Environnement et la Santé.

Présentation des commentaires relatifs au Livre Vert sur la Santé Mentale que SME a collectés auprès de ses organisations membres et d'autres parties prenantes

Mary Van Dievel, directrice de SME

Mary van Dievel a dressé un panorama général des réponses que SME a collectées auprès de ses organisations membres et de ses membres individuels, ainsi que des organisations tierces qui contribuent activement à la Stratégie européenne sur la santé mentale.

Elle a insisté sur le fait que Santé Mentale Europe (SME) accueille très favorablement ce processus de consultation, car il constitue une opportunité en or d'influencer les discussions menées au niveau européen sur les questions relatives à la santé mentale.

Exprimant le point de vue de SME sur le Livre Vert, Mary a déclaré que SME regrettait que le Livre Vert ne mette pas en lumière l'importance de promouvoir et de maintenir une bonne santé mentale et le bien-être mental. L'introduction du Livre Vert met l'accent sur le fardeau que représentent les troubles mentaux, ce qui tend à laisser de côté l'importance des compétences clés de l'UE en matière de santé publique s'agissant de la promotion d'une santé mentale positive et du bien-être mental, ainsi que de la prévention des troubles mentaux. C'est pourquoi SME pense qu'il est primordial que l'approche de santé publique se fasse dans le sens d'une santé mentale positive pour toutes les populations des Etats membres de l'UE.

Traitement forcé dans la communauté – Avantages et inconvénients des injonctions de traitement dans la communauté, tels qu'envisagés par MIND, Royaume-Uni

Sophie Corlett, conseillère politique de MIND, l'Association Nationale de Santé Mentale pour l'Angleterre et le pays de Galle

Sophie Corlett a fait un exposé sur les avantages et les inconvénients des injonctions de traitement dans la communauté, tels qu'envisagés par MIND, afin de lancer un débat impliquant à la fois les participants et les membres du Comité des droits de l'homme de SME qui assistaient au séminaire. Dans son exposé, Mme Corlett a d'abord donné une vue d'ensemble de la situation législative actuelle en Angleterre et au pays de Galle. Elle a ensuite présenté les avantages supposés des injonctions de traitement dans la communauté (Community Treatment Orders - CTOs) et les raisons pour lesquelles MIND s'oppose aux CTO. Pour finir, elle a résumé des questions mises à jour par la recherche.

Mme Corlett a expliqué que la législation actuelle pour l'Angleterre et le Pays de Galle est le « Mental Health Act » de 1983. Cette loi stipule qu'une des conditions de la contrainte est la nécessité d'une hospitalisation. Actuellement la contrainte exercée dans la communauté est limitée et consiste soit en une décharge sous surveillance, soit en des modalités aménagées de départ, soit en une tutelle. En 2004, une proposition de loi sur la santé mentale a introduit des « injonctions de non-résidence » autorisant la contrainte (mais non le traitement forcé) dans la communauté.

En réaction aux fortes oppositions suscitées par celle-ci, de nouvelles propositions ont été faites en 2005-2006. Le « Mental Health Act » de 1983 devrait à présent être amendé pour rendre possible le « traitement sous surveillance dans la communauté » ("*Supervised Community Treatment*" - SCT). Le SCT devrait concerner des personnes déjà hospitalisées et déjà traitées, et il serait lié à la réunion de trois conditions. Un « surveillant clinicien » ("*clinical supervisor*") serait autorisé à décider si la SCT est appropriée, ceci après recueillement de l'avis d'un second praticien agréé de la santé mentale. Le SCT ne conduirait pas au traitement forcé, mais le patient pourrait être rappelé à l'hôpital pour être soigné.

Les bénéfiques escomptés des CTO, tels que soulignés par Sophie Corlett, sont:

- la modernisation: la plupart des soins et traitements psychiatriques sont basés dans la communauté et la législation devrait traduire cela;
- cette alternative est moins restrictive que l'hospitalisation;
- les CTO empêchent la multiplication des rechutes et des réadmissions en maintenant le contact avec les services et le suivi du traitement;
- ils réduisent les risques engendrés pour les patients eux-mêmes et pour les autres;
- ils réduisent les risques d'exclusion sociale qui peuvent résulter de la détention.

Cependant, en prenant appui sur les diverses appréhensions exprimées par les usagers des services, MIND s'oppose aux propositions sur le CTO au motif que les CTO pourraient:

- rendre la contrainte plus étendue et durer de plus longues périodes;
- décourager les gens de s'adresser aux services compétents et détruire la confiance qu'ils leur portent;
- se concentrer excessivement sur la médication et rendre la gestion des effets secondaires difficile.

MIND estime que le besoin de contrainte décroîtrait si les services étaient améliorés.

Sophie Corlett a achevé sa présentation en donnant quelques données récoltées grâce aux recherches menées en Nouvelle Zélande en 2005. Ces recherches montrent clairement que les résultats et les bénéfiques à tirer des CTO sont mitigés. Une majorité soutenait les CTO, particulièrement si l'alternative était l'hôpital, en arguant du fait qu'ils conduisaient à un meilleur accès aux services et à une amélioration de la santé, et qu'ils donnaient un sentiment de sécurité. Une minorité était, en revanche, encore très fortement opposée aux CTO, car ils réduisent le choix relatif à la médication et à cause des restrictions qui sont imposées s'agissant de la résidence et des déplacements. Une discussion animée a suivi cette présentation.

Une contribution majeure a été faite par Peter Kinderman, professeur en psychologie clinique à l'université de Liverpool (Royaume Uni). Selon lui, nous devons garder à l'esprit que:

- le droit des individus à choisir leurs propres soins de santé devrait être respecté;
- le droit à la liberté et à la protection contre les emprisonnement arbitraires, tel qu'énoncé dans l'article 5 de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales (CESDH), et le droit à la vie privée et à la vie familiale, tel qu'énoncé à l'article 8 de la CESDH, devraient également être respectés;
- l'approche psychosociale préfère éviter la médication lorsque c'est possible.

Les articles 5 et 8 de la CESDH sont utilisés par les opposants aux CTO pour démontrer qu'ils représenteraient une violation de la vie privée et personnelle des patients. Mais, d'un autre côté, on ne peut pas arguer du fait que l'intimité des patients soit possible à l'hôpital. Cette législation est, en fait, intrinsèquement ambivalente.

Il faut également faire attention au changement audacieux que la nouvelle loi apportera s'agissant de la personne en charge des soins. Alors qu'à l'hôpital c'est le praticien, un

professionnel qualifié, qui est responsable du traitement administré au patient, la proposition de loi dispose que toute personne pourra devenir « surveillant clinicien » du patient.

Suite à cette intervention, Annette Plooi, de l'ENUSP (European Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry), a apporté quelques éléments sur l'introduction attendue du traitement forcé dans la législation hollandaise sur la santé mentale. Aux Pays-Bas les patients doivent normalement accepter les conditions qui leur sont imposées, mais selon le nouvel amendement proposé, le juge pourrait imposer les conditions du traitement dans le futur. Les usagers craignent que l'expansion des possibilités de traitement forcé n'aille de pair avec un retour au critère du « meilleur intérêt du patient », plutôt qu'au critère de « danger » que les usagers avaient réussi à imposer après des années de lutte.

Selon Mme Plooi, le traitement forcé équivaut à la médication forcée. La médication forcée:

- est très invasive;
- n'a pas été prouvée comme étant toujours effective;
- entraîne souvent des effets secondaires très négatifs;
- est une solution à court terme.

A long terme, le traitement forcé peut apparaître contreproductif, puisqu'il peut amener les gens à se détourner de la recherche de soins.

Elle est convaincue du fait que le problème n'est pas que les personnes refusent d'être traitées; le problème provient des déficiences du système de soin lui-même, qui sont:

- le traitement se concentre partialement sur la médication;
- les soins ne sont généralement pas mobiles: le système fonctionne selon le schéma traditionnel d'une personne se rendant dans un cabinet médical avec une demande d'aide bien définie;
- l'aide offerte se limite souvent à une petite demi heure de discussion une fois toutes les trois semaines;
- les soins ne sont fréquemment pas accessibles: horaires en dehors des heures de bureau, pas de possibilité d'aide immédiate;
- les travailleurs en santé mentale ne font pas assez attention aux besoins réels des personnes, qui sont souvent très pratiques (logement, ménage, finances).

Pour finir, Mme Plooi a mis l'accent sur les abus qui peuvent survenir lorsque la tolérance à l'encontre des comportements déviants décroît très rapidement.

Plusieurs autres réactions ont été liées aux potentielles dérives sécuritaires. Il est vrai qu'une telle mesure pourrait entraîner des comportements très invasifs. Aux Pays-Bas par exemple, la notion « d'intérêt personnel/meilleur intérêt du patient » a été retirée de la législation, pour éviter tous les possibles abus.

Paul Arteel, juriste et membre de l'Association Flamande de Santé Mentale, a fait une suggestion intéressante: les patients devraient être informés de la possibilité qui existe pour eux de rédiger une déclaration écrite expliquant leurs préférences personnelles concernant leur traitement. Un tel document serait juridiquement contraignant et primerait également sur les déclarations des psychiatres.

De plus, il a été considéré comme essentiel de mettre l'accent sur la composante sanitaire des CTO: ce qui est en cause, c'est la santé publique, et non pas la capacité juridique des personnes.

La recherche a, en effet, montré une augmentation de l'utilisation des CTO, lorsqu'ils sont introduits.

La crainte d'une utilisation massive et excessive des CTO a aussi été évoquée.

Enfin, des questions concernant l'environnement social des patients autorisés à rester dans la communauté ont été posées, car il est parfois nécessaire de couper ces patients de leurs proches, de même que de leur environnement quotidien.

N.B.: durant le séminaire, un document de travail résumant les différentes contributions collectées par SME en réponse à son enquête sur la possible introduction du traitement forcé dans la communauté a été distribué (cf annexe).

Les alternatives à l'institutionnalisation basées dans la communauté

Présentation de la Coalition Européenne pour la Vie dans la Communauté (European Coalition for Community Living), par Josée Van Remoortel, conseillère politique de SME

Josée Van Remoortel a fait un exposé et a animé la session sur « *Les alternatives à l'institutionnalisation basées dans la communauté* ». L'accent de cet exposé fut mis sur l'initiative européenne de la « Coalition Européenne pour la vie dans la communauté », ses missions, le contexte de sa création, son travail et ses priorités.

La Coalition pour la Vie dans la Communauté (European Coalition for Community Living - ECCL) est une initiative d'envergure européenne qui travaille à l'inclusion sociale des personnes handicapées par la promotion de services basés dans la communauté complets et de qualité, comme alternative à l'institutionnalisation. L'ECCL fait de l'advocacy en faveur de la désinstitutionnalisation en Europe et suit les progrès réalisés dans ce sens, fait campagne et fournit des informations sur le développement de services basés dans la communauté complets et de qualité et sur la désinstitutionnalisation.

L'ECCL utilise la définition suivante du terme « institution »: « *une institution est tout endroit dans lequel les personnes définies comme handicapées sont isolées, mises à l'écart et/ou obligées de vivre ensemble. Une institution est aussi un endroit dans lequel les personnes n'ont pas, ou ne sont pas autorisées à exercer un contrôle sur leurs vies et leurs décisions quotidiennes. Une institution n'est pas simplement définie par sa taille* ».

Le besoin d'une initiative telle que l'ECCL, qui promeut la désinstitutionnalisation et le développement d'alternatives basées dans la communauté, a été démontré par les conclusions du projet « *Included in Society* ». Basé sur des recherches menées dans 25 pays européens, couvrant 2 500 institutions, ce projet a montré que le problème des soins hospitaliers de longue durée pour les personnes handicapées prévaut dans de nombreux pays européens. Les personnes handicapées qui vivent dans des institutions sont souvent victimes de graves violations de leurs droits fondamentaux. Les résidents de ces institutions n'ont aucun contrôle sur les décisions qui les concernent. Les autres décident à leur place du lieu et des personnes avec lesquelles ils vivront, du nombre de personnes avec lesquelles ils partageront leur chambre, des vêtements qu'ils porteront, des montants qu'ils pourront dépenser...

L'ECCL est une initiative s'intéressant à toutes les sorte de handicap, et elle a pour cible tous les acteurs impliqués dans le processus de désinstitutionnalisation et de développement d'alternatives basées dans la communauté : les autorités locales, nationales et régionales, l'Union européenne, les organisations de personnes handicapées et les autres organisations non gouvernementales, les associations de fournisseurs de services et le personnel des institutions existantes.

Les priorités de l'ECCL sont:

- l'engagement en faveur de l'arrêt complet de la construction de nouvelles institutions;
- le développement et la mise en oeuvre de politiques et d'actions en faveur de la désinstitutionnalisation;
- le développement et la fourniture de services basés dans la communauté complets et de qualité dans les nouveaux Etats membres de l'Union européenne et les pays candidats;
- l'établissement de systèmes contraignants de surveillance de la qualité;

- des systèmes financiers tenant compte des besoins individuels;
- l'échange des meilleures pratiques dans le processus de désinstitutionalisation et le développement et la fourniture de services basés dans la communauté;
- une meilleure coordination des différents acteurs concernés par la protection des droits des personnes handicapées.

Les partenaires impliqués dans la gestion et les organisations de financement de l'ECCL sont Autisme Europe, le Center for Policy Studies of the Central European University, le Réseau Européen pour une Vie Indépendante (European Network of Independent Living), Inclusion Europe, Santé Mentale Europe et l'Open Society Mental Health Initiative.

Après cet exposé, la salle a réagi:

- une attention toute spéciale doit être portée à l'importance d'éviter que le processus de désinstitutionalisation ne conduise à la trans-désinstitutionalisation, c'est-à-dire le ballottage des patients d'une institution à une autre;
- les alternatives aux institutions traditionnelles basées dans la communauté qui sont en train d'être créées doivent être renforcées et soutenues, particulièrement dans leur effort de communication avec les autres systèmes, tels que le système de santé;
- l'exemple de l'Autriche, où les organisations d'usagers rencontrent de grandes difficultés pour rassembler tant des ressources humaines que financières, a été cité : un organisme professionnel pourrait représenter les intérêts de ces organisations;
- l'apport personnel requis par la Commission européenne pose également problème, car de nombreuses organisations, telles que l'ENUSP, ne possèdent tout simplement pas assez de fonds propres;
- une solution est envisageable: la mise en place, par la Commission européenne, d'un fonds qui serait destiné à appuyer la participation des organisations d'usagers dans les projets européens et les autres initiatives européennes: SME et ses organisations membres devraient faire campagne pour promouvoir cette idée;
- toutes les organisations d'usagers et toutes les organisations non gouvernementales de ce secteur doivent travailler ensemble, pas seulement parce qu'elles auront plus de poids ainsi, mais surtout parce qu'il est très important de renforcer cette coopération: cela demandera beaucoup d'efforts et cela prendra beaucoup de temps, comme l'ont montré Josée Van Remoortel et John Henderson, c'est pourquoi nous pouvons tous nous montrer reconnaissants pour le grand travail accompli.

ANNEXE:

TRAITEMENT FORCÉ DANS LA COMMUNAUTÉ -document de travail-

En 2005, MIND (l'association nationale de santé mentale pour l'Angleterre et le Pays de Galles), qui est membre de SME, a contacté SME pour lancer une enquête sur la possible introduction du traitement/de la médication forcé(e) dans la communauté dans les pays respectifs des membres de SME.

Ci-dessous sont reproduites les contributions collectées par SME:

Danemark

Palle N. Heilesen, de l'Association danoise de santé mentale, a écrit:

« Parce que la loi danoise sur la santé mentale doit être révisée en 2006, un groupe de consultants indépendants (Rambøll Management) a lancé un sondage sur la législation en vigueur.

Le rapport suggère que la révision devrait inclure une disposition introduisant le traitement forcé, c'est-à-dire l'administration forcée de médicaments, soit au domicile du patient soit à l'extérieur des établissements de soin.

Pour des raisons évidentes cette suggestion a rencontré de fortes oppositions de la part des ONG. Mais les psychiatres et les autres experts se sont également inquiétés de cette avancée très drastique, qui pourrait être considérée comme une violation de l'intimité et du domicile des patients – un droit qui est énoncé très clairement dans la constitution danoise.

L'Association danoise de santé mentale (SIND) suspecte que cette revendication d'une législation sur le traitement/la médication forcé(e) dans la communauté trouve son origine dans la pauvreté du dialogue et de la coopération entre les hôpitaux et les patients. »

France:

Claude Deutsch, d'Advocacy France, a rapporté que:

« En France il n'existe pas encore de législation sur le traitement forcé dans la communauté, et les membres d'Advocacy France sont plutôt satisfaits de ce statu quo, parce qu'ils pensent que cela pourrait être dangereux pour la liberté et les droits fondamentaux. Toutefois, certaines personnes en France demandent la mise en place d'une telle législation.

A mentionner: une loi sur l'hospitalisation sous contrainte autorise les médecins à décider d'une issue judiciaire et, par conséquent, le traitement peut être imposé sans discussion. »

Pays-Bas:

Leo de Graaf a mentionné que:

« En 2002 la Commission européenne a publié un rapport sur « *L'admission sous contrainte et le traitement forcé des patients maladies mentales – Législation et pratique dans les Etats membres de l'Union européenne* ». Les auteurs étaient Joachim Salize, Harald Dressing et Monika Peitz, de l'Institut Central de Santé mentale J5 D-68159 de Mannheim, en Allemagne.

Ce rapport fournit une vue d'ensemble très complète de la situation en 2002 et il est toujours d'actualité pour la plupart des pays.

S'agissant de la situation aux Pays-Bas: le traitement forcé était illégal jusqu'à présent, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des établissements psychiatriques, et même après une admission sous contrainte. Cela a mené à de longues impasses (par exemple, dans les cas où les patients rejetaient tout traitement, mais ne pouvaient pas être déchargés parce qu'ils étaient dangereux pour eux-mêmes ou pour les personnes qui les entouraient)

En 2005, cette question fut débattue au Parlement.

Josée Van Remoortel, conseillère politique de SME, a également fait le point sur la situation aux Pays-Bas:

« Aux Pays-Bas la question du traitement forcé est actuellement en train d'être débattue. En avril 2004 le ministère a envoyé pour consultation deux amendements à la loi « BOPZ » (la loi sur l'hospitalisation forcée). Ils incluaient:

- 1) la possibilité de traitement sans consentement préalable;
- 2) l'élargissement du consentement/de l'autorisation conditionnel(le).

L'organisation d'usagers Pandora « LPR » a réagi de façon très négative aux deux propositions, puisqu'elles représentent une violation des droits fondamentaux des personnes ayant des problèmes de santé mentale. »

Irlande:

Brian Howard, de Mental Health Ireland, a raconté que:

« Dans les années 90, au cours de la préparation de la nouvelle législation irlandaise sur la santé mentale, la question du traitement/de la médication forcé(e) dans la communauté a été mise en avant lors des examens et discussions publics; elle faisait partie d'une série de propositions pouvant être potentiellement reprises dans les dispositions de la nouvelle législation. La méthode utilisée pour les examens et les discussions publics de ces questions fut la publication d'un Livre Vert sur la Santé Mentale (1992). Il y avait peu ou pas de soutien pour le traitement/la médication forcé(e) dans la communauté. L'opposition s'était cristallisée autour de la question de la violation des droits fondamentaux des personnes. Peut-être que la raison la plus décisive de s'opposer à une telle mesure était qu'elle serait en fin de compte impraticable – que faire d'une personne qui refuse la médication ou qui ne respecte pas les conditions d'une « injonction dans la communauté »? Prendre des mesures de sanction telles que la détention?

De telles mesures de sanction seraient regardées comme inacceptables. Si une personne doit être emprisonnée, les fondements de sa privation de liberté doivent être clairement énoncés, conformément à la loi, et doivent être conformes aux dispositions de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme. »

Espagne :

Victor Aparicio Basauri, de l'association espagnole de neuropsychiatrie (Asociacion Espanola de Neuropsiquiatria - AEN), a déclaré:

« En Espagne il n'existe pas spécifiquement de traitement forcé dans la communauté, mais en 2005 des Associations de familles (santé mentale) ont envoyé au parlement espagnol une proposition à cet égard. Une commission a été chargée d'étudier la question et a appelé différentes parties prenantes (les familles, les soignants du secteur psychiatrique, des juges...) à participer à une consultation. Huit d'entre eux étaient favorables à la nouvelle législation et cinq étaient contre. Par ailleurs, un juge de San Sébastien a détourné la loi espagnole sur l'autonomie des patients pour appliquer un traitement forcé dans la communauté. »

Italie:

Pino Pini, de l'AIMe, nous a informé de ce que:

« Selon la législation nationale, il est impossible d'ordonner un traitement forcé à l'encontre des personnes soignées dans les services psychiatriques situés dans les hôpitaux généraux ou dans les services de santé mentale dans la communauté (cette seconde alternative est d'ailleurs très peu usitée).

L'ordonnance de traitement forcé provient du maire compétent, et elle doit être appuyée par les avis de deux médecins. L'ordonnance doit être révisée tous les sept jours. »

Chypre:

Elise Torossian, du Groupe d'advocacy pour les personnes malades mentales (KY.PRO.DI.PS.A - Advocacy Group for the Mentally Ill/KINISI PROASPISIS DIKEOMATON PSYCHIK), nous a envoyé une copie d'articles de la loi chypriote n°77(1) de 1997 sur les soins psychiatriques:

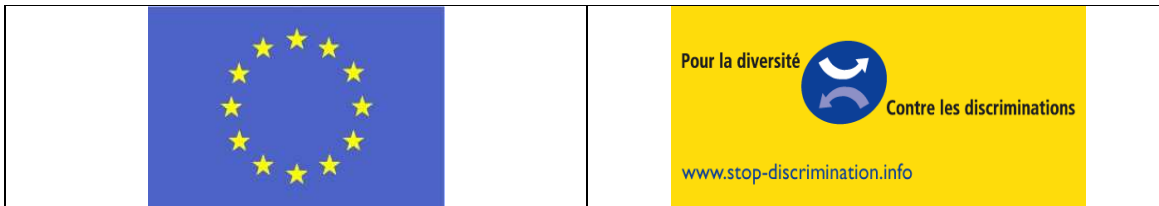
Article 9 (Traitement forcé)

- (1) Les dispositions de cet article s'appliquent aux cas où le patient souffre d'un trouble mental sévère, requérant impérativement des soins appropriés dans des centres de détention sécurisés.
- (2) Les traitements forcés ne peuvent être dispensés que dans des centres de détention psychiatriques sécurisés.

Article 10 (Procédure d'administration des soins forcés)

- (1) La procédure d'administration des soins forcés est la suivante:
 - a) une demande en injonction est introduite devant la cour par le représentant personnel du patient.
Dans le cas où le représentant personnel ne soumet pas une requête ou ne peut pas être localisé, la requête est soumise par la police ou un travailleur social.
 - b) sans préjudicier aux dispositions de la section (3), la requête est appuyée par un avis psychiatrique portant sur la nécessité de dispenser des soins conformément à cet article.
 - c) l'injonction de soins temporaires porte sur une période de deux semaines maximum.
 - d) la cour, en rendant son ordonnance, prévoit une date à laquelle il sera décidé s'il est nécessaire de poursuivre les soins.
 - e) si, à la date fixée dans la section (d) ci-dessus, la cour juge que, à la lumière des preuves fournies, la nécessité de prolonger l'ordonnance de soins n'est pas avérée, alors le patient est relâché. Toutefois, si la cour estime que le patient doit être détenu dans un centre de soins, alors elle rendra une ordonnance de poursuite des soins. Il est clair que si le psychiatre responsable estime que le patient n'a pas besoin de davantage de soins, il a la possibilité de le relâcher avant expiration de l'ordonnance de soins temporaires, après notification rapide à la cour.
 - f) la prolongation de l'ordonnance de soins est prononcée pour une période initiale de deux mois et elle peut être renouvelée conformément aux dispositions de l'article 11.
 - g) lorsqu'elle rend une ordonnance de soins, la cour entend également le patient, à moins que les preuves fournies ne démontrent que le patient n'est pas en mesure de témoigner. Dans de telles hypothèses, la cour entend les opinions du représentant personnel du patient, qui peut être accompagné par un avocat et un psychiatre de son choix.
 - h) la cour, si elle estime opportun de prendre en considération la situation financière du patient, peut ordonner que les dépenses de l'avocat et du psychiatre soient prises en charge par les fonds publics.
- (2) Le comité est averti par la cour du résultat de l'ordonnance de soins temporaires et de la date à laquelle la cour devra décider de la nécessité de prolonger l'ordonnance de soins.
- (3) Les dispositions suivantes s'appliquent dans le cas de patients refusant tout examen, afin de recueillir l'avis médical requis par les dispositions du paragraphe (a) de la section (1):
 - a) suite à la requête de l'une des personnes mentionnées dans le paragraphe (a) de la section (1), la cour peut rendre une ordonnance enjoignant de procéder sur-le-champ à l'examen et au bilan de la santé du patient et statuant sur l'avis qui servira de référence pour l'ordonnance d'examen;
 - b) l'adoption d'une ordonnance d'examen autorise et oblige la police à arrêter le patient sur-le-champ et à le déférer dans un centre ou dans n'importe quel autre endroit mentionné dans l'ordonnance.
 - c) la police reste sur les lieux de l'examen où le patient a été déféré pour examen jusqu'à ce qu'il se termine et après:
 - (i) quitte le lieu d'examen si le psychiatre qui a examiné le patient estime qu'une ordonnance de soins forcés n'est pas requise ou
 - (ii) défère le patient dans une aire de détention sécurisée si l'avis du psychiatre est que le patient doit immédiatement être soigné de force, jusqu'à ce que la cour ordonne son transport dans un centre de détention sécurisé. En pareil cas, à moins qu'une autre personne ne le fasse, la police soumet une requête à la cour aux fins de rendre une ordonnance de soins temporaires.
 - d) dans le cas évoqué au sous-paragraphe (i) du paragraphe c) ci-dessus, le psychiatre rend un rapport approfondi sur ses résultats, qu'il envoie à la cour qui doit rendre une ordonnance d'examen,

- e) dans le cas évoqué au sous-paragraphe (ii) du paragraphe c) ci-dessus, le psychiatre rend l'avis requis pour la délivrance de l'ordonnance de soins temporaires, conformément aux dispositions du présent article.



Evénement soutenu par la Commission européenne, DG Emploi, Affaires Sociales et Egalité des Chances - Programme d'Action pour Combattre les Discriminations