



HAL
open science

Droits de l'Homme et santé mentale : une analyse du système international de protection des personnes atteintes de troubles mentaux

Renata Rodrigues dos Santos Ribeiro

► To cite this version:

Renata Rodrigues dos Santos Ribeiro. Droits de l'Homme et santé mentale : une analyse du système international de protection des personnes atteintes de troubles mentaux. Droit. 2022. dumas-03792666

HAL Id: dumas-03792666

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03792666v1>

Submitted on 30 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE PERPIGNAN VIA DOMITIA

U.F.R. DES SCIENCES JURIDIQUES ET ÉCONOMIQUES



MASTER 2

ADMINISTRATION PUBLIQUE

Parcours « Carrières de droit public »

**DROITS DE L'HOMME ET SANTÉ MENTALE : UNE
ANALYSE DU SYSTÈME INTERNATIONAL DE
PROTECTION DES PERSONNES ATTEINTES DE
TROUBLES MENTAUX**

Mémoire Recherche

présenté par Renata RODRIGUES DOS SANTOS RIBEIRO

sous la direction de M. Jacobo RÍOS et de Mme. Claire PICOD

Année universitaire 2021–2022

DÉDICACE

À la mémoire du juriste, Antônio Augusto Cançado Trindade, qui m'a inspiré le début de mes recherches sur la protection internationale des droits de personnes souffrant de troubles mentaux. L'étude de sa sentence dans l'affaire Damião Ximenes Lopes, quand j'étais la licence de droit à l'Université fédérale du Maranhão, a allumé la flamme de l'espoir d'un monde plus humain, me convainquant de la nécessité de la continuité de la lutte. Comme il a indiqué dans son vote séparé, « l'être humain ne peut abandonner le combat pour la justice tant qu'il garde la capacité de s'indigner ».

REMERCIEMENTS

Je remercie Monsieur Jacobo RÍOS RODRÍGUEZ, mon directeur de recherche, non seulement pour son soutien dans la réalisation de ce mémoire, mais aussi pour sa remarquable didactique pendant l'année scolaire de master 2 ; pour ses encouragements dans l'étude du droit constitutionnel espagnol qui m'ont permis de m'inscrire le DU franco-espagnol et de continuer mes études doctorales dans la modalité de cotutelle avec une institution espagnole.

Je remercie également Madame Claire PICOD, ma co-directrice de mémoire, pour tout son soutien tout au long de ce travail, pour sa vision holistique de l'écriture qui va bien au-delà des conseils sur la langue française, également pour son influence sur l'étude de l'espagnol, pour toutes les opportunités d'évolution qu'elle m'a offertes depuis mon arrivée en France, pour les cours de renforcement linguistique, pour les tests de compétences en langues et pour m'avoir consacré du temps après chaque cours pour éclaircir mes doutes et émettre son avis sur mon plan d'étude quand j'ai commencé à parler de mon sujet.

Je remercie Monsieur Mathieu DOAT, mon directeur de Master 2, pour son soutien depuis mon entrée au master, pour son accueil en général, pour mes premiers livres en français, pour sa didactique pendant l'année scolaire, pour l'accompagnement pendant mon adaptation à l'UPVD, pour ses conseils de méthodologie concernant le plan français et des ouvrages empruntées, pour la patience, pour sa sagesse lorsque j'ai rencontré des difficultés.

Je remercie mes camarades de promotion et plus particulièrement mon amie Marie ALBRICH-SALES pour son constant soutien, pour ses annotations, pour ses explications, pour ses conseils sur les évaluations et pour l'amitié qui est née de cette interaction. Je remercie également l'amitié fondamentale de mon amie Ramlat ABDALLAH, compagne de master, pour les promenades de retour à la maison, pour nos fréquentes études à la médiathèque de Perpignan même pendant les vacances et les week-ends et pour les courses dans le parc ; je la remercie de m'avoir écouté dans les moments de tristesse, d'avoir transformé ces moments en rires et de m'avoir toujours aidée dans la prononciation du français.

LISTE DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS

ARS	Agence régionale de santé
CADH	Convention américaine des droits de l'Homme
CEDH	Convention européenne des droits de l'Homme
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CIDH	Cour interaméricaine des droits de l'Homme
CIDPH	Convention relative aux droits de la personne handicapé
CIJ	Cour Internationale de Justice
CourEDH	Cour européenne de droits de l'Homme
CSP	Code de la santé publique
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DUDH	Déclaration universelle des droits de l'Homme
EPI	Services d'Emploi pour l'Insertion
EPMO	Emplois protégés en milieu ordinaire
ESAT	Établissements et services d'aide par le travail

GBD	Global Health Data Exchange
HAS	Haute autorité de santé
HRC	Comité des droits de l'Homme
JLD	Juge des libertés et de la détention
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations unies
SEM	Services d'Emploi Modulaires

SOMMAIRE

PREMIÈRE PARTIE : LA SANTÉ MENTALE EN TANT QU’OBJET DE DROIT INTERNATIONAL

CHAPITRE 1 : LA RECONNAISSANCE DU DROIT À LA SANTÉ MENTALE COMME DROIT HUMAIN ET FONDAMENTAL

Section 1 : Le dialogue interdisciplinaire entre le droit et la psychiatrie

Section 2 : Le passage de la zone de non-droit au droit

CHAPITRE 2 : LES DIFFÉRENTS MÉCANISMES DE PROTECTION INTERNATIONALE DES PERSONNES VULNÉRABLES

Section 1 : Réflexions sur la mondialisation du droit à la santé

Section 2 : Le mouvement de coopération international pour la santé mentale

SECONDE PARTIE : LA PERSONNE ATTEINTE DE TROUBLES MENTAUX COMME ACTEUR DE DROIT INTERNATIONAL

CHAPITRE 1 : LE PROCESSUS LÉGISLATIF FRANÇAIS COMME RÉPONSE AU PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE

Section 1 : La protection juridique de l'accès aux soins psychiatriques en France

Section 2 : L'effectivité de la garantie des droits des patients psychiatriques en France

CHAPITRE 2 : L'APPORT DE LA COUR INTERAMÉRICAINNE DES DROITS DE L'HOMME À LA PROTECTION DE LA SANTÉ MENTALE

Section 1 : Première condamnation mondiale dans le domaine de la santé mentale

Section 2 : Le chemin de l'individu vers la justice accessible

INTRODUCTION

« Nous avons le droit d'être égaux lorsque notre différence nous rend inférieurs ; et nous avons le droit d'être différents lorsque notre égalité nous disqualifie. D'où la nécessité d'une égalité qui reconnaît les différences et d'une différence qui ne produit pas, ne nourrit pas et ne reproduit pas les inégalités. »¹

1. – Le protagonisme de l'être humain dans le domaine du droit international. L'être humain est incontestablement le sujet ultime du droit, tant au niveau international que national². Si la personne souffrant de troubles mentaux est considérée comme un sujet de droits, elle mérite également une protection complète de sa santé physique et mentale. Comme l'affirme Cançado Trindade, la reconnaissance de la centralité des droits de l'Homme correspond au nouvel *éthos* de notre époque. Par conséquent, le processus d'humanisation du droit international implique le défi de consolider la pleine capacité juridique pro-essentielle à un niveau global de l'être humain, sans distinction de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre, d'origine nationale ou sociale, de richesse, de naissance, ou de toute autre condition³, de sorte que dans cette dernière est incluse la condition de santé mentale.

2. – Définition des droits de l'Homme. Il convient d'établir les concepts qui seront étudiés tout au long de ce mémoire. Selon la doctrine de Jean Salmon, les droits de l'Homme peuvent être définis comme « un ensemble de libertés et de droits fondamentaux inhérents à la dignité de la personne humaine et qui concernent tous les êtres humains »⁴. Il convient de relever que, pour la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948, la condition d'être une personne est la seule et unique exigence pour la possession de droits, ce qui dispense de tout jugement de valeur

¹ SANTOS B-S., *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural*, Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 2003, p. 56.

² TRINDADE A. A. C., *Le droit international pour la personne humaine*, Paris, Pédone, 2012, p. 104.

³ La Déclaration universelle des droits de l'Homme, l'article 2, 10 décembre 1948, <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>.

⁴ SALMON J., *Dictionnaire de droit international public*, Bruxelles, Bruylant, 2001, p.119.

en dépit de la condition psychique, permanente ou transitoire, que l'individu manifeste au sein de la société.

3. – Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948. Également appelé droits de l'Homme, droits de la personne et droits fondamentaux, cet ensemble de prérogatives trouve une protection juridique dans le document de référence qu'est la DUDH de 1948, qui proclame les droits civils, politiques, économiques, sociaux, culturels, diffus et collectifs, entre autres, comme des droits essentiels, y compris la jouissance de la santé mentale.

4. – Définition du droit international de la santé. Selon la doctrine du professeur Michel Bélanger, auteur pionnier dans le monde de l'étude du droit international de la santé, à propos de la naissance de cette nouvelle branche du droit international public, il la définit comme « l'ensemble des règles juridiques concernant la protection internationale de la santé ». La question qui se pose alors est : que signifie jouir d'une bonne santé mentale ?

5. – La santé mentale. La santé mentale est une composante essentielle de la santé et est bien plus que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux. Malgré le concept de santé adopté par l'Organisation mondiale de la santé, elle est définie comme suit dans le préambule de sa Constitution : « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁵. Dans cette définition, il est clair que le champ psychique est inclus comme une composante de la conception holistique de la santé.

6. – La notion de trouble mental. Le DSM-5 définit un trouble mental comme étant : « un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions, ou le comportement d'une personne qui reflète un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental »⁶.

7. – Les types de troubles mentaux. L'OMS ajoute également que, parmi les troubles mentaux figurent : « la dépression, les troubles affectifs bipolaires, la schizophrénie et autres

⁵ Organisation mondiale de la santé, Constitution de l'OMS, <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>.

⁶ DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (« Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders »), publié par l'American Psychiatric Association.

psychoses, la démence, la déficience intellectuelle et les troubles du développement, y compris l'autisme » ; qui entrent toutes dans le cadre de ce travail.

8. – *Les symptômes d'un trouble mental.* Selon l'OMS⁷, un trouble mental peut être identifié si l'individu est affecté par la tristesse, la perte d'intérêt ou de sentiment de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation, des troubles du sommeil, des troubles de l'appétit, des problèmes de concentration, des changements d'humeur soudains, entre autres.

9. – *Le droit à la santé comme prérogative transcendante.* Ainsi, en ce qui concerne la théorie de Karel Vasak⁸ sur la classification des droits conçus dans la DUDH en trois générations, la réflexion suivante s'impose : le droit à la santé ne s'inscrit pas seulement dans l'une de ces catégories, mais en réalité dans toutes, puisqu'il s'agit d'une prérogative transcendante, de caractère global et d'aspect fondamental, qui est incluse parmi les droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels et aussi parmi ceux de la solidarité⁹.

10. – *Une vision holistique du droit à la santé.* L'application de l'interprétation téléologique de l'art. 25 de la DUDH¹⁰ confirme ce qui précède, puisque, pour assurer le droit à la santé – y compris le domaine psychique selon le concept holistique de l'OMS – il énumère comme paramètre l'expression « droit à un niveau de vie suffisant », qui passe par les aspects de l'alimentation, de l'habillement, du logement, de l'assistance médicale et sociale, ainsi que de la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou autre manque de subsistance dans des circonstances indépendantes de sa volonté, comme dans le cas du développement de troubles mentaux, objet de la présente analyse.

11. – *Le droit à la santé mentale dans les pactes internationaux.* Corroborant ce qui précède, la doctrine de Michel Bélanger ajoute que le droit à la santé physique et mentale peut être considéré comme un droit économique et social – par exemple avec l'art. 12 du Pacte international

⁷ Organisation mondiale de la santé, Troubles mentaux, 28 novembre 2019, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.

⁸ VASAK K., « La déclaration universelle des droits de l'Homme 30 ans après », https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000048063_fre/PDF/074816freo.pdf.multi.nameddest=48063.

⁹ BÉLANGER M., *Droit international de la santé (écrits 1981-2011)*, Les études hospitalières, 2012, p. 113.

¹⁰ La Déclaration universelle des droits de l'Homme, avril 2022, <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>.

relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966¹¹, comme un droit civil et politique – par exemple avec l’art. 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966¹², au travers du droit à la vie, complété aujourd’hui par l’apport du droit international à l’action humanitaire, et aussi comme un droit spécifiquement culturel, au sens du droit à la « culture de la santé »¹³.

12. – *Le lien entre les droits de l’Homme et la santé mentale est indiscutable.* Par la même, parler du droit à la santé mentale revient à parler du droit à la vie lui-même. Dans cette herméneutique extensive, le droit à la vie est reconnu dans plusieurs textes internationaux, comme dans l’art. 3 de la DUDH de 1948¹⁴ ou encore dans l’art. 2 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l’Homme et des libertés fondamentales de 1950¹⁵. Cela dit, le lien entre les droits de l’Homme et la santé mentale est intrinsèque, ce qui rend nécessaire l’étude du droit international de la santé comme une branche du droit public qui contribue à la mondialisation de la protection psychique.

13. – *L’actualité de la santé mentale dans le monde.* Concernant l’expression de la santé mentale en chiffres, l’OMS estime que toutes les quarante secondes, une personne se suicide dans le monde¹⁶. Dans la récente édition de Mars 2022, elle a également renforcé l’information selon laquelle la dépression est l’une des principales causes d’invalidité dans le monde, qu’elle contribue largement à la charge de morbidité mondiale et que, d’ici 2030, la dépression sera la maladie la plus débilante de la planète¹⁷. Le contexte de la pandémie de la COVID-19 a encore mis en évidence le besoin urgent de soins de santé mentale. Le Global Health Data Exchange 2020 a estimé que la pandémie a entraîné une augmentation de 27,6 %¹⁸ des cas de troubles dépressifs

¹¹ Article 12 : 1. les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu’à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu’elle soit capable d’atteindre.

¹² ONU, Pacte international relatif aux droits civils et politiques, le 23 mars 1976, <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>.

¹³ BÉLANGER M., *Droit international de la santé (écrits 1981-2011)*, Les études hospitalières, 2012, p. 114.

¹⁴ La Déclaration universelle des droits de l’Homme, avril 1948, <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>.

¹⁵ Convention européenne des droits de l’Homme, 4 novembre 1950, https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_FRA.pdf.

¹⁶ Organisation mondiale de la santé, 9 septembre 2019, <https://www.who.int/fr/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>.

¹⁷ Organisation mondiale de la santé, Santé mentale et COVID-19 : Premières preuves de l’impact de la pandémie : Dossier scientifique, 2 mars 2022, https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1.

¹⁸ Interval of uncertainty (IU) 95% : 25,1-30,3.

majeurs (TDM) et une augmentation de 25,6 %¹⁹ des cas de troubles anxieux (TA) dans le monde en 2020²⁰.

14. – *L’actualité de la santé mentale en France.* Dans le contexte français, selon la cinquième l’édition de son Observatoire Place de la Santé à la santé mentale, La Mutualité Française a constaté que 1 personne sur 5 est touchée par un trouble mental chaque année dans le pays, soit 13 millions de personnes. Le taux de suicide en France est de 13,2 pour 100 000 habitants, un des niveaux les plus élevés des pays européens de développement comparable (10,5 pour 100 000 habitants en moyenne). Elle ajoute que 64% des Français disent avoir connu un trouble ou une détresse psychologique, jusqu’à 75% chez les moins de 35 ans – sondage Harris Interactive auprès de 1 050 personnes pour la Mutualité Française. Les dépenses remboursées par l’assurance maladie pour les maladies psychiatriques et la consommation de médicaments psychotropes s’élèvent à 23,4 milliards d’euros par an, ce qui représente le premier poste de dépenses de l’assurance maladie, et ces médicaments sont responsables de 35 à 45 % de l’absentéisme au travail²¹.

15. – *Un sous-investissement dans la santé mentale.* Le dernier Atlas de la santé mentale de l’OMS a montré que d’ici 2020, les gouvernements du monde entier consacreront en moyenne un peu plus de 2 % de leur budget de santé à la santé mentale et que de nombreux pays à faible revenu déclarent ne pas disposer d’un professionnel de la santé mentale pour 100 000 habitants²². On estime que 3,8% de la population est touchée, dont 5,0% des adultes et 5,7% des personnes de plus de 60 ans. Dans le monde, environ 280 millions de personnes souffrent de dépression²³.

16. – *Le risque d’un impact économique mondial.* La Commission Lancet pour la santé mentale mondiale estime qu’entre 2011 et 2030, les maladies mentales coûteront 16 000 milliards de dollars en perte de production économique mondiale, autrement dit qu’elles représenteront le

¹⁹ Interval of uncertainty (IU) 95% : 23,2-28,0.

²⁰ National Library of Medicine, « Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic », <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8500697/>.

²¹ Santé publique France, 8 octobre 2021, <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>.

²² Organisation mondiale de la santé, Les cas d’anxiété et de dépression sont en hausse de 25 % dans le monde en raison de la pandémie de COVID-19, 2 mars 2022, <https://www.who.int/fr/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>.

²³ Institut de métrologie sanitaire et d’évaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>.

plus grand fardeau économique de tous les problèmes de santé d'ici 2030²⁴. Si le gouvernement consacre des fonds suffisants aux traitements de santé mentale, les individus et la société en tireront des avantages considérables.

17. – Un problème réversible. Selon le rapport *Speak Your Mind Return on the Individual*, si les initiatives d'investissement dans le domaine de la voyance commencent aujourd'hui, il y aurait 60 millions de cas d'anxiété, de dépression et d'épilepsie en moins d'ici à 2030, si nous augmentons les dépenses en matière de santé mentale aux niveaux recommandés ; les gens gagneraient 25 millions d'années de vie en bonne santé d'ici à 2030 et 200 000 décès dus à des états dépressifs, des psychoses et des épilepsies pourraient être évités²⁵. Cela dit, le débat autour de cette question est inévitable. Il est opportun que la science du droit soit en mesure d'orienter les politiques publiques de santé mentale au niveau du droit interne et aussi du droit international concernant cette pandémie silencieuse qui nous ravage.

18. – La production d'une jurisprudence qui renforce la personnalité juridique de la personne souffrant de troubles mentaux. En ce sens, il est du devoir des opérateurs du droit de s'engager dans la production normative qui protège les droits de l'Homme. Il est commode d'ouvrir les portes de la justice internationale à ceux qui en ont besoin, de donner une voix à ceux qui n'en ont pas, ou à ceux qui en ont une mais qui sont ignorés à cause de la stigmatisation qui entoure la maladie. Les États ont pour mission de lutter contre la violence en milieu hospitalier psychiatrique, de renforcer tous les droits et garanties accordés au patient, de promouvoir des politiques préventives en matière de santé mentale et de faciliter l'accès direct de l'individu aux juridictions internationales en cas de situations de torture physique et psychologique.

19. – La jurisprudence innovante de la CIDH. Corroborant ce qui précède, Cançado Trindade, par sa sentence du 04 juillet 2006, dans l'affaire *Damião Ximenes Lopes*, a inauguré une nouvelle ère dans le domaine de la santé mentale au niveau mondial. Pour la première fois, un pays a été condamné dans le monde entier pour avoir violé les droits de l'Homme d'une personne souffrant de troubles mentaux. Cette sentence a représenté un pas en avant et a contribué à faire

²⁴ Le Centre Carter, « Les maladies mentales coûteront au monde 16 000 milliards de dollars US d'ici 2030 », 16 novembre 2018, <https://www.psychiatrytimes.com/view/mental-illness-will-cost-world-16-usd-trillion-2030>.

²⁵ The Lancet Regional Health, « Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations », 1^{er} janvier 2022, [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(21\)00114-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(21)00114-9/fulltext).

de la CIDH une référence dans la lutte contre la discrimination et la stigmatisation liées à la maladie mentale.

20. – *Le point d’ancrage.* Ainsi, on peut affirmer qu’il y a un monde avant et après le cas Damião, c’était un point d’ancrage qui représentait l’affirmation de l’individu souffrant de troubles mentaux comme sujet de droit national et aussi international, puisqu’avant la sentence susmentionnée, aucun cas n’avait atteint la sphère mondiale en ce qui concerne les atrocités commises dans les asiles psychiatriques qui, dans le cas de Damião Ximenes, ont abouti à sa mort à la « Clínica de Repouso Guararapes ».

21. – « *L’holocauste brésilien* ». Lorsque l’on parle d’un avant et d’un après, on fait référence au passé sombre de la nation brésilienne en matière de violations des droits de l’Homme dans le contexte des hôpitaux psychiatriques ; le traitement inhumain a des origines anciennes. Entre 1930 et 1980, l’asile « Colônia », situé dans la ville de Barbacena, à l’intérieur du Minas Gerais, a été le théâtre de la mort de plus de 60 000 Brésiliens, comme le rapporte la journaliste Daniela Arbex. Parmi les décès, le pourcentage de 70% n’avaient pas été diagnostiqués avec une pathologie mentale²⁶. Par la même, la sentence dans l’affaire Damião a symbolisé un ordre d’arrêter tout traitement cruel et inhumain dans le contexte psychiatrique brésilien et aussi au niveau mondial.

22. – *La stigmatisation historique autour de la maladie mentale.* Ce qui est aujourd’hui considéré comme un trouble mental n’a pas toujours été interprété correctement. La connotation de la « folie » comme une punition divine, comme un péché ou même comme une manifestation démoniaque faisait partie de l’imaginaire du Moyen-Âge, ce qui a conduit, à l’époque, à l’adoption de méthodes de traitement cruelles qui ont entraîné des violations des droits de l’Homme. Plus au-delà des violations physiques, les agressions morales sont encore stigmatisées aujourd’hui.

23. – *La « folie » comme construction sociale.* La philosophie de Michel Foucault dans l’ouvrage *Histoire de la folie*²⁷, de l’époque classique à la modernité, nous amène à comprendre comment l’aliénation mentale était une construction sociale pour imposer la marginalisation par

²⁶ ARBEX, D., *Holocausto brasileiro*, São Paulo, Geração Editorial, 1^a ed., 2013.

²⁷ FOUCAULT M., *Histoire de la folie à l’âge classique*, Paris, Gallimard, 1998, 688 p.

l'utilisation du pouvoir et de la coercition morale, ce qui conduit à la solidification du stigmaté créé dans l'Antiquité, étant la première structure de pouvoir classique le pouvoir de ségrégation par le biais de l'internement²⁸.

24. – La zone de non droit. Ainsi, la « folie » est dans son essence une révélation du non-être²⁹. « L'internement est la pratique qui correspond le mieux à une folie ressentie comme un non-sens, autrement dit comme une négativité vide de raison ; en elle, la folie est reconnue comme n'étant rien ». L'internement fonctionne comme une sorte de décret social d'isolement, segmentant le monde entre ceux qui sont et ceux qui ne sont pas.

25. – La carrière morale du malade mental. Dans son ouvrage intitulé *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, le sociologue Erving Goffman, défend l'idée que dans ce système d'isolement psychiatrique, le patient commence à construire sa carrière morale, que selon les mots l'auteur signifie « au cycle des modifications qui interviennent dans la personnalité du fait de cette carrière et aux modifications du système de représentation par lesquelles l'individu prend conscience de lui-même et appréhende les autres »³⁰. Il soutient qu'entre les murs de l'asile, un processus de « déculturation » au sens d'une « désadaptation » se produit, ce qui fait que la personne temporairement incapable de faire face à certaines situations de la vie quotidienne, si elle devait les affronter à nouveau.

26. – Le processus de « mortification du moi ». En asile, peu à peu, l'individu perd le contact avec le monde extérieur, avec sa vie civile quotidienne, familiale et sociale en général. Ainsi, les hospitalisations prolongées par le maintien des asiles accélèrent le processus de « mortification du moi »³¹, de dépersonnalisation, d'emprisonnement des désirs et des besoins³². La personne malade perd son rôle social et éponge une nouvelle identité à travers toutes les nouvelles caractéristiques qui lui sont attribuées, parmi lesquelles celle d'invalidité, d'incapacité, d'inutilité, qui corroborent, une fois de plus, son invisibilité collective. En ce sens, il conviendra d'analyser comment le droit international peut-il intervenir en faveur des personnes vulnérables.

²⁸ Ibid., p. 71.

²⁹ Ibid., p. 227.

³⁰ Ibid., p. 180.

³¹ Ibid., p. 56.

³² Ibid., p. 35.

27. – Briser le cycle de la marginalisation. Adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 13 décembre 2006, la Convention relative aux droits des personnes handicapées, qui compte aujourd'hui 164 pays signataires, représente la volonté de la communauté internationale de briser le cercle vicieux d'années de marginalisation de ce groupe vulnérable, en inaugurant un nouveau moment qui offre à tous des chances égales de développement.

28. – Les efforts du droit international. Cela dit, le droit international, par son humanisation et son universalisation, doit agir pour protéger le droit humain et fondamental à la santé mentale en combattant la stigmatisation qui entoure la maladie, en interdisant les pratiques qui violent les droits de l'Homme dans les hôpitaux psychiatriques ; en promouvant des politiques de santé basées sur le modèle biopsychosocial ; l'efficacité de la garantie du droit à l'information et du renforcement de l'autonomie dans les procédures d'hospitalisation sans consentement ; et la facilitation de l'accès direct de l'individu aux tribunaux internationaux pour la génération d'une jurisprudence qui corrobore la condamnation des pratiques de torture physique et psychologique.

29. – En France, parmi la production normative relative au thème de la protection des personnes souffrant de troubles mentaux, nous aborderons dans ce mémoire La loi n° 7443 du 30 juin 1838, dite « Loi des aliénés » ; la Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation ; la Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ; la Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 ; et la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Ainsi, la question se pose de savoir **si la législation interne française est conforme aux normes internationales en matière de protection des personnes souffrant de troubles mentaux.** Existe-t-il vraiment un droit à la santé mentale ? Ce dernier est-il un nouveau droit qui a émergé principalement en raison de la révolution techno-scientifique combinée au contexte de la pandémie de la COVID-19 ? Si elle existe, est-elle garantie à tous ? Dans le contexte français, les droits des patients psychiatriques sont-ils respectés ? Dans ce sens, l'objectif est d'examiner l'origine du droit à la santé mentale à travers la technique de l'interprétation téléologique des

principaux documents qui représentent un cadre juridique dans la protection des droits de l'Homme afin de découvrir des éléments de réponse dans le texte des lois qui démontrent que nous ne sommes pas face à un nouveau droit.

30. – Dans ce mémoire, l'accent sera mis sur la personne souffrant de troubles mentaux, plus particulièrement dans le cadre des hospitalisations psychiatriques sans consentement, afin d'étudier les droits et garanties qui sont conférés au patient en soins psychiatriques sous hospitalisation. La méthodologie à utiliser sera fondée sur une étude descriptive basée sur une recherche bibliographique de nature exploratoire, à travers les lois, les décrets, les conventions internationales, les résolutions de l'ONU et de l'OMS, la jurisprudence de la CEDH et de la CIDH, la doctrine et les livres spécifiques, les articles juridiques, les articles de revues médicales, les mémoires et thèses et les rapports en général. L'étude aura une approche qualitative, avec une enquête d'informations sur l'existence d'une législation pertinente pour protéger les droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux, parallèlement au cadre normatif international existant³³.

31. – L'intérêt de ce document ainsi consiste à étudier la santé mentale en tant qu'objet du droit international à travers la reconnaissance du droit à la santé mentale comme un droit humain et fondamental établi dans les documents internationaux qui protègent ce groupe vulnérable (**Partie 1**). Le protagonisme de la personne souffrant de troubles mentaux en tant que sujet de droit international sera également exploré, en établissant un parallèle entre la législation française – en tant que réponse au problème de santé publique mondial de la maladie mentale – et le droit international, y compris la jurisprudence de la CIDH à travers l'affaire *Damião Ximenes Lopes* comme point d'ancrage global (**Partie 2**). Notre intention consiste à contribuer pour l'amélioration du système de soins psychiatriques, en ce qui concerne la conduite du pouvoir de décision en faveur de politiques publiques et de mesures d'intervention cohérentes avec le respect des droits de l'Homme, ainsi que, dans la mesure du possible, actives dans la réinsertion sociale de ceux qui sont encore marginalisés aujourd'hui.

³³ Dans ce mémoire, des expressions en gras et en italique seront parfois utilisées au début de certains paragraphes afin de guider le raisonnement critique tout au long de la recherche.

PREMIÈRE PARTIE : LA SANTÉ MENTALE EN TANT QU'OBJET DE DROIT INTERNATIONAL

32. – Le droit en tant que science a pour objet d'étude les normes juridiques, et celles-ci doivent être interprétées en fonction de la réalité historique et sociale en vigueur. Compte tenu du contexte actuel de la pandémie de la COVID-19, qui a mis en évidence le besoin incontournable de soins de santé mentale, il est impératif qu'une législation accompagne ce mouvement pour protéger les personnes souffrant de troubles mentaux. L'OMS estime que toutes les quarante secondes, une personne se suicide dans le monde et que, d'ici 2030, la dépression sera la maladie la plus invalidante de la planète³⁴. La question consiste à savoir : ce que la loi a fait pour combattre cette pandémie silencieuse ? Dans quelle mesure la santé mentale est-elle un objet du droit international ?

33. – La lutte contre ce phénomène de santé publique mondial nécessite le recours à la coopération internationale pour la production d'une législation en la matière. À cette fin, il est nécessaire de reconnaître tout d'abord la santé mentale comme un droit humain et fondamental (**Chapitre 1**) et de discuter du type de violations qui peuvent être commises à l'encontre du patient et de la manière dont une telle négligence viole les pactes qui protègent ce bien juridique. Une fois ces considérations faites, il est important d'explorer les différents mécanismes de protection internationale pour les personnes qui se trouvent dans cette condition de vulnérabilité (**Chapitre 2**). Parmi les documents les plus importants, la santé mentale est couverte par la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 et par la Convention relative aux droits des personnes handicapées et fait l'objet de plusieurs politiques publiques qui seront présentées dans ce mémoire.

³⁴ Organisation mondiale de la santé, 9 septembre 2019, <https://www.who.int/fr/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>.

Chapitre 1 : La reconnaissance du droit à la santé mentale comme un droit humain et fondamental

34. – Tout être humain a droit au minimum existentiel. La Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 proclame comme droits essentiels les droits civils, politiques, économiques, sociaux, culturels, diffus et collectifs, entre autres. Reconnaître la santé mentale comme un droit humain et fondamental nécessite de comprendre quel est le paramètre pour juger une personne atteinte de dignité mentale, ainsi que de comprendre quelle thérapie est recommandée dans ce cas. Pour cela, il est de la plus haute importance que la science du droit discute avec la psychiatrie, la psychologie et la psychanalyse, dans un mouvement de dialogue interdisciplinaire (**Section 1**) qui passe aussi par l'approche socio-philosophique de Michel Foucault considérant la folie comme une forme d'exclusion et de négation des droits et la vision de Erving Goffman sur les établissements psychiatriques comme institutions totalitaires (**Section 2**).

Section 1 : Dialogue interdisciplinaire entre le droit et la psychiatrie

35. – Afin d'élargir la vision sur le sujet, nous examinons d'abord le type de relation entre le droit et la médecine, plus précisément la branche de la psychiatrie, objet de concentration de cette étude, une partition qui est nécessaire, puisque le phénomène juridique n'existe pas à l'état pur³⁵. Il est essentiel de comprendre l'origine sociale et historique de la stigmatisation de la maladie mentale (*Paragraphe 1*). Pour délimiter davantage le champ de cette recherche, l'interdisciplinarité visée ici a pour principal objectif de clarifier les concepts relatifs à ce qu'est la santé mentale et aux thérapies qui peuvent être utilisées sans porter atteinte aux droits de l'Homme (*Paragraphe 2*).

³⁵ KELSEN H., *Théorie pure du droit*, Paris, Dalloz, 1962, 496 p.

Paragraphe 1 : La perception socio historique de la « folie »

36. – Dans le contexte actuel, la question de la santé mentale a été mise en évidence par l’adversité de la pandémie de la COVID-19, mais elle n’est pas un phénomène récent. La folie a été stigmatisée depuis l’Antiquité et la compréhension de cette trajectoire (A) permet d’expliquer pourquoi, même après le XX^e siècle, le recours à la violence contre les malades a été légitimé (B).

A. La folie comme châtiment divin

37. – Ce qui est aujourd’hui considéré comme un trouble mental n’a pas toujours été interprété correctement. La connotation de la folie comme une punition divine, comme un péché ou même comme une manifestation démoniaque faisait partie de l’imaginaire du Moyen-Âge, ce qui a conduit, à l’époque, à l’adoption de méthodes de traitement cruelles qui ont entraîné des violations des droits de l’Homme. Plus que les violations physiques, les agressions morales sont encore stigmatisées aujourd’hui.

38. – En raison du manque de connaissances approfondies sur cette pathologie, elle a été marginalisée pendant le Moyen-Âge, sous l’égide de la pensée religieuse de l’époque, qui configurait un scénario hostile pour ceux qui souffraient de troubles mentaux. Stigmatisés comme « fous », ils étaient la cible de critiques qui tentaient d’expliquer la maladie comme une punition divine, un péché ou même une possession démoniaque.

39. – *L’origine du terme « folie »*. Dans son article intitulé *L’évangile de la folie sainte*³⁶, Frédéric Le Gal rappelle, malgré l’origine du terme « fou », dérivé de *follis*, que désignait un ballon, rempli d’air, qui va toujours d’un côté à l’autre ; une terminologie intégrée au milieu des années 1880. À partir de cette connotation, on comprend l’ironie qui consiste à qualifier la pensée du malade de manière légère, détachée, déliée, comme si son esprit était toujours en errance, ce qui renforce la stigmatisation de la maladie.

³⁶ LE GAL F., « La folie saine et sauve. Pour une théologie catholique de la folie sainte », coll. Théologies, Paris, Cerf, 2003.

40. – L’auteur soutient également que, en général, « la folie connaît, dans la Bible, une connotation éthico-religieuse presque toujours négative et péjorative visant à dénoncer un manque de foi, de vertu, d’obéissance à Dieu »³⁷. Ainsi, on peut voir que cette charge religieuse de la pensée de l’époque a contribué de manière expressive à la formation de l’idée de répulsion, de rejet, de mise à l’écart et de marginalisation sociale de tous et de toute personne qui manifestait des symptômes de troubles mentaux.

41. – On constate que l’interprétation donnée à la folie se traduit par un phénomène qui désincarne inexplicablement l’homme, animal rationnel, de sa propre nature, pour le réduire à l’animalité, avec tout ce que cela suppose de déshumanisation³⁸. Telle est la clé pour comprendre comment la religion a pu légitimer la violence, ouvrant la voie à une série de méthodes cruelles pour combattre le « mal », comme nous le verrons ultérieurement.

B. L’invisibilité qui légitime la violence post-vingtième siècle

42. – Bien que ait compris, après le XX^e siècle, que des méthodes telles que les saignées, les bains froids, les électrochocs et la lobotomie étaient absolument inadéquates, dans certains pays, des structures maintenaient les patients en captivité, comme au Brésil, premier pays au monde à être condamné pour violation des droits de l’Homme dans le domaine de la santé mentale, thème qui sera abordé à la fin de ce mémoire. Nous devons maintenant détailler comment les patients psychiatriques étaient traités et comment cette violence silencieuse s’est perpétuée jusqu’à aujourd’hui.

43. – *Les méthodes cruelles de traitement.* « Fermez les yeux. Vous êtes prêt, docteur ? (CRIS) [...]. Dans les huit années qui ont suivi, j’ai reçu plus de deux cents traitements par électrochocs. Chacun d’entre eux équivalait, dans la crainte, à une exécution »³⁹.

44. – Le personnage principal du film néo-zélandais de Jane Campion *Un ange à ma table* a été diagnostiqué à tort comme schizophrène et a passé huit ans dans un hôpital psychiatrique.

³⁷ Ibid., p. 421.

³⁸ Ibid., p.422.

³⁹ CAMPIO, J. (Réalisatrice). (1991). *Un ange à ma table* [Film]. Bridget Ikin.



Dotée d'un talent rare pour l'écriture, elle n'était pas très douée pour les relations interpersonnelles. Depuis son enfance, elle a toujours été très timide, renfermée, plus proche des livres et de la nature, des caractéristiques qui ont conduit à l'incompréhension médicale qui a fait d'elle une autre victime du système psychiatrique violent.

45. – Ce système utilisait des méthodes thérapeutiques⁴⁰, telles que les maisons de fous (donjons), les bains surprises très froids – tentative de « redémarrer » le cerveau du patient –, la camisole de force, la chaise tranquilisante (le Dr Benjamin Rush a laissé un patient emprisonné pendant six mois), les électrochocs, la machine à tourner à grande vitesse, la lobotomie, la mutilation (suppression de la partie du corps infectée qui causerait la maladie), la saignée, l'administration d'émétiques (incitation à vomir) et le maintien des plaies ouvertes⁴¹.

46. – En France, chaque année, en plein milieu de l'année 1999, près de 70.000 électrochocs ont été pratiqués en hôpital psychiatrique⁴², selon la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR). Ce n'est pas un phénomène récent, comme en témoigne, par exemple, le

⁴⁰ JUDITH LUSSIER U., *Encyclopédie des traitements contre la folie d'hier à aujourd'hui*, mars 2022, <https://www.lapresse.ca/vivre/urbania/201010/25/01-4335847-encyclopedie-des-traitements-contre-la-folie-dhier-a-aujourd'hui.php#>.

⁴¹ Voir l'annexe 1.

⁴² LARTIGUE A., *Vous prenez bien quelques électrochocs ?*, 18 septembre 2011, <https://www.slate.fr/story/43789/electrochocs-psychiatrie>.

scandale dans la presse sur le Centre Psychothérapique de l'Ain. Patients privés de promenade, enfermés dans leur chambre, attachés à leur lit. Le rapport publié par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté parle d'atteintes graves aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées. Caractérisée selon l'association CRPA par un « fonctionnement féodal et inhumain »⁴³.

47. – En ce qui concerne ce même film, basé sur une histoire vraie, il ne raconte que l'histoire d'une femme néo-zélandaise on se demande alors combien d'autres cadres Janet n'ont jamais vu leur histoire racontée dans un livre, un film ou même un article de journal ? Combien de personnes sont mortes à cause de l'utilisation de méthodes de traitement cruelles et continuent de souffrir jusqu'à aujourd'hui dans des structures d'asile qui résistent au temps et au système juridique de protection des droits de l'Homme en particulier à l'interdiction des traitements inhumains (article 3) et au respect du principe de non-discrimination (article 14) de la Convention européenne des droits de l'Homme ?

48. – *Le maintien des asiles de fous*. Initialement pensés comme des espaces thérapeutiques pour détourner les malades mentaux de leurs préoccupations ou même pour aider ces derniers à retrouver l'ordre de leurs pensées, les asiles ont contribué à rompre la relation de cause à effet des maladies mentales, car ils éloignaient le patient de l'environnement domestique hostile, des « chagrins domestiques » communément désignés comme la cause de l'aliénation⁴⁴. C'est pourquoi, cette tentative a d'abord été pensée comme un mécanisme de guérison et non de torture.

49. – Jacques Hochmann souligne qu'au cours des quarante premières années du XX^e siècle, avec la naissance de la psychopathologie, de nouvelles tentatives d'explication des mécanismes de la maladie mentale ont vu le jour « mais c'est aussi la période des traitements de choc, de la psychochirurgie et du développement d'idéologies eugénistes »⁴⁵.

⁴³ DM (avec AFP), Bourg-en-Bresse : le rapport accablant sur le Centre Psychothérapique de l'Ain (CPA), Franceinfo, 11 juin 2020, <https://france3-regions.francetvinfo.fr/auvergne-rhone-alpes/ain/rapport-accablant-sur-le-centre-psychoterapique-de-l-ain-cpa-bourg-en-bresse-953057.html>.

⁴⁴ HOCHMANN J., *Histoire de la psychiatrie*, Paris, PUF, 2004, page 12.

⁴⁵ Ibid., p. 4.

50. – « *Lorsque des mondes sont imposés, des sous-mondes sont créés* ». Cependant, il n'a pas fallu longtemps pour que l'hôpital psychiatrique devienne institution totalitaire, caractérisée par la fermeture par des barrières qui sont érigées pour séparer les détenus de tout contact social avec le monde extérieur⁴⁶. Selon les mots de Erving Goffman, « lorsque des mondes sont imposés, des sous-mondes sont créés »⁴⁷.

Paragraphe 2 : La notion de santé mentale et sa thérapeutique

51. – Après les premières considérations socio-historiques, il est nécessaire de délimiter les concepts dans le domaine de la santé mentale, plus précisément, ce que sont les troubles mentaux et comment les identifier (A). Une fois les définitions fixées, il est important d'aborder la question de savoir comment le modèle de traitement biopsychosocial est devenu efficace en ce qui concerne la non-violation des droits de l'Homme, par opposition à la méthode mécaniste biomédicale (B).

A. Définition des troubles mentaux et de la symptomatologie

52. – *La notion de trouble mental.* Le DSM-5 définit un trouble mental comme étant « un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions, ou le comportement d'une personne qui reflète un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental »⁴⁸.

53. – L'Organisation mondiale de la santé ajoute également que, parmi les troubles mentaux figurent « la dépression, les troubles affectifs bipolaires, la schizophrénie et autres psychoses, la démence, la déficience intellectuelle et les troubles du développement, y compris l'autisme » ; qui entrent toutes dans le cadre de ce travail.

⁴⁶ BENELLI, SJ, *A lógica da internação: instituições totais e disciplinares (des)educativas [en ligne]*. São Paulo : Editora UNESP, 2014, 252 p. ISBN 978-85-68334-44-7. Disponible auprès de SciELO Books « <http://books.scielo.org> ».

⁴⁷ GOFFMAN E., *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, éditions de minuit, 1968, 447 p.

⁴⁸ DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (« Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders »), publié par l'American Psychiatric Association.

54. – Comment identifier un trouble mental ? L'intention de ce travail ne consiste pas à épuiser le sujet, mais seulement de délimiter le champ d'étude, auquel il est nécessaire, pour parvenir à cette fin, à fournir quelques caractéristiques permettant d'identifier le public cible dont on soutient ici qu'il mérite une protection juridique.

55. – Les symptômes d'un trouble mental. Selon l'Organisation mondiale de la santé⁴⁹, un trouble mental peut être identifié si l'individu est affecté par la tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou d'autodévalorisation, des troubles du sommeil, des troubles de l'appétit, des problèmes de concentration, des changements d'humeur soudains, entre autres.

56. – Dans le cas de la schizophrénie, définie par la médecine psychiatrique comme une psychose, on observe toujours une perte de contact avec la réalité, une distorsion de la pensée et du langage, et surtout des manifestations d'hallucinations audiovisuelles et de délire. La démence, quant à elle, affecte directement la mémoire et la capacité d'apprentissage de l'individu. Après avoir présenté brièvement les symptômes, il nous appartient maintenant d'évaluer comment le traitement médical peut être utilisé sans porter atteinte à la dignité de la personne humaine.

B. L'archétype biopsychosocial comme substitut au modèle biomédical

57. – Le problème des troubles mentaux ne peut être analysé d'un point de vue strictement médical ; la discussion doit aller au-delà. Il est nécessaire de considérer que des facteurs tels que l'économie, la qualité de vie, les conditions de logement, entre autres aspects, composent un ensemble de facteurs déterminants pour la compréhension de la maladie en tant que phénomène social. Cette analyse a une relation directe avec la manière dont la santé est promue dans une nation donnée et avec la mesure dans laquelle des méthodes non violentes sont adoptées pour le traitement des troubles mentaux.

58. – Les troubles mentaux en tant que phénomène social. Considérant que les causes des troubles mentaux sont dites dans de nombreux cas idiopathiques, elles méritent d'être analysées

⁴⁹ Organisation mondiale de la santé, Troubles mentaux, 28 novembre 2019, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.

en tenant compte du niveau socio-économique, car ce dernier a un impact direct sur la manière dont un pays offre ses services de soins en matière de santé mentale.

59. – Sur la base de ces idées, l’influence des déterminants sociaux de la santé (DSS) dans le processus de la maladie est discutée. Selon la théorie de la détermination sociale de la santé, de multiples facteurs influent, positivement ou négativement, sur l’état de santé général de l’individu, depuis son contexte d’alimentation, de logement, de revenus, entre autres, jusqu’aux conditions extérieures, telles que l’assainissement et un environnement sain pour vivre⁵⁰.

60. – La Charte d’Ottawa⁵¹, sur laquelle nous reviendrons plus en détail ci-dessous, indique que les conditions indispensables à la santé sont le lieu de vie, l’accès à l’éducation, une alimentation adéquate, un revenu acceptable, un écosystème sain, la disponibilité de ressources durables et le droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Cela entérine l’idée que la maladie mentale est un problème social qui exige une thérapie compatible avec la prise en compte des déterminants sociaux de la santé que nous verrons ultérieurement.

61. – *La promotion de la santé et humanisation des traitements.* « Parce que l’aliéné n’est ni possédé du démon, ni réduit à l’animalité, on peut lui faire entendre raison ou le faire renoncer à un débordement passionnel et délirant, si on parvient à susciter chez lui une passion contraire plus forte, en ébranlant son imagination »⁵². Le père de la médecine mentale, Philippe Pinel, entrant à l’hôpital Bicêtre, après avoir demandé l’autorisation de l’Assemblée nationale, ordonne de retirer les chaînes aux patients, amorçant ainsi une phase d’humanisation des traitements.

62. – *Le modèle biomédical de traitement.* Comme indiqué précédemment, en ce qui concerne les traitements cruels utilisés, ils étaient liés au modèle biomédical issu de la fusion entre la médecine et la vision mécaniste de la vie proclamée par la biologie, fruit de la pensée cartésienne de Descartes⁵³. Dans cette perspective, le corps serait comme une machine composée de plusieurs

⁵⁰ World Health Organization, Social determinants of health, mars 2022, https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.

⁵¹ OMS, Charte d’Ottawa, 21 novembre 1986, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf.

⁵² HOCHMANN J., *Histoire de la psychiatrie*, Paris, PUF, 2004, 127 p.

⁵³ CAPRA F., *O Ponto de Mutação. A Ciência, a Sociedade e a Cultura emergente*, Traduction: Alvares Cabral. Editora Cultrix, São Paulo, 1982, [http://nous.life/Biblioteca/F%C3%ADsica%20Qu%C3%A2ntica/Fritjof%20Capra/Ponto%](http://nous.life/Biblioteca/F%C3%ADsica%20Qu%C3%A2ntica/Fritjof%20Capra/Ponto%20).

pièces et la maladie représenterait le mauvais fonctionnement d'un mécanisme biologique. Il incomberait ainsi au professionnel de la santé de corriger le défaut par des interventions physico-chimiques afin de rétablir l'équilibre du corps.

63. – *Le concept de santé de l'OMS.* Cette vision mécaniste, caractéristique du modèle biomédical, réduit la santé à un simple fonctionnement mécanique en opposition à la vision holistique diffusée par l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

64. – Par la même, compte tenu des troubles mentaux en tant que phénomène social, ainsi que du concept de santé intégrale prôné par l'OMS, il est impératif d'adopter des méthodes humaines de traitement des maladies mentales, le modèle biopsychosocial étant plus compatible avec la promotion de la santé et les politiques publiques visant la prévention. Il s'agit d'une vision systémique qui englobe non seulement les aspects physiques/biologiques, mais aussi les aspects psychologiques et sociaux.

65. – Corroborant l'exposé, l'OMS adopte aujourd'hui comme pratiques de traitement humain des troubles mentaux des méthodes qui se concentrent sur le rétablissement du patient, le respect des droits de l'Homme, y compris la fourniture de services de santé au niveau communautaire, le soutien à la vie quotidienne par des actions qui facilitent l'accès au logement, à l'éducation et à l'emploi⁵⁴, un thème qui sera mieux travaillé dans le prochain chapitre de cette production.

Section 2 : Le passage de la zone de non-droit au droit

66. – Après la discussion socio-historique de la section précédente, le point de vue philosophique est essentiel pour comprendre le problème. Pour cela, nous reprenons les idées de

20de%20Mutacao%20-%20Fritjof%20Capra.pdf.

⁵⁴ Organisation mondiale de la santé, De nouvelles orientations de l'OMS pour mettre fin aux violations des droits humains dans le cadre des soins de santé mentale, 10 juin 2021, <https://www.who.int/fr/news/item/10-06-2021-new-who-guidance-seeks-to-put-an-end-to-human-rights-violations-in-mental-health-care>.

Michel Foucault sur l'exclusion des corps en parallèle avec la conception des institutions psychiatriques comme totalitaires selon Erving Goffman (*Paragraphe 1*). Ce débat est important pour la compréhension et la reconnaissance de la santé mentale comme un droit humain et fondamental au regard du droit international (*Paragraphe 2*).

Paragraphe 1 : La « folie » comme forme d'exclusion sociale

67. – La philosophie de l'exclusion des corps selon le philosophe Michel Foucault contribuera à ce travail afin de clarifier la raison de la disqualification des malades mentaux comme méritant des droits sous la cape de l'invisibilité ici appelée zone de déni (A). Une pensée renforcée par les idées de Erving Goffman, qui apporte une explication sociologique de la « carrière morale »⁵⁵ parcourue par le patient en internement psychiatrique prolongé dans des hôpitaux classés comme institutions totalitaires (B).

A. L'exclusion des corps chez Michel Foucault

68. – La philosophie de Michel Foucault dans l'ouvrage *Histoire de la folie*⁵⁶ est d'une importance fondamentale pour la présente étude, car cette dernière décrit le chemin et le mécanisme qui ont conduit à la stigmatisation de la personne souffrant de troubles mentaux et à l'exclusion sociale qui en découle, en clarifiant la manière dont un discours peut être le déclencheur de l'institutionnalisation de la violence.

69. – *Un problème de stigmatisation sociale*, au-delà de la santé mentale. Un livre aborde la question du besoin d'humanité dans le traitement des malades qui font partie intégrante de la société mais qui sont exclus par le biais de « vérités »⁵⁷ qu'elle crée elle-même, de paramètres moraux qui justifient l'exclusion par la folie.

70. – *La folie comme construction sociale*. De l'époque classique à la modernité, Michel Foucault on amène à comprendre comment l'aliénation mentale était une construction sociale pour

⁵⁵ GOFFMAN E., *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, éditions de minuit, 1968, 447 p.

⁵⁶ FOUCAULT M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1998, 688 p.

⁵⁷ Ibid., p. 145.

imposer la marginalisation par l'utilisation du pouvoir et de la coercition morale, ce qui conduit à la solidification du stigmaté créé dans l'Antiquité, thème déjà travaillé dans la section précédente. Et la première structure de pouvoir classique est précisément le pouvoir de ségrégation par le biais de l'internement⁵⁸.

71. – L'auteur défend également l'idée que la médecine concevra la maladie mentale comme « l'unité mythique du sujet juridiquement incapable, et de l'homme reconnu comme perturbateur du groupe », ce qui traduit la pensée politique et morale du dix-septième siècle⁵⁹. Ainsi, le délire devient une condition nécessaire et suffisante pour qu'une maladie soit appelée folie.

72. – Michel Foucault soutient que l'homme normal est une création, de telle sorte que l'étiquette de la folie empêche le malade d'être reconnu comme un sujet de droit, puisque la maladie le déplace aux marges de la normalité. Ensuite, il se crée autour de la personne atteinte de folie la reconnaissance juridique de l'irresponsabilité et de l'incapacité, par le décret d'interdiction et par la définition de la maladie, ce que l'auteur appelle le « halo de l'insensé »⁶⁰.

73. – La zone de non droit. Ainsi, la folie est dans son essence une révélation du non-être⁶¹. « L'internement est la pratique qui correspond le mieux à une folie ressentie comme un non-sens, autrement dit comme une négativité vide de raison ; en elle, la folie est reconnue comme n'étant rien ». Ainsi, l'internement fonctionne comme une sorte de décret social d'isolement, segmentant le monde entre ceux qui sont et ceux qui ne sont pas.

74. – Le discours qui institutionnalise la violence. On constate ainsi un déploiement de la vérité de la folie à partir d'un être qui est un non-être, étant donné que cette dernière ne se présente dans ses signes les plus manifestes que comme erreur, fantôme, illusion, langage inutile et privé de contenu : c'est maintenant la constitution de la folie comme nature à partir de cette non-nature qui est son être⁶². Il affirme que les premières maisons d'internement psychiatrique ressemblaient

⁵⁸ Ibid., p. 71.

⁵⁹ Ibid., p. 174.

⁶⁰ Ibid., p. 177.

⁶¹ Ibid., p. 227.

⁶² Ibid., p.227.

à des prisons et n'avaient d'autre but que la correction⁶³, ce qui renforce la folie comme négativité. Un point de vue qui trouve des points de congruence avec la pensée de Erving Goffman que nous allons maintenant aborder.

B. Les hôpitaux psychiatriques totalitaires chez Erving Goffman

75. – Dans son ouvrage intitulé *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, le sociologue Erving Goffman prend la folie comme objet d'étude à travers l'analyse des rationalisations collectives qui lui donnent naissance et des institutions que la société développe pour s'en défendre⁶⁴, ce qui permet de comprendre le processus qui a conduit à l'exclusion sociale des personnes souffrant de troubles mentaux.

76. – ***Le concept d'institution totalitaire.*** Pour le sociologue, une institution totale peut être définie « comme un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pendant une période relativement longue, entretiennent ensemble une vie restreinte dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglementées »⁶⁵. Dans ce sens, il classe l'hôpital psychiatrique comme un espace qui contient ses propres traditions, son organisation et ses fonctions sociales, ainsi d'essence totalitaire.

77. – À l'asile, peu à peu, l'individu perd le contact avec le monde extérieur, avec sa vie quotidienne civile, familiale et sociale en général. Par la même, les hospitalisations prolongées par le maintien des asiles accélèrent le processus de « mortification du moi »⁶⁶, de dépersonnalisation, d'emprisonnement des désirs et des besoins⁶⁷. La personne malade perd son rôle social et assimile une nouvelle identité à travers toutes les nouvelles caractéristiques qui lui sont attribuées, parmi lesquelles celle d'invalidité, d'incapacité, d'inutilité, qui corrobore, une fois de plus, son invisibilité collective.

⁶³ Ibid., p. 145.

⁶⁴ GOFFMAN E., *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, éditions de minuit, 1968, 447 p.

⁶⁵ Ibid., p. 41.

⁶⁶ Ibid., p. 56.

⁶⁷ Ibid., p. 35.

78. – La carrière morale du malade mental. Toujours dans le cadre de l'étude du « moi » sous l'angle de l'institution, Erving Goffman travaille le concept de carrière dans son œuvre, aboutissant à une réflexion ambiguë : la carrière au sens des significations intimes, de l'image de soi et du sentiment de sa propre identité ; et la carrière au sens de la situation officielle de l'individu, de ses relations juridiques, de son genre de vie et du cadre des relations sociales⁶⁸.

79. – Ainsi, par carrière morale, l'auteur entend « au cycle des modifications qui interviennent dans la personnalité du fait de cette carrière et aux modifications du système de représentation par lesquelles l'individu prend conscience de lui-même et appréhende les autres »⁶⁹. Il soutient qu'entre les murs de l'asile, un processus de « déculturation » au sens d'une « désadaptation » se produit, ce qui fait que la personne temporairement incapable de faire face à certaines situations de la vie quotidienne, si doit les affronter à nouveau.

80. – Cela dit, on constate que la folie ou le « comportement anormal » attribué au malade résulte en grande partie non pas de sa maladie, mais de la distance sociale qui sépare le malade de ceux qui le déclarent comme tel⁷⁰. Ainsi, l'asile se constitue comme un milieu anti-thérapeutique⁷¹, puisqu'il contribue à la dégradation de l'image de soi et à la perte de l'autonomie, ce qui empêche la reconnaissance de la santé mentale comme un droit humain.

Paragraphe 2 : La reconnaissance d'un droit humain fondamental

81. – Après les considérations socio-philosophiques qui précisent comment la société a créé la folie et a utilisé des mécanismes pour aliéner les malades sous le manteau d'un véritable totalitarisme, il faut maintenant exposer le chemin d'arrivée dans le domaine du droit. Si l'on considère le monde de l'après-guerre, la Déclaration universelle des droits de l'Homme est analysée, ainsi que la création de l'OMS, dans un mouvement international de protection des droits fondamentaux (A), qui a stimulé la production de documents visant à protéger le bien juridique de la santé, comme la Charte d'Ottawa (B).

⁶⁸ Ibid., p. 179.

⁶⁹ Ibid., p. 180.

⁷⁰ Ibid., p. 182.

⁷¹ Ibid., p. 15.

A. Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 et l'OMS

82. – *Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948.* Dans le monde de l'après-guerre, un sentiment commun : la recherche de la paix entre les nations. Signée par 192 pays, proclamée par l'Assemblée générale des Nations unies, à Paris, le 10 décembre 1948, la Déclaration universelle des droits de l'Homme mérite d'être mise en exergue dans le présent ouvrage, afin de comprendre la personne qui souffre de troubles mentaux comme méritant des droits dans le respect de la dignité de l'être humain.

83. – Dans son tout premier article, le terme « tous » apparaît. Il est impératif : « tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits »⁷². Par conséquent, en considérant toutes les positions philosophiques et sociologiques exposées ci-dessus et que la personne souffrant de troubles mentaux est une victime du système, elle a une protection garantie dans le tout premier dispositif, car dotée d'une personnalité humaine, digne du minimum existentiel.

84. – De plus, lorsque l'expression « ou toute autre affection » est utilisée dans le deuxième article de la Déclaration susmentionnée, nous trouvons ici la faille de l'insertion de la situation de santé mentale pour assimiler la personne malade à la même condition que les autres. Dès lors, toutes les prérogatives qui en découlent seront également conférées à la personne vulnérable, comme le droit à la vie, à la liberté, à la sécurité personnelle, ainsi que l'interdiction des traitements cruels et inhumains (article 5).

85. – En effet, on lui garantit « le droit à la reconnaissance en tous lieux de sa personnalité juridique ». Par conséquent, même si cette déclaration ne mentionne pas directement les personnes souffrant de troubles mentaux, il est évident que ces dernières sont reconnues comme méritant des droits. De plus, l'article 25, lorsqu'il mentionne du terme santé, inclut également le concept de santé mentale, suivi du terme bien-être, car c'est le concept adopté par l'OMS.

86. – *Création de l'OMS dans le monde de l'après-guerre.* Avec la fin des conflits armés qui imposaient des scènes d'horreur et de destruction dans tous les sens du terme, le monde a

⁷² Nations Unies, La Déclaration universelle des droits de l'Homme, le 10 décembre 1948, <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>.

décidé de se reconstruire. Lors de la Conférence internationale sur la santé qui s'est tenue à New York en 1946, 194 nations ont décidé de s'engager à promouvoir l'accès à des soins de santé de qualité pour tous en créant l'Organisation mondiale de la santé en 1948.

87. – Malgré le concept de santé adopté par l'OMS, celle-ci est ainsi définie dans le préambule de sa Constitution : « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁷³. On y voit clairement l'inclusion du champ psychique comme composante de la conception holistique de la santé.

88. – En analysant le document, dans le deuxième chapitre de la Constitution de l'OMS, on trouve un dispositif qui confirme à nouveau la position de la santé mentale en tant que composante fonctionnelle importante : favoriser toutes activités dans le domaine de l'hygiène mentale, notamment celles se rapportant à l'établissement de relations harmonieuses entre les hommes »⁷⁴.

89. – Par conséquent, nous pouvons constater qu'il existe un mouvement international qui place la santé mentale comme un objet qui mérite une protection juridique, en recommandant aux États d'élire des politiques publiques et des programmes de prévention comme priorité des soins de santé, en reconnaissant qu'ils sont confrontés à un droit humain et fondamental.

B. La Charte d'Ottawa et la Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe

90. – *La Charte d'Ottawa*. Fruit de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, qui s'est tenue dans la ville d'Ottawa, au Canada, en novembre 1986, la Charte d'Ottawa⁷⁵ est une réponse aux besoins de santé publique du XX^e siècle, notamment en matière de prophylaxie, l'un des documents internationaux qui a inspiré la Déclaration sur la santé mentale de l'Europe qui sera abordée ci-dessous comme une ratification de la reconnaissance de la santé mentale en tant que droit humain fondamental.

⁷³ Organisation mondiale de la Santé, Constitution de l'OMS, le 22 juillet 1946, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/36852>.

⁷⁴ Voir *infra*, Chapitre 2, l'article 2, élément m, Constitution de l'OMS, le 22 juillet 1946.

⁷⁵ OMS, Charte d'Ottawa, 21 novembre 1986, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf.

91. – La santé comme droit humain fondamental. Conçue comme une stratégie visant à promouvoir des changements dans la santé des personnes, la Charte d’Ottawa a été élaborée en vue d’atteindre les objectifs de la Santé pour tous en l’an 2000 et les années suivantes. Lorsque l’on parle de promotion de la santé, il est inévitable de se référer à la déclaration d’Alma Ata de 1978, résultat de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, qui a réaffirmé avec force que la santé est un droit humain fondamental⁷⁶.

92. – Promouvoir la santé signifie faire de la communauté un protagoniste du développement de la qualité de vie dans toutes ses ressources, qu’il s’agisse de logement, de nutrition, d’économie, d’éducation, d’environnement, entre autres et par communauté, on entend l’individu malade, sa famille, les professionnels de la santé et les groupes sociaux en général.

93. – Parler de promotion de la santé mentale reviendrait alors à comprendre que les politiques publiques visant le public cible ne sont pas suffisantes, mais aussi l’engagement de la société à travers la participation sociale, les médiateurs pour améliorer le système de santé offert, outre la publication d’informations afin de clarifier ce qu’est la maladie mentale, comment la traiter et comment prévenir son apparition dans une dynamique d’indépendance pour l’auto-soin.

94. – À cet effet, la Charte d’Ottawa cite la santé comme « la plus grande ressource pour le développement social, économique et personnel, ainsi qu’une dimension importante de la qualité de vie ». C’est pourquoi l’OMS met en garde contre le déficit mondial en matière de santé mentale, de sorte que la plupart des objectifs fixés pour 2020, dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, n’ont pas été atteints. En ce qui concerne la promotion de la santé mentale, seuls 25 % des 171 pays ont satisfait aux critères d’intégration de cette dimension psychologique dans les soins primaires⁷⁷, une raison supplémentaire pour laquelle le débat sur le sujet est justifié.

95. – Déclaration sur la santé mentale pour l’Europe. Document produit en janvier 2005, dans la ville d’Helsinki, en Finlande, la Déclaration sur la santé mentale pour l’Europe est le fruit de la Conférence ministérielle européenne de l’OMS, dont le thème était « Relever les défis,

⁷⁶ Organisation mondiale de la santé, Déclaration d’Alma-Ata, le 12 septembre 1978, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf.

⁷⁷ Organisation mondiale de la santé, Un rapport de l’OMS souligne le déficit d’investissement dans la santé mentale au niveau mondial, 8 octobre 2021, <https://www.who.int/fr/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>.

trouver des solutions », reconnaissant la santé mentale comme fondamentale pour la qualité de vie des individus, des familles, des populations et des nations, permettant l'existence de citoyens créatifs et actifs⁷⁸.

96. – Cette Déclaration cite également comme priorité le point travaillé dans la section précédente, à savoir la promotion de la santé mentale par la prévention, le traitement, les soins et la réadaptation des troubles mentaux, qui nécessite une coopération internationale par le biais d'entités telles que l'OMS et ses États membres, l'Union européenne et le Conseil de l'Europe, l'Assemblée mondiale de la santé et le Conseil exécutif de l'OMS, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe et le Conseil de l'Union européenne.

97. – « *Il ne peut y avoir de santé sans santé mentale* ». Ce document reconnaît le rôle important de la promotion de la santé mentale et le lien néfaste entre les problèmes de santé mentale et la marginalisation sociale, le chômage, le sans-abrisme et les troubles liés à la consommation d'alcool et d'autres substances. Cette Déclaration place ainsi la santé mentale comme un élément central du capital humain, social et économique des nations, soutenant le plan d'action pour la santé mentale en Europe.

98. – Cela dit, le document international mentionné, ainsi que la Charte d'Ottawa, répondent à la demande d'aide dès qu'atteste le droit à la santé mentale comme un droit humain et fondamental, percevant le patient comme une personne méritant des prérogatives. Après les premières réflexions sur le sujet, il convient d'étudier les mécanismes internationaux de protection internationale destinés à ce groupe vulnérable.

⁷⁸ Organisation mondiale de la santé, Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe, 14 janvier 2005, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/88596/E85446.pdf.

Chapitre 2 : Les différents mécanismes de protection internationale des personnes vulnérables

99. – Après avoir pris en compte les considérations sur la reconnaissance du droit à la santé mentale comme une prérogative humaine fondamentale, et sur les thérapies adéquates à la protection des droits de l'Homme, il est nécessaire d'explorer ce que la doctrine qualifie de droit international à la santé, en le concevant comme un droit transcendantal, qui se manifeste à la fois par son caractère global et par son aspect de droit fondamental dans la perspective du champ psychique⁷⁹. Ainsi, il est nécessaire d'aborder le thème de la mondialisation du droit à la santé afin de comprendre ce bien juridique en tant que droit mondial, et d'établir le lien existant entre les droits de l'Homme et la santé mentale (**Section 1**). En suivant le raisonnement de ce mouvement de coopération internationale pour la santé mentale, les principaux mécanismes juridiques de protection qui réaffirment la position de ce bien juridique comme objet de droit international et qui s'engagent dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination (Résolution 32/18 de l'ONU)⁸⁰ feront l'objet de notre étude (**Section 2**).

Section 1 : Réflexions sur la mondialisation du droit à la santé

100. – Débattre de la mondialisation du droit à la santé exige de délimiter les concepts de base liés à ce thème. Pour cette raison, nous travaillons sur les éléments de la doctrine du droit international de la santé du point de vue de l'auteur pionnier au niveau mondial, le professeur Michel Bélanger. Dans un premier temps, nous étudierons l'idée de la santé mentale comme un droit global est défendue (*Paragraphe 1*), tandis que ce champ de recherche est ensuite délimité pour l'étude des aspects européens et internationaux, dans un mouvement visant à mettre en

⁷⁹ BÉLANGER M., *Droit international de la santé (écrits 1981-2011)*, Les études hospitalières, 2012, p. 113.

⁸⁰ ONU, Rapport sur la santé mentale et les droits de l'Homme, 31 janvier 2017, <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/onu-rapport-sur-la-sante-mentale-et-les-droits-de-lHomme/>.

évidence les sources les plus importantes, dans le cadre des traités internationaux et de la Convention internationale des personnes handicapées, avant d'analyser comment ces mécanismes juridiques s'articulent pour une protection intégrale qui sème des graines de possibilités illimitées (*Paragraphe 2*).

Paragraphe 1 : La santé mental en tant que droit global

101. – Avant d'aborder le bien-fondé de l'analyse du système international de protection des personnes souffrant de troubles mentaux, il convient d'abord de définir ce que l'on entend par droits de l'Homme et santé mentale dans la perspective de la doctrine internationaliste. Ensuite, il est nécessaire de démontrer la relation entre les deux instituts (A) et la mesure dans laquelle le droit international de la santé contribue à la protection des personnes qui souffrent de troubles mentaux (B).

A. L'interaction entre les droits de l'Homme et la santé mentale

102. – *Définition des droits de l'Homme.* Selon la doctrine de Jean Salmon, les droits de l'Homme peuvent être définis comme « l'ensemble des droits et des libertés fondamentales inhérents à la dignité de la personne humaine et qui concernent tous les êtres humains »⁸¹. Il convient de souligner que le terme « homme » doit être compris comme la désignation de la personne humaine, et non comme l'appartenance au sexe masculin et que, pour la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948, la condition de personne est la condition unique et exclusive de la titularité des droits.

103. – Également appelés droits de l'Homme, droits de la personne et droits fondamentaux, cet ensemble de prérogatives trouve une protection juridique dans le document de référence qu'est la DUDH de 1948, qui proclame les droits civils, politiques, économiques, sociaux, culturels, diffus et collectifs, entre autres, comme des droits essentiels. Cela étant dit, nous devons maintenant expliquer la relation entre les droits de l'Homme et la santé mentale.

⁸¹ SALMON J., *Dictionnaire de droit international public*, Bruxelles, Bruylant, 2001, 1198 p.

104. – *Le droit à la santé comme prérogative transcendante.* Dans un premier temps, en s'appuyant sur la Déclaration précitée, la théorie de Karel Vasak classe cet ensemble de droits en trois générations⁸². L'objectif de ce travail n'est pas d'énumérer de manière exhaustive chacun de ces niveaux, mais seulement de démontrer que le droit à la santé ne s'inscrit pas seulement dans l'une de ces catégories, mais en réalité dans toutes, puisqu'il s'agit d'une prérogative transcendante, de caractère global et d'aspect fondamental⁸³, qui est imbriquée avec les droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels et aussi avec les droits de solidarité, comme nous le verrons plus loin ultérieurement.

105. – L'application de l'interprétation téléologique de l'art. 25 de la DUDH⁸⁴ confirme ce qui précède, puisque, pour assurer le droit à la santé – y compris le domaine mental selon le concept holistique de l'OMS –, il énumère comme paramètre l'expression « droit à un niveau de vie suffisant », qui passe par les aspects de l'alimentation, de l'habillement, du logement, des soins médicaux et sociaux, ainsi que de la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou d'autres manques de subsistance dans des circonstances indépendantes de sa volonté, comme dans le cas du développement de troubles mentaux, objet de la présente analyse.

106. – Corroborant ce qui précède, la doctrine de Michel Bélanger ajoute que le droit à la santé physique et mentale peut être considéré comme un droit économique et social – par exemple, avec l'art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966⁸⁵ –, comme un droit civil et politique – par exemple, avec l'art. 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966⁸⁶, au travers du droit à la vie –, complété aujourd'hui par l'apport du droit international à l'action humanitaire, et aussi comme un droit spécifiquement culturel, au sens du droit à la « culture de la santé »⁸⁷.

⁸² VASAK K., La déclaration universelle des droits de l'Homme 30 ans après, p.29-32, https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000048063_fre/PDF/074816freo.pdf.multi.nameddest=48063.

⁸³ BÉLANGER M., *Droit international de la santé (écrits 1981-2011)*, Les études hospitalières, 2012, p. 113.

⁸⁴ La Déclaration universelle des droits de l'Homme, le 10 décembre 1948, <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>.

⁸⁵ Article 12 : 1. les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

⁸⁶ ONU, Pacte international relatif aux droits civils et politiques, le 23 mars 1976, <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>.

⁸⁷ BÉLANGER M., *Droit international de la santé (écrits 1981-2011)*, Les études hospitalières, 2012, p. 114.

107. – *Le lien entre les droits de l’Homme et la santé mentale est indiscutable.* Par la même, parler du droit à la santé mentale revient à parler du droit à la vie lui-même. Dans cette herméneutique extensive, le droit à la vie est reconnu dans plusieurs textes internationaux, comme dans l’art. 3 de la Déclaration universelle des droits de l’Homme de 1948⁸⁸ ou encore dans l’art. 2 de la Convention européenne des droits de l’Homme et des libertés fondamentales de 1950⁸⁹. Ceci dit, le lien entre les droits de l’Homme et la santé mentale étant intrinsèque, il convient maintenant de comprendre ce que signifie le droit international de la santé avant d’étudier dans quelle mesure cette branche du droit public contribue à la globalisation de la protection psychique.

B. Les contributions du droit international de la santé

108. – Il est connu que le droit international public comporte plusieurs divisions de nature fonctionnelle, parmi lesquelles la branche du droit international de la santé, qui est née en raison du besoin de règles juridiques dans un domaine particulier, visant à son efficacité⁹⁰. Elle est considérée comme un *soft law* dans le sens où il s’agit d’une loi récente, encore en formation⁹¹, mais elle est pertinente dans la présente étude pour une analyse étayée du système international de protection des personnes souffrant de troubles mentaux.

109. – *Définition du droit international de la santé.* Selon la doctrine du professeur Michel Bélanger, auteur pionnier dans le monde de l’étude du droit international de la santé, à propos de la naissance de cette nouvelle branche du droit international public, il la définit « comme l’ensemble des règles juridiques concernant la protection internationale de la santé ». Il souligne également que le droit à la santé est une synthèse du droit international du travail, du droit international social, du droit international humanitaire et du droit international médical⁹².

110. – *La nécessité d’une responsabilité partagée en matière de santé.* En ce qui concerne à la doctrine de l’auteur susmentionné, dans le cadre de l’évolution historique du concept de santé,

⁸⁸ La Déclaration universelle des droits de l’Homme, le 10 décembre 1948, <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>.

⁸⁹ Convention européenne des droits de l’Homme, 4 novembre 1950, https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_FRA.pdf.

⁹⁰ BÉLANGER M., *Droit international de la santé (écrits 1981-2011)*, Les études hospitalières, 2012, p. 45.

⁹¹ Ibid., p. 49.

⁹² Ibid., p. 47.

il est nécessaire de distinguer le « droit aux soins de santé » du « devoir de santé », fondement de l'idée de responsabilité partagée en matière de santé. Alors que la première expression fait référence à la prise en charge primaire de l'État, puisqu'elle s'insère notamment dans le cadre du droit à l'information, à l'éducation, à la communication et à la promotion de la santé (prévention), la deuxième expression attribue la responsabilité aux individus, considérant qu'il existe des comportements individuels à risque qui accélèrent le processus de tomber malade, comme l'hygiène de vie, la consommation d'alcool et de drogues, l'obésité, l'hypertension, entre autres⁹³.

111. – *La multitude des facteurs déterminants de la santé.* C'est dans ce contexte de responsabilité de l'État pour le « droit aux soins » que peut s'insérer le concept de promotion de la santé évoqué dans le premier chapitre de ce mémoire. En réalité, la Conférence d'Alma-Ata de 1978 a constitué une étape importante dans la protection internationale de la santé, marquant le début d'une nouvelle ère, qui permet l'établissement d'une *science politique de la santé* « ne reposant plus sur la notion de société en tant que malade [...], mais sur celle de 'public', de la population tout entière, dans ses aspects mentaux, physiques, sociaux, économiques et politiques »⁹⁴.

112. – *Un véritable débat sans-frontiérisme sanitaire.* Des arguments qui renforcent le fait que le débat de la controverse se situe à la fois au niveau international, ce que Michel Bélanger appelle le *sans-frontiérisme sanitaire*, et au niveau national/local, par l'application du principe de subsidiarité, autrement dit en ce qui concerne la mise en œuvre des normes internationales de protection de la santé par les États membres de l'OIG, ce qui sera discuté ci-dessous.

113. – Cela dit, la compréhension de ce que l'on entend par droit international de la santé contribue au processus d'assimilation des concepts clés pour l'analyse du thème qui se réfère spécifiquement au champ psychique, de sorte qu'il importe désormais de savoir comment le droit européen, le droit de l'Union européenne et le droit international dialoguent malgré la protection accordée au groupe vulnérable en question.

⁹³ Ibid., p. 114.

⁹⁴ Ibid., p. 101.

Paragraphe 2 : L'aspects européens et internationaux de la protection de la santé mentale

114. – Afin de discuter de la mondialisation du droit à la santé, il est nécessaire de réfléchir à son interaction avec les sources de droit existantes dans ce domaine de recherche au niveau européen et international, depuis le Traité de Rome de 1957, qui a établi la Communauté européenne, et d'autres documents juridiques importants dans le domaine de la santé (A), à la Convention relative aux droits des personnes handicapées de 2006, qui ouvre un éventail de possibilités pour la lutte contre la discrimination et la stigmatisation autour de la maladie, constituant une étape importante dans la garantie et la promotion des droits de l'Homme, en particulier, des personnes handicapées, incluant ici aussi le handicap mental, comme nous le verrons ultérieurement (B).

A. Sur les sources significatives

115. – *Sur les traités fondateurs de l'Union européenne.* Il convient d'abord d'aborder les sources importantes du droit européen et du droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé. Parmi les étapes législatives au niveau européen, le Traité de Maastricht de 1992 a effectivement inséré un nouveau titre « Santé publique » dans le Traité de Rome, constituant un article unique, l'art. 152 TCE (ex-article 129)⁹⁵ et a ajouté parmi les objectifs de la Communauté, dans son art. 3 o) une contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé »⁹⁶, créant ainsi les bases juridiques pour l'adoption de politiques de santé, malgré le silence des traités précédents.

116. – *Une action étatique complémentaire à l'action communautaire.* Comme indiqué au titre XIII, article 152 (ex-article 129), il est garanti « un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté ». Il est intéressant de souligner que les politiques nationales sont complémentaires

⁹⁵ Traité instituant la communauté européenne signé à Rome le 25 mars 1957 version consolidée, <http://www.affaires-publiques.org/textof/TCE/152.htm>.

⁹⁶ Traité sur l'Union européenne (Maastricht, 7 février 1992), https://www.cvce.eu/content/publication/2002/4/9/2c2f2b85-14bb-4488-9ded-13f3cd04de05/publishable_fr.pdf.

de l'action communautaire ; en d'autres termes, chaque État doit avoir les moyens de développer des politiques publiques, de prévention et de promotion de la santé⁹⁷.

117. – Promotion de la coopération interétatique et également avec les pays tiers. Suivant la voie législative, le traité d'Amsterdam de 1997 a maintenu les dispositions précédentes, tout en réaffirmant la compétence primaire des États membres en matière de santé, en autorisant la coopération interétatique ainsi que la coopération avec des tiers, dans les termes suivants : « la Communauté et les États membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique »⁹⁸. Désormais, l'UE ne se contente pas de « contribuer » mais a le pouvoir d'adopter des mesures visant à garantir un niveau plus élevé de protection de la santé humaine. Dans le même sens, le traité de Nice de 2001 indique que l'action de la Communauté européenne est complémentaire de celle des États membres en ce qui concerne l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des dangers pour la santé humaine⁹⁹.

118. – Le Traité de Lisbonne de 2007, une innovation en matière de santé mentale. Mais c'est dans le champ d'application du traité de Lisbonne de 2007 que se trouve la plus grande innovation en matière de santé mentale, lorsque dans son article 127 a) il modifie l'article 152 pour remplacer le terme « humain » par « physique et mental ». À la fin, la phrase suivante est ajoutée « ainsi que la surveillance, l'alerte précoce et la lutte contre les menaces transfrontalières graves pour la santé »¹⁰⁰.

119. – Ainsi, dans le cadre de la stratégie de Lisbonne, la santé mentale revêt une importance croissante pour le développement social et la croissance économique de l'Europe, objectifs clés de l'Union¹⁰¹. Bien que les autres traités soient restés silencieux quant à l'aspect mental, ce dernier traité modificatif de l'UE a réussi à adopter le concept holistique de la santé déjà employé par l'OMS depuis 1947, auquel il est maintenant important de souligner les voies

⁹⁷ Traité instituant la communauté européenne signé à Rome le 25 mars 1957 version consolidée, <http://www.affaires-publiques.org/textof/TCE/152.htm>.

⁹⁸ Parlement européen, Santé Publique, <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/fr/sheet/49/public-health>.

⁹⁹ Art.152, 1, Traité instituant la Communauté européenne (version consolidée Nice), <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:12002E152&from=EN>.

¹⁰⁰ Traité de Lisbonne modifiant le traité sur l'Union européenne et le traité instituant la Communauté européenne, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A12007L%2FTXT>.

¹⁰¹ GROVE-VALDEYRON N. DE, *Droit européen de la santé*, Paris, LGDJ, 2e éd., 2018, 190 p.

qui ont été ouvertes à la pleine réalisation de cette définition, en témoignant notamment de la Convention internationale sur les droits des personnes handicapées adoptée par l'ONU en 2006.

B. Des contingences illimitées

120. – *Le processus de rupture du cycle de la marginalisation.* Adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 13 décembre 2006, la Convention relative aux droits des personnes handicapées, qui compte aujourd'hui 164 pays signataires, représente la volonté de la communauté internationale de briser le cercle vicieux d'années de marginalisation de ce groupe vulnérable, en inaugurant un nouveau moment qui offre à tous des chances égales de développement. Il convient de rappeler que le document embryonnaire sur ce sujet correspond à la « Déclaration des droits des personnes handicapées mentales » adoptée par l'ONU en 1971¹⁰².

121. – Dans cette optique, admettant dans son préambule que le concept de handicap est en évolution, la Convention précitée a innové en associant le handicap à l'environnement, le positionnant comme le produit des interactions entre l'individu et les barrières présentes dans la société pour le plein développement de son potentiel¹⁰³. En France, la législation suit le mouvement international par la loi du 11 février 2005 qu'inscrit comme l'un des axes prioritaires de la politique du handicap¹⁰⁴.

122. – *Inclusion du volet « mental » dans le concept de handicap.* Quant à la définition du handicap, elle inclut l'aspect mental, comme suit : « par personnes handicapées on entend 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 ».

¹⁰² ONU, Les premières étapes : Évolution des droits de l'Homme et des personnes handicapées, https://www.un.org/french/esa/social/disabled/historique_1.htm.

¹⁰³ ONU, Convention relative aux droits des personnes handicapées, article premier, 13 décembre 2006, <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>.

¹⁰⁴ Selon les termes de la loi du 11 février 2005, « constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

123. – *La Convention relative aux droits des personnes handicapées comme une fenêtre d’opportunités illimitées.* L’objet de cette étude n’est pas d’interpréter et de détailler chaque article de la convention internationale susmentionnée, mais seulement de la mettre en relation avec le sujet de la santé mentale, afin de démontrer comment ce document historique a représenté l’ouverture d’un éventail de possibilités pour l’inclusion internationale des personnes souffrant de troubles mentaux.

124. – *Recensement des besoins locaux pour la mise en œuvre de la politique de santé mentale.* À cet égard, en ce qui concerne la mise en œuvre d’une politique de santé mentale, pour une meilleure cartographie des besoins locaux et la mise en œuvre conséquente de politiques visant à faire appliquer la Convention susmentionnée, la Convention recommande aux États parties, à l’article 31, de collecter des informations (statistiques et recherches) afin d’identifier les types d’obstacles rencontrés par les personnes handicapées dans l’exercice de leurs droits, toujours à la lumière des réglementations internationales et de la protection des données¹⁰⁵.

125. – *Les efforts pour une construction commune.* Ces statistiques devraient être diffusées au sein de la communauté internationale qui, dans un acte de coopération, reconnaît que la somme des efforts pour la réalisation de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (article 32) est une mesure nécessaire pour l’échange d’idées et d’actions entre les représentants des personnes handicapées, la société civile et les organisations internationales et régionales, en vue de partager les connaissances scientifiques pour améliorer l’inclusion des minorités.

126. – En outre, afin de promouvoir, protéger et surveiller la mise en œuvre des droits énoncés dans la Convention, les États parties ont pour tâche d’élaborer des mécanismes juridiques et administratifs capables d’assurer la réalisation de ces garanties, sans préjudice de la participation active de la société civile et de ses organes représentatifs des personnes handicapées à ce processus.

127. – Dans cette perspective, l’article 34 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées introduit la figure d’un « Comité » chargé de remplir certaines des

¹⁰⁵ ONU, Convention relative aux droits des personnes handicapées, article 31, 13 décembre 2006, <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>.

fonctions nécessaires pour assurer le suivi souhaité. Lors de sa création, le Comité était initialement composé de douze experts en matière de droits de l'Homme et de handicap. Ces derniers doivent agir à titre personnel et non gouvernemental, comme c'est déjà le cas au sein des Nations Unies pour d'autres traités relatifs aux droits de l'Homme par le biais de l'institution d'organes de traités (*treaty bodies*).

128. – En liaison avec le Comité, l'obligation pour les États parties à la Convention de présenter des rapports contribue également au processus de suivi des actions à mettre en œuvre dans la mesure où elle exige qu'ils mettent en évidence les facteurs et les difficultés rencontrés par le pouvoir étatique dans le respect de ses obligations au titre du document signé.

129. – Cela dit, la Convention précitée apparaît comme un tournant concernant l'insertion de la personne handicapée comme sujet de droit international. Ainsi, une fois que les idées concernant la mondialisation des droits des personnes atteintes de troubles mentaux sont liées, la recherche se concentrera sur la réalité de la marche internationale des activités de coopération pour la protection de ce groupe vulnérable.

Section 2 : Le mouvement de coopération internationale pour la santé mentale

130. – Après avoir étudié la relation entre les droits de l'Homme et la santé mentale, ainsi que ce que l'on entend par droit international de la santé et pour sa contribution pour la protection psychique, il convient d'examiner dans quelle mesure l'activité normative du droit européen et international contribue à une convergence de la protection du groupe vulnérable en question, en mettant l'accent sur la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme (*Paragraphe 1*) parallèlement aux recommandations sanitaires de l'Organisation intergouvernementale en la personne de l'OMS (*Paragraphe 2*).

Paragraphe 1 : L'activité normative du droit européen de la santé et du droit international

131. – En limitant la recherche à l'analyse des actions des organisations internationales et européennes qui agissent pour protéger les droits de la personne souffrant de troubles mentaux, nous clarifierons d'abord comment les activités normatives du droit européen de la santé interagissent avec le droit international (A) pour ensuite souligner la convergence de compréhension de l'application de la norme juridique à travers la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme (B).

A. La santé mentale à l'ordre du jour en Europe

132. – *Un effort international de décentralisation de la santé.* En matière de santé au niveau européen, l'activité normative est du ressort du Conseil de l'Europe et de l'Union européenne. Ainsi, en matière de protection de la santé des personnes, il est la conjonction d'une loi continentale et d'une loi sous-régionale, traduisant toutes deux un effort international de décentralisation sanitaire¹⁰⁶.

133. – En parlant de l'activité de production normative, Philippe Pédrot souligne qu'il faut distinguer les *normes proprement juridiques* – comme celles contenues dans les directives sanitaires adoptées par la Communauté européenne –, les *normes techniques* – celles qui énoncent des valeurs quantifiées et expriment des préoccupations sanitaires – et les *normes éthiques* – comme la Convention biomédicale du Conseil de l'Europe de 1997. Il faut également distinguer les *normes cadre* – qui fixent un cadre normatif général – et les *normes fonctionnelles ou ordinaires* – normes précises et ainsi opérationnelles¹⁰⁷.

134. – Ces dernières années, les trois dimensions clés sur lesquelles se concentrent les institutions de l'UE ayant un impact direct sur les politiques de santé publique sont la consolidation du cadre institutionnel – du rôle du Parlement en tant que législateur –, la nécessité de renforcer la capacité de réaction rapide, notamment dans le cadre récent de la pandémie de la COVID-19, et la nécessité de mieux coordonner la promotion de la santé et la prévention des maladies¹⁰⁸.

¹⁰⁶ BROSSET E., *Droit européen et protection de la santé*, Bilan et perspectives, Bruylant, 2015, p. 383.

¹⁰⁷ PÉDROT P., dir., *Dictionnaire de droit de la santé et de la biomédecine*, Paris, Ellipses, 2006, p. 323-324.

¹⁰⁸ Parlement européen, Santé publique, <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/pt/sheet/49/public-health>.

135. – La santé comme nouvelle priorité de l’Union européenne. Par la même, la santé apparaît comme une nouvelle priorité pour l’Union européenne et, en ce qui concerne la marche pour la santé mentale, il convient de mentionner la conférence de haut niveau sur le thème « Ensemble pour la santé mentale et le bien-être » qui a donné naissance en 2008 au « Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être », lequel invitait les États membres à « faire de la santé mentale et du bien-être une priorité en matière de santé et à élaborer des stratégies et/ou des plans d’action sur la santé mentale, y compris la prévention de la dépression et du suicide »¹⁰⁹.

136. – Des chiffres préoccupants. Pour être juste, même avant le début de la pandémie de la COVID-19, la Commission européenne prévient que les perspectives de santé mentale de la population européenne étaient préoccupantes. Un chapitre spécifique du rapport « Health at a Glance Europe 2018 » a souligné que les problèmes de santé mentale touchent environ quatre-vingt-quatre millions de personnes dans l’UE. Le coût total des maladies mentales est estimé à plus de 4 % du PIB (plus de 600 milliards d’euros) dans les vingt-huit pays de l’UE¹¹⁰.

137. – Selon le Parlement européen, en soulignant encore quelques chiffres importants qui justifient l’importance de la thématique, la Résolution du 19 février 2009 sur la santé mentale (2008/2209(INI)), avertissait « qu’une personne sur quatre est confrontée à un trouble mental au moins une fois dans sa vie et que chaque année, on compte jusqu’à 59 000 suicides, dont 90 % sont dus à des troubles mentaux »¹¹¹.

138. – Ainsi, les recommandations du Parlement européen vont de la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et l’exclusion sociale au renforcement de l’action préventive, en passant par des actions favorisant l’autosoin et la fourniture d’un traitement suffisant aux personnes souffrant de troubles mentaux, ainsi que le soutien aux membres de la famille et aux aidants¹¹².

¹⁰⁹ Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être, 13 juin 2008, https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf.

¹¹⁰ Comissão Europeia, Saúde mental, https://ec.europa.eu/health/non-communicable-diseases/mental-health_pt.

¹¹¹ Résolution du Parlement européen du 19 février 2009 sur la santé mentale (2008/2209(INI)), https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-6-2009-0063_FR.pdf?redirect.

¹¹² GROVE-VALDEYRON N. DE, *Droit européen de la santé*, Paris, LGDJ, 2e éd., 2018, p.190.

A. La convergence de la protection via la jurisprudence la Cour européenne des droits de l'Homme

139. – *Les institutions européennes de protection.* En ce qui concerne les mécanismes originaux de protection juridique, ils reflètent le compromis trouvé entre la protection des droits et la souveraineté des États. Ce système de contrôle, mis en place en 1950, s'articule autour de 3 organes : la Commission européenne des droits de l'Homme, la Cour européenne des droits de l'Homme et le Comité des ministres – organe exécutif du Conseil de l'Europe. La Cour européenne des droits de l'Homme est une juridiction du Conseil de l'Europe chargée de veiller au respect de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales par les quarante-sept États qui l'ont ratifiée.

140. – En ce qui concerne plus particulièrement le domaine de la santé mentale, il faut comprendre que sont inacceptables tout type des violences commises dans les hôpitaux psychiatriques car elles sont contraires à la Convention européenne des droits de l'Homme ; en effet incompatibles avec l'article 3 de ce texte, qui prohibe les traitements inhumains et dégradants, or la violence qu'endurent les personnes qui souffrent des troubles mentaux peut être ainsi qualifiée.

141. – *La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme est l'Affaire Royaume-Uni n° 45508/99.* En ce qui concerne l'aspect de la protection des personnes souffrant de troubles mentaux, une affaire importante à aborder pour comprendre la compréhension jurisprudentielle de la Cour européenne des droits de l'Homme est l'Affaire Royaume-Uni, Requête n° 45508/99, qui traite du cas d'un autiste de naissance interné de force dans un établissement psychiatrique¹¹³.

142. – En l'espèce, un citoyen britannique, H.L., grâce à la disposition permettant l'accès à la justice de la Cour par requête de toute personne physique (art. 34 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales¹¹⁴), a introduit une requête le 21 décembre 1998 au motif qu'il avait été détenu en tant que « patient informel » dans un

¹¹³ CEDH, 5 octobre 2004, H.L. c. ROYAUME-UNI, Requête n° 45508/99.

¹¹⁴ Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales, le 3 septembre 1953, <https://rm.coe.int/1680063776>.

établissement psychiatrique en violation de l'article 5 § 1 de la Convention et que les procédures disponibles pour contrôler la légalité de sa détention ne répondaient pas aux exigences de l'article 5 § 4 de la Convention. À cette occasion, il a également dénoncé le traitement qu'il a subi dans cette institution.

143. – *La condamnation du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord.* À l'unanimité, la Cour dit qu'il y a eu violation de l'article 5 § 1 de la Convention en raison de l'absence de protection contre la détention arbitraire ; ainsi que de l'article 5 § 4 de la Convention, reconnaissant en outre que les violations subies ont été suffisantes pour entraîner un préjudice moral pour le requérant.

144. – *Compatibilité de l'interprétation jurisprudentielle de la Cour européenne avec les documents directeurs en matière de droits de l'Homme dans l'Affaire Royaume-Uni.* Cela dit, la compatibilité de la décision de la Cour européenne avec la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 et avec la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées de 2006 est claire, ce sont des documents sur lesquels nous avons travaillé dans le thème précédent, ce qui prouve qu'il existe une véritable convergence de la protection au niveau européen pour ce groupe vulnérable.

Paragraphe 2 : Le mouvement international pour l'hygiène mental devant de l'OMS et l'ONU

145. – Dans la même ligne de raisonnement exposée ci-dessus, toujours dans le cadre de l'internationalisation de la protection juridique des personnes souffrant de troubles mentaux, il est intéressant d'explorer l'action sanitaire des organisations intergouvernementales, notamment, dans la figure de l'OMS (A), tout en délimitant ce champ de recherche à l'étude de la visualisation de la santé mentale liée au Programme des Nations Unies pour le développement durable à l'horizon 2030 comme stratégie globale de développement durable de la communauté internationale (B).

A. L'action sanitaire de l'organisations intergouvernementales

146. – *L'action internationale pour la santé mentale*. Au niveau international, l'activité juridique dans le domaine de la protection de la santé imprègne le recours à des actions opérationnelles dans les domaines sanitaire, médical et humanitaire, ce qui implique la participation d'organisations internationales, d'organisations intergouvernementales, mais aussi d'organisations non gouvernementales¹¹⁵. Pour délimiter la discussion, dans cette mémoire seront travaillés avec l'OIG universel l'Organisation mondiale de la santé et, avec l'OIG européennes, le Conseil de l'Europe et la Communauté européenne.

147. – *La santé mentale en chiffres (OMS)*. Créée en 1948, l'OMS a pour objectif principal la gestion des politiques publiques visant la santé dans le monde. Concernant le thème travaillé ici, l'OMS prévient que les cas de troubles mentaux ont augmenté de plus de 25% dans le monde, selon les données de mars 2022, des chiffres qui ne représentent que la partie émergée de l'iceberg, selon le directeur général de l'OMS, le Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus¹¹⁶.

148. – *La Résolution 32/18 de l'ONU*. Le rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'Homme, demandé par le Conseil des droits de l'Homme dans sa Résolution 32/18, explique la déclaration de la direction précitée dans la mesure où elle établit un rapport sur « l'intégration d'une approche fondée sur les droits de l'Homme dans le domaine de la santé mentale et la réalisation des droits de l'Homme et des libertés fondamentales des personnes présentant un trouble mental ou un handicap psychosocial, notamment celles qui utilisent des services de santé mentale et des services communautaires, et de lui soumettre ce rapport à sa trente-quatrième session »¹¹⁷.

149. – *L'exclusion et la marginalisation sont les causes et les conséquences des problèmes de santé mentale (ONU)*. Reprenant ce qui a été exposé dans le premier chapitre de ce mémoire, ce rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies s'attache précisément à identifier

¹¹⁵ BÉLANGER M., *Revue générale de droit médical*, Bordeaux, n° spécial : *La protection de la santé publique*, 2005, p. 21-30.

¹¹⁶ Organisation mondiale de la santé, 2 mars 2022, <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>.

¹¹⁷ Organisation des Nations Unies, Santé Mentale et Droits de l'Homme, Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'Homme : A/HRC/34/32, 31 janvier 2017, <https://undocs.org/fr/A/HRC/34/32>.

les principaux problèmes signalés ici, autrement dit ceux auxquels sont confrontés les usagers des services de santé mentale, tels que la stigmatisation et la discrimination, la violation des droits économiques, sociaux et autres, le déni d'autonomie et la privation de la capacité juridique. Les Nations Unies elles-mêmes concluent que « l'exclusion et la marginalisation sont les causes et les conséquences des problèmes de santé mentale »¹¹⁸, comme cela a été dit ici.

150. – *L'actions internationales de combat.* Pour faire face à ce problème, certaines des mesures prises par l'OMS comprennent l'éducation sanitaire des enfants – de six à onze ans –, avec la production d'un livre d'histoires intitulé *My Hero is You*, disponible en cent quarante-deux langues, et d'une boîte à outils pour aider les personnes âgées, disponible en seize langues. Dans le même temps, elle a intensifié son partenariat avec des tiers, notamment d'autres agences des Nations Unies, des organisations non gouvernementales internationales et les sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, afin de mener une réponse interagence en matière de santé psychosociale et mentale à la COVID-19. Tout au long de la pandémie, l'OMS s'est également efforcée de promouvoir l'intégration de la santé mentale et du soutien psychosocial dans tous les aspects de la riposte mondiale¹¹⁹, et le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030, qui sera détaillé ci-dessous, se distingue à cet égard.

B. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030

151. – Fondé sur la Déclaration universelle des droits de l'Homme et les traités internationaux relatifs aux droits de l'Homme, le Programme 2030 pour le développement durable a été lancé lors d'un sommet des Nations Unies à New York en septembre 2015, élisant comme objectif de mettre fin à la pauvreté sous toutes ses formes. À cette fin, elle souligne la responsabilité de tous les États de respecter, protéger et promouvoir les droits de l'Homme. Il vise les femmes et les groupes vulnérables tels que les enfants, les jeunes, les personnes handicapées, les personnes âgées, les réfugiés, les personnes déplacées et les migrants.

¹¹⁸ Ibid.

¹¹⁹ Organisation mondiale de la santé, La pandémie de COVID-19 entraîne une augmentation de 25 % de la prévalence de l'anxiété et de la dépression dans le monde, 2 mars 2022, <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>.

152. – *Objectif n°3 « bonne santé et bien-être »*. Parmi les dix-sept Objectifs de développement durable (ODD) du programme, analysés sous l'angle psychique, tous sont liés à la jouissance d'une bonne santé mentale, l'objectif n°3 étant plus directement lié au sujet, puisqu'il est nommé « bonne santé et bien-être », impliquant comme contributeurs le Commissaire aux droits de l'Homme, la Banque de développement du CdE, Droits de l'Homme et Biomédecine, Charte sociale européenne, Direction européenne de la qualité du médicament et soins de santé¹²⁰.

153. – Concernant cet objectif n°3, la Résolution 32/18 de l'ONU répond à la critique formulée au début de ce mémoire, à savoir la violence perpétrée lors de l'internement obligatoire dans des établissements psychiatriques, ce qui implique de décourager l'administration de médicaments forcés et les pratiques néfastes pendant la privation de liberté, car elle viole de manière flagrante les articles 15, 16 et 17 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

154. – Elle soutient en outre que les traitements forcés et autres pratiques préjudiciables, telles que l'hospitalisation en milieu hospitalier, la stérilisation forcée, l'utilisation de méthodes de contrainte barbares, la médication forcée et la surmédication – y compris tout médicament administré sous de faux prétextes et sans informer des risques – constituent une violation du droit au consentement éclairé et aussi une forme de mauvais traitement, voire de torture¹²¹.

155. – Le Comité des droits des personnes handicapées affirme ainsi la nécessité de mettre fin à tout traitement non consensuel et d'adopter des mesures visant à garantir que les services de santé, y compris les services de santé mentale, appliquent le principe du consentement libre et éclairé de la personne concernée¹²². Elle préconise également la nécessité de mettre fin à l'isolement dans les établissements psychiatriques et à l'utilisation de méthodes de contrainte immodérées, tant physiques que pharmacologiques¹²³.

¹²⁰ Conseil de l'Europe, Agenda Nations Unies 2030, 25 au 27 septembre 2015, <https://www.coe.int/fr/web/programmes/un-2030-agenda>.

¹²¹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 50 ; Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 1, par. 37 et 41 ; A/HRC/22/53, para. 63.

¹²² Voir, par exemple, CRPD/C/ESP/CO/1, par. 36 ; CRPD/C/HUN/CO/1, para. 28 ; CRPD/C/AUT/CO/1, para. 31.

¹²³ Voir, par exemple, CRPD/C/AUT/CO/1, par. 33 ; CRPD/C/MEX/CO/1, para. 32 ; CRPD/C/DNK/CO/1, para. 39.

156. – Au vu du tableau général de la question, on constate que la lutte contre les maladies d'origine mentale se caractérise par des actions de réadaptation et de réinsertion sociale qui doivent inévitablement compléter les actions de prévention, de diagnostic et de soins¹²⁴. Ainsi, le programme envisage « un monde où les droits de l'Homme et la dignité humaine, l'État de droit, la justice, l'égalité et la non-discrimination sont universellement respectés ».

157. – Ceci dit, il est clair que l'intérêt de la constitution d'un droit mondial à la santé est précisément de parvenir à la mondialisation de ce droit au profit de l'humanité entière¹²⁵. En d'autres termes, la stratégie internationale pour la protection de la santé mentale devrait être globale, alors qu'à l'heure actuelle, il est important d'étudier le parcours législatif français vers la codification comme réponse au problème de santé publique dont il a été question.

¹²⁴ Art. L. 3221-1 CSP.

¹²⁵ BÉLANGER M., *Droit international de la santé (écrits 1981-2011)*, Les études hospitalières, 2012, p. 12.

SECONDE PARTIE : LA PERSONNE ATTEINTE DE TROUBLES MENTAUX COMME ACTEUR DE DROIT INTERNATIONAL

158. – Après avoir analysé dans la première partie de ce mémoire que la santé mentale est l’objet du droit international, il convient de montrer que la personne souffrant de troubles mentaux remplit le rôle d’auteur, de sujet de droits dans le scénario global. Le processus de formation et de mise en œuvre des normes du droit international n’est plus le monopole des États. L’individu est un participant actif de l’ordre juridique international et jouit de la capacité procédurale de défendre ses droits au niveau international, il doit ainsi être reconnu comme un sujet de droit international¹²⁶. Dans ce moment, il s’agit d’examiner si le processus législatif français en la matière répond de manière satisfaisante au problème de santé publique mis en évidence par la pandémie de la COVID-19.

159. – En premier lieu, ce mémoire se concentre sur l’étendue de la protection juridique de l’accès aux soins psychiatriques, en fixant comme point d’ancrage la loi dite « Loi des aliénés » de 1838 et en établissant les bases constitutionnelles du droit à la santé pour une évaluation adéquate de la compatibilité du droit interne français avec les paramètres internationaux dans le contexte du droit à l’information, de l’accès à la justice et du contentieux de l’hospitalisation sans consentement (**Chapitre 1**). Nous orienterons ensuite notre recherche vers la conjoncture des systèmes régionaux de protection des droits de l’Homme, notamment vers le système interaméricain, compte tenu de sa contribution à l’élévation de la protection juridique du groupe vulnérable en question au moment où la Cour interaméricaine des droits de l’Homme a condamné le Brésil, de manière pionnière sur la scène mondiale, pour des violations des droits de l’Homme de la personne souffrant de troubles mentaux (**Chapitre 2**).

¹²⁶ TRINDADE A. A. C., *Le droit international pour la personne humaine*, Paris, Pédone, 2012, p. 155.

Chapitre 1 : Le processus législatif français comme réponse au problème de santé publique internationale

160. – En ce qui concerne la lutte contre la violence à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux, il convient de souligner les efforts déployés par la France depuis longtemps pour atteindre un niveau de santé favorable à tous ; la première conférence internationale sur la santé (Paris, 1851) s'est tenue grâce à l'initiative d'un chef d'État européen (Louis-Napoléon Bonaparte, président de la II^e République française)¹²⁷. Face au problème global de santé publique que constitue la maladie mentale, nous travaillerons sur le cadre législatif français qui protège juridiquement les personnes souffrant de troubles mentaux, en basant la discussion sur la loi du 5 juillet 2011, en mettant l'accent sur le renforcement de l'autonomie du patient (**Section 1**), ainsi que sur l'effectivité de la garantie des droits des patients psychiatriques, en établissant un parallèle avec la réglementation internationale pour étudier les points de divergence et de convergence entre les deux systèmes (**Section 2**).

Section 1 : Protection juridique de l'accès aux soins en France

161. – Considérant que la politique de santé relève de la responsabilité de l'État, il appartient à ce dernier de garantir la promotion de conditions de vie favorables à la santé, la réduction des inégalités sociales et territoriales, l'égalité entre les femmes et les hommes, et d'assurer la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins¹²⁸. Ainsi, en prenant comme point d'ancrage certains cadres juridiques du droit interne français en matière de troubles psychiatriques (*Paragraphe 1*), il est établi que l'hospitalisation en soins psychiatriques ne constitue pas la règle parmi les alternatives de soins existantes (*Paragraphe 2*).

¹²⁷ BROSSET E., *Droit européen et protection de la santé*, Bilan et perspectives, Bruylant, 2015, p. 385.

¹²⁸ Article L.1411-1 du Code de la Santé Publique.

Paragraphe 1 : Le point d’ancrage

162. – Prenant comme point d’ancrage la loi du 30 juin 1838, dite « Loi des aliénés », issue des idées politiques de Jean Étienne Dominique Esquirol, ce tournant juridique est à l’origine de la création et de la diffusion, dans chaque département, d’un « asile pour aliénés », retirant au juge judiciaire la prérogative de commandement de l’action d’internement et transformant cette procédure en un simple acte administratif de présentation d’un certificat médical (A). Pour démontrer pourquoi cette loi ne pourrait plus survivre dans un champ de protection des droits de l’Homme, nous analyserons le processus de constitutionnalisation du droit à la santé depuis la Déclaration des droits de l’Homme et du citoyen de 1789 jusqu’à l’actuelle Constitution de la cinquième République française (B).

A. Le tournant du siècle : la loi de 1838

163. – La lutte contre la maladie mentale en France par le biais des politiques de santé fait depuis longtemps l’objet d’une législation spécifique. De la loi du 30 juin 1838, dite « Loi des aliénés », à celle du 27 juin 1990, la loi de santé a recherché un équilibre entre le respect de la liberté des personnes souffrant de troubles mentaux et leur protection ainsi que celle des autres membres de la société¹²⁹.

164. – Au sujet du cheminement législatif en matière de protection des droits de la personne souffrant de troubles mentaux en France, la loi du 30 juin 1838 a établi comme préoccupation centrale la protection de la liberté individuelle des malades, qui passe par l’institution de l’établissement psychiatrique par département, la notion de placement volontaire et le placement par métier¹³⁰.

165. – Comme mentionné ci-dessus, l’homme politique Esquirol est en effet, avec Ferrus et Jean-Pierre Falte, à l’origine de la loi du 30 juin 1838 régissant le traitement des malades mentaux et les limitations de leur liberté. Cette loi prévoit que chaque département dispose d’un

¹²⁹ BIOY X., *Droits fondamentaux et libertés publiques*, Paris, LGDJ, 6e éd., 2020, p. 22.

¹³⁰ BURES, Idelette de. « À propos de la loi sur les aliénés du 30 juin 1838 », *Histoire des sciences médicales - TOME XL* - N° 3 - 2006, <https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2006x040x003/HSMx2006x040x003x0301.pdf>.

établissement où les malades peuvent être soignés, protégés, mais aussi placés hors de danger pour la société. L'internement y sera forcé, soit à la demande de la famille ou des tiers intéressés par le malade, soit d'office sous la responsabilité de l'autorité administrative. Considéré comme incapable, l'aliéné sera placé sous tutelle et ses biens seront gérés par un service spécialisé¹³¹.

166. – Dans les départements dépourvus d'asile public, un établissement religieux privé peut, d'un commun accord, accueillir les aliénés, ce qui met fin à une longue querelle avec les congrégations. La loi a été âprement débattue au Parlement, où elle a suscité des souvenirs d'embaumement. Au terme d'un long débat, il semblait trouver un équilibre entre un véritable projet de soins et les préoccupations plus étroites et sécuritaires de la bourgeoisie de Louis-Philippard. Cette loi consacre la professionnalisation de la psychiatrie et donne aux aliénés un pouvoir d'arrestation et de détention à domicile, exorbitant pour le droit commun. L'article 64 du code pénal, qui déclare le fou irresponsable, ouvre également au psychiatre, devenu spécialiste, un champ supplémentaire d'intervention sociale dans lequel il entre en concurrence avec le juge et l'avocat, obtenant la possibilité de soustraire à la justice l'auteur d'un crime ou d'un délit¹³².

167. – Au sein de ses quarante articles, la loi du 30 juin 1838, votée à la quasi-unanimité par les deux chambres, rendait les médecins responsables des certificats décrivant l'état de santé du patient et la nécessité de son maintien dans l'établissement psychiatrique ou d'une éventuelle sortie. Cette loi, inspirée par Jean-Etienne Esquirol, impose à chaque département de construire son propre asile et de définir les modalités d'internement. Il convient de relever que les médecins pourraient ainsi priver les aliénés de leur liberté – prérogatives qui ne sont plus du ressort du pouvoir judiciaire : « L'aliéniste dans son asile apparaît donc comme un personnage qui cumule les fonctions d'administrateur, de juge, de spécialiste, de thérapeute et de scientifique »¹³³.

168. – Ainsi, la loi de 1838 représente le tournant du siècle : en donnant de nouveaux pouvoirs aux médecins aliénistes, accentue la méfiance de la société à leur égard. En tant que gardiens de l'ordre, ils ont été accusés de laisser les personnes dangereuses en liberté et de disculper les criminels. Dans le même temps, diverses campagnes de presse ont éveillé les

¹³¹ HOCHMANN J., *Histoire de la psychiatrie*, Paris, PUF, 2004, p. 13.

¹³² Ibid., p. 14.

¹³³ Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, « Le XIX^e siècle, la loi de 1838 et l'aliéniste », 17 novembre 2009, <https://www.cnle.gouv.fr/le-xixe-siecle-la-loi-de-1838-et-l.html>.

souçons quant à leur complicité dans les internements arbitraires, d'où une succession de tentatives de réforme de la loi. Ils ont avorté les uns après les autres et ont mis plus d'un siècle à aboutir (en 1990)¹³⁴.

169. – Philippe Pinel et Jean Esquirol, réunis à Paris en 1945 et 1947 pour des journées mémorables, lancent un appel aux pouvoirs publics, réclamant une transformation des conditions d'hospitalisation, l'abrogation de la loi de 1838, la création généralisée d'un système de triage et de soins hors de l'hôpital, ainsi que la séparation de la neurologie et de la psychiatrie, qui devrait intervenir en 1968¹³⁵.

170. – Ce bref aperçu du traitement médiatique de la question de la réforme législative de 1838 montre que la presse du XIX^e siècle ne s'est pas contentée d'aborder la « folie » de manière sensationnaliste. Cela a ouvert un champ de discussions qui permettait de diffuser dans l'opinion publique les principaux éléments d'un débat législatif parfois technique. Cette loi a donné la parole à des médecins et à d'anciens internés, rendant ainsi visible la diversité des attitudes à l'égard de la profession aliéniste, mais aussi la diversité des sources d'opposition à la loi de 1838. En ce sens, la presse est une source incontournable pour comprendre la place occupée par les asiles et la psychiatrie dans la société du XIX^e siècle¹³⁶.

B. Les fondements constitutionnels du droit à la santé publique

171. – Parmi les préambules de nombreuses constitutions françaises ou dans des déclarations de droits, on peut découvrir quelques dispositions relatives aux devoirs de l'État en matière sanitaire et sociale. La Déclaration de 1789 ne fait aucune allusion ni au domaine de la santé ni au domaine social car elle repose sur une vision abstraite du citoyen politique. Mais la Constitution de 1791 fait allusion au problème social, même si c'est de manière indirecte : « Il sera créé un établissement général de secours publics pour élever les enfants abandonnés, soulager les

¹³⁴ HOCHMANN J., *Histoire de la psychiatrie*, Paris, PUF, 2004, p. 27.

¹³⁵ *Ibid.*, p. 92.

¹³⁶ GARRABÉ J., ALIÉNISME (histoire du concept), Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 3 mars 2022, <https://www.universalis.fr/encyclopedie/alienisme-histoire-du-concept/><https://www.universalis.fr/encyclopedie/alienisme-histoire-du-concept/2-en-france-la-loi-du-30-juin-1838-creant-les-asiles-d-alienes/>.

pauvres infirmes et fournir du travail aux pauvres valides qui n'auraient pu s'en procurer » (Titre I^{er}, dispositions fondamentales)¹³⁷.

172. – Avec la Constitution thermidorienne du 5 fructidor an II (22 août 1795), la santé apparaît dans le champ des dispositions constitutionnelles comme un objet de police législative : « La loi surveille particulièrement les professions qui intéressent les mœurs publiques, la sûreté et la santé des citoyens » (art. 356).

173. – Selon les mots de Didier Truchet, professeur et président d'honneur de l'Association française de droit de la santé, ce n'est qu'avec la Constitution du 4 novembre 1848 que les textes assument avec quelques variantes la dimension sociale des constitutions révolutionnaires ; l'État doit éventuellement se substituer au parent le plus proche pour aider les citoyens défavorisés¹³⁸.

174. – Pour tenter de traduire les idéaux de la Résistance, mais sans grand succès, le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 assure à l'individu et à la famille toutes les conditions nécessaires à leur épanouissement, répondant à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme (CEDH), qui appelle chacun à combattre l'esclavage et les traitements inhumains, renforçant l'existence de droits inaliénables et sacrés, sans distinction de race, de religion ou de croyance¹³⁹.

175. – La Constitution de la Quatrième République garantit à chacun la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. La santé mentale trouve sa place dans ce document lorsque tout être humain, quels que soient son âge, son état physique ou mental, sa situation économique ou son incapacité à travailler, se voit garantir le droit d'obtenir de la collectivité les moyens de subsistance adéquats¹⁴⁰.

176. – Quant à la Constitution actuelle du 4 octobre 1958, lorsqu'elle affirme dans son article 66 que nul ne peut être détenu arbitrairement et réaffirme l'autorité judiciaire comme gardienne de la liberté, elle est également conforme aux l'articles 3 et 5 de la Convention

¹³⁷ TRUCHET D., *Droit de la santé publique*, Paris, Dalloz, coll. « Mémento », 9e éd., 2016, p. 09.

¹³⁸ Ibid., p. 10.

¹³⁹ Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946>.

¹⁴⁰ Ibid.

européenne des droits de l'Homme, puisqu'elle interdit les traitements inhumains et dégradants, tels que les internements sans consentement qui ne sont pas fondés sur des rapports psychiatriques, et assure le droit à la liberté et à la sécurité¹⁴¹.

177. – La santé comme objectif de valeur constitutionnelle. Ainsi, toutes les dispositions légales exposées ci-dessus font de la protection de la santé un objectif de valeur constitutionnelle dont nous pouvons déduire que les individus ont un droit constitutionnel à la protection de la santé qui lie le législateur¹⁴².

178. – Le sens de l'évolution historique est donc quelque peu manifeste : de 1789 à aujourd'hui, l'État, qui devait initialement sa protection et son assistance aux pauvres et aux malades, a désormais l'obligation de veiller à la santé de tous ses citoyens – et plus globalement de tous les habitants du territoire. Récemment, cette exigence a été étendue : ce ne sont plus seulement les maladies et les fléaux sociaux qui doivent être prévenus ou combattus, mais tout ce qui peut porter atteinte à la dignité humaine¹⁴³.

Paragraphe 2 : L'hospitalisation ne constitue pas la règle

179. – Il faut accepter que la gratuité des soins psychiatriques soit la règle générale. Les patients concernés ont les mêmes droits que les autres patients. Ce type de soins est privilégié lorsque l'état de santé du patient le permet. Cependant, il existe un système de soins sans consentement qui fournit les soins nécessaires à des patients qui ne sont pas conscients de leurs troubles mentaux ou de leur besoin impératif de soins (A), un modèle médical qui doit être limité afin d'éviter tout type d'abus (B)¹⁴⁴.

¹⁴¹ Texte intégral de la Constitution du 4 octobre 1958 en vigueur, <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/texte-integral-de-la-constitution-du-4-octobre-1958-en-vigueur>.

¹⁴² TRUCHET D., *Droit de la santé publique*, Paris, Dalloz, coll. Mémento, 9e éd., 2016, p. 12.

¹⁴³ Ibid.

¹⁴⁴ Ministère des solidarités et de la santé, Les droits des patients en psychiatrie, 3 mars 2022, https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/prevention-informations-et-droits/article/les-droits-des-patients-en-psychiatrie?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000ee4d5472d63f8870a31bccd328697bdd56f2a8cc3cb4a908653d037a6e3a8b2d0886bd43d21430008a8f99d2c4f88c6bbcb0bf62b31f90f799f20ddb6b709fe43e502677546f3417fafed1aa9a723881eea35b8fff9399f2.

A. Le renforcement de l'autonomie du patient par la loi du 5 juillet 2011

180. – Le régime particulier des droits des personnes hospitalisées fait l'objet des articles L. 3211-1 à L. 3211-13 du Code de la santé publique. Le code prévoit une possibilité d'admission en soins psychiatriques sans le consentement de la personne, soit à la demande d'un tiers ou en cas de danger imminent, soit sur décision du représentant de l'État, comme nous le démontrerons ultérieurement.

181. – Avant la Révolution française de 1789, on parlait « d'hospitalisation ». En réalité, il s'agissait d'un internement au sens le plus grave du terme, contre la volonté du patient. Il existait à l'époque plusieurs procédures « d'hospitalisation », dont celle relevant du pouvoir du lieutenant général de police, qui consistait, après examen et avis de l'un de ses commissaires, à prendre un ordre « d'admission des imbéciles » sans en référer à son ministre, à la justice ou même au roi. Une sorte de placement forcé dans un lieu d'internement qui ne disposait pas de recours judiciaire, contrairement à d'autres procédures « d'hospitalisation » qui étaient « judiciaires »¹⁴⁵.

182. – La loi du 05 juillet 2011 a innové en supprimant l'hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers pour la remplacer par une admission sur décision du représentant de l'État ou sur décision du directeur de l'établissement psychiatrique – en cas de demande d'un tiers ou de péril imminent¹⁴⁶. La principale innovation de cette loi était la deuxième voie d'admission sans tiers « en cas de danger imminent »¹⁴⁷.

183. – Selon la Haute autorité de santé (HAS), la notion de « péril imminent » reste floue et manque de définition juridique. La HAS précise que « pour définir le péril imminent, il faut prendre en compte l'aggravation rapide des troubles en l'absence de soins immédiats, le mode de vie dans lequel le patient ne saurait retourner sous peine d'aggravation – accès à des toxiques, moyens suicidogènes, situation familiale, etc. »¹⁴⁸.

¹⁴⁵ Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, Avant la Révolution française, 19 novembre 2009, <https://www.cnle.gouv.fr/avant-la-revolution-francaise.html>.

¹⁴⁶ COUTURIER M., La réforme des soins psychiatriques sans consentement : de la psychiatrie disciplinaire à la psychiatrie de contrôle, *Revue de droit sanitaire et social* janvier-février 2012, n° 1, 22 février 2012, <https://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=3236>.

¹⁴⁷ BIOY X., *Droits fondamentaux et libertés publiques*, Paris, LGDJ, 6e éd., 2020, p. 335.

¹⁴⁸ *Ibid.*, p. 30.

184. – La personne hospitalisée pour des soins psychiatriques a les mêmes droits qu’un patient hospitalisé pour une autre cause. « Une personne faisant l’objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l’exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause. Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l’état de la personne le permet »¹⁴⁹.

185. – Une étude d’impact, jointe au projet de loi, avait montré que l’hospitalisation libre constitue le régime d’admission le plus fréquent en psychiatrie générale, représentant entre 87% et 89% des admissions en hospitalisation complète dans les services compétents depuis 1998, et 77% de l’ensemble des personnes vues par ces services¹⁵⁰. Il convient de relever que ces modalités de soins sans consentement restent l’exception de l’ensemble des soins hospitaliers dispensés dans les établissements de santé en France – en 2018, on comptait 82 000 patients hospitalisés sans consentement pour un total de 424 000 patients hospitalisés en psychiatrie¹⁵¹.

186. – La loi du 05 juillet 2011 a opéré de nombreuses modifications terminologiques, par exemple, le titre du chapitre « Droits des personnes hospitalisées » est remplacé par la formulation « Droits des personnes *faisant l’objet de soins psychiatriques* »¹⁵² ; l’admission en soins psychiatriques à la demande d’un tiers a été substituée à la notion « d’hospitalisation à la demande d’un tiers » (HDT) et l’admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l’État a été substituée à celle « d’hospitalisation d’office » (HO).

187. – La loi du 5 juillet 2011 organise un dispositif de soins sans consentement sous forme d’alternatives à l’hospitalisation complète et met fin à ces sorties dites « d’essai »¹⁵³. Ainsi, le législateur a conservé la dualité des procédures de soins sans consentement préexistantes, « à la

¹⁴⁹ Article L.3211-1 du Code de la Santé Publique.

¹⁵⁰ DUPUY, Olivier. *Droit et psychiatrie, La réforme du 5 juillet 2011 expliquée*, Heures de France - hdf, Collection : Guides d’exercice professionnel des établissements sanitaires et médico-sociaux, 2011, p. 216.

¹⁵¹ Agence technique de l’information sur l’hospitalisation, Chiffres clés de la psychiatrie par ATIH à partir des données issues du Rim-P 2018, chiffres arrondis au millier près, 27 juillet 2019, <https://www.atih.sante.fr/actualites/chiffres-cles-2018-de-la-psychiatrie>.

¹⁵² DUPUY, Olivier. *Droit et psychiatrie, La réforme du 5 juillet 2011 expliquée*, Heures de France - hdf, Collection : Guides d’exercice professionnel des établissements sanitaires et médico-sociaux, 2011, p. 216.

¹⁵³ Ibid., p. 13.

demande d'un tiers » et « sur décision préfectorale », et a introduit un dispositif de soins conjoints, « en cas de péril imminent »¹⁵⁴.

188. – Une autre innovation de la loi a consisté à autoriser les admissions sur demande sans présence de tiers : la notion de « péril imminent » a ainsi permis de pallier une insuffisance du système antérieur, notamment à l'égard des personnes désocialisées pour lesquelles il n'était pas possible de trouver des tiers, comme le SDF, qui réaffirme que la lutte contre la maladie mentale se caractérise par des actions de réadaptation et de réinsertion sociale qui doivent inévitablement compléter les actions de prévention, de diagnostic et de soins¹⁵⁵.

B. Les limites des soins sans consentement

189. – L'évaluation du consentement dans le cadre des soins psychiatriques passe par un ensemble de facteurs qui comprennent l'autorisation d'effectuer une évaluation, un diagnostic et un suivi, ainsi que des interventions physiques, médicales ou psychothérapeutiques selon les modalités prévues¹⁵⁶. La Haute Autorité de Santé précise que cette classification est un processus médical et que la restriction des soins est appliquée selon quatre critères : la personne doit souffrir de troubles mentaux ; elle met gravement en danger sa santé et sa sécurité ou représente une menace grave pour la vie et l'intégrité d'autrui ; son état nécessite des soins continus en milieu hospitalier, mais elle les refuse ; elle est incapable de consentir aux soins¹⁵⁷.

190. – La loi du 5 juillet 2011 introduit une période d'observation et de soins de soixante-douze heures pendant laquelle les patients doivent être traités comme des patients hospitalisés à part entière. Une telle disposition supprime le régime expérimental de sortie et permet la poursuite des soins au-delà de cette période de trois jours sous la forme d'une alternative à l'hospitalisation complète, dont les modalités sont fixées dans un programme de soins¹⁵⁸.

¹⁵⁴ Ibid., p. 13.

¹⁵⁵ BIOY X., *Droits fondamentaux et libertés publiques*, Paris, LGDJ, 6e éd., 2020, p. 23.

¹⁵⁶ NEILSON G. et CHAIMOWITZ G., Le consentement libre et éclairé aux soins en psychiatrie, *Can J Psychiatry*. 2015 avr ; 60(4) : 1-12, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4459250/>.

¹⁵⁷ GILOUX N. et PRIMEVERT M., *Les soins psychiatriques sans consentement*, Bordeaux, LEH Édition, 2017, p. 29.

¹⁵⁸ Ibid., p. 17.

191. – En ce qui concerne les soins à la demande d'un tiers, le code de la santé publique prévoit deux conditions cumulatives, à savoir lorsque les troubles mentaux rendent impossible le consentement de la personne et lorsque l'état mental de cette dernière nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, ou une surveillance médicale régulière justifiant des soins autres que l'hospitalisation complète, autrement dit incluant des soins ambulatoires, qui peuvent comprendre des soins à domicile et, le cas échéant, un séjour dans un établissement de santé¹⁵⁹.

192. – Ainsi, la loi du 5 juillet 2011 a renforcé l'autonomie du patient au moment où elle a maintenu l'exigence de deux certificats médicaux circonstanciés, datant de moins de quinze jours, et attestant que les deux conditions légales – impossibilité de consentir et nécessité de soins immédiats sous surveillance médicale – sont vérifiées, ce qui impose des limites aux soins psychiatriques sans consentement afin qu'aucun type d'abus ou de violence à la liberté individuelle ne soit commis¹⁶⁰.

Section 2 : L'efficacité de la garantie des droits des patients psychiatriques

193. – Afin d'atteindre la pleine efficacité de la garantie des droits des patients faisant l'objet de soins psychiatriques, la discussion doit revenir à l'idée de l'article 25 de la DUDH de 1948, qui stipule que toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires¹⁶¹. Ainsi, compte tenu des critiques déjà formulées dans ce mémoire sur le système des asiles psychiatriques, il est impératif d'orienter la question vers le contentieux de l'hospitalisation sans consentement (*Paragraphe 1*). Il convient alors d'examiner les points de confluence et de confrontation des normes juridiques françaises

¹⁵⁹ DUPUY, Olivier. *Droit et psychiatrie, La réforme du 5 juillet 2011 expliquée*, Heures de France - hdf, Collection : Guides d'exercice professionnel des établissements sanitaires et médico-sociaux, 2011, p. 18.

¹⁶⁰ Ibid., p. 21.

¹⁶¹ La Déclaration universelle des droits de l'Homme, le 10 décembre 1948, <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>.

avec les cadres juridiques internationaux concernant la protection des personnes souffrant de troubles mentaux (*Paragraphe 2*).

Paragraphe 1 : Le contentieux de l'hospitalisation sans consentement

194. – Il faut garder à l'esprit que l'hospitalisation ne constitue pas la règle, mais l'exception. Ainsi, dans les cas où la loi permet d'extrapoler la barrière du consentement du patient, il convient de rester vigilant pour sauvegarder les droits fondamentaux, parmi lesquels, le droit à l'information dans le cadre d'une hospitalisation forcée (A) et le respect aux limites du rôle du magistrat face à une hospitalisation (B).

A. Le droit à l'information

195. – Parmi les droits énoncés à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique, la personne souffrant de troubles mentaux, dans le cadre de soins psychiatriques, bénéficie d'un certain nombre de prérogatives. Même si elle n'a pas de voix pour défendre ses intérêts à un moment donné, toute personne hospitalisée ou la famille de cette dernière aura le droit de contacter le professionnel ou l'équipe de santé mentale publique ou privée de son choix, à l'intérieur et à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence¹⁶².

196. – *Le patient psychiatrique doit être communiqué dès que possible.* En ce qui concerne le droit à l'information, toute personne admise dans un établissement psychiatrique doit être informée « dans les meilleurs délais » et d'une manière adaptée de son état de santé, de la décision de l'admettre et de chacune des décisions qui ont conduit au traitement obligatoire¹⁶³.

197. – En outre, l'article L. 3211-12-1 établit que, « lors de son admission ou dès que son état le permet, puis, à sa demande et après chacune des décisions mentionnées au même deuxième alinéa, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours dont il dispose et des garanties qui lui sont offertes conformément à l'article »¹⁶⁴. Cette approche tend à renforcer le droit à l'information des patients.

¹⁶² Article L.3211-1 du Code de la Santé Publique.

¹⁶³ Article L.3211-1 du Code de la Santé Publique.

¹⁶⁴ Article L.3211-3, b) du Code de la Santé Publique.

198. – La loi exige étant donné que les informations soient fournies « d’une manière adaptée à l’état du patient », il semble approprié que ces explications soient données sous l’autorité du psychiatre en charge du patient, qui est en mesure d’évaluer la manière la plus appropriée de fournir ces données¹⁶⁵.

199. – La Haute Autorité de Santé précise qu’il existe cinq niveaux d’évaluation du consentement aux soins : la capacité à recevoir une information appropriée ; la capacité à entendre et comprendre cette information ; la capacité à raisonner ; la capacité à exprimer la décision ; et la capacité à la maintenir dans le temps¹⁶⁶.

200. – ***Sur le devoir de communiquer la décision d’admission et la nécessité de maintenir les soins.*** L’article L.3211-3 alinéa 2 comporte également la mention de l’obligation de communiquer « les motifs de la décision d’admission et de chacune des décisions déclarant le maintien des soins » ce qui semble faire référence aux certificats médicaux sur lesquels se fonde la décision du directeur¹⁶⁷.

201. – La réforme du 5 juillet 2011 a énuméré de manière plus exhaustive les droits des patients souffrant de troubles psychiatriques ; elle a maintenu le droit de communiquer avec le représentant départemental de l’État, le droit de consulter la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), le droit de prendre conseil auprès d’un médecin ou d’un avocat de son choix, le droit d’émettre et de recevoir de la correspondance, le droit de consulter le règlement intérieur de l’établissement et de recevoir des explications à son sujet, le droit d’exercer son droit de vote, le droit de pratiquer les activités religieuses ou philosophiques de son choix¹⁶⁸.

202. – ***Renforcer le droit à l’information.*** Cette loi complète également la possibilité de « porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence »¹⁶⁹. Cela dit, il y a eu un renforcement du

¹⁶⁵ DUPUY, Olivier. *Droit et psychiatrie, La réforme du 5 juillet 2011 expliquée*, Heures de France - hdf, Collection : Guides d’exercice professionnel des établissements sanitaires et médico-sociaux, 2011, p. 22.

¹⁶⁶ GILOUX N. et PRIMEVERT M., *Les soins psychiatriques sans consentement*, Bordeaux, LEH Édition, 2017, p. 29.

¹⁶⁷ DUPUY, Olivier. *Droit et psychiatrie, La réforme du 5 juillet 2011 expliquée*, Heures de France - hdf, Collection : Guides d’exercice professionnel des établissements sanitaires et médico-sociaux, 2011, p. 23.

¹⁶⁸ Ibid., p. 133.

¹⁶⁹ Ibid., p. 134.

droit à l'information, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes, des garanties qui lui sont offertes en application de l'article L. 3211-12-1 du CSP.

B. Les actions du magistrat en matière d'hospitalisation

203. – Le juge judiciaire, qui s'est présenté le 1^{er} août 2011 au 15^e jour de l'hospitalisation sans consentement en psychiatrie pour contrôler la légalité du recours à la contention, n'est pas médecin et ne tire sa légitimité que de l'article 66 de la Constitution selon lequel « nul ne peut être arbitrairement détenu ». Cet article confie au juge judiciaire la mission de veiller au respect de ce principe et fait ainsi de lui le gardien de la liberté individuelle¹⁷⁰.

204. – La Cour de cassation a confirmé l'approche qu'impose l'article 66 de la Constitution sur l'office du juge de liberté et détention en matière de contrôle du bien-fondé de l'hospitalisation : « le JDL n'est pas médecin, il n'a pas à évaluer les troubles psychiatriques ni la capacité de consentir ; mais il doit rechercher dans les certificats médicaux et avis motivés si l'existence de ces troubles et cette impossibilité de consentir aux soins sont bien rapportés »¹⁷¹.

205. – Les soins psychiatriques peuvent ainsi être dispensés soit dans le cadre d'une hospitalisation complète, soit sous forme de soins ambulatoires ou de soins à domicile. L'admission en soins psychiatriques peut être ordonnée à la demande d'un tiers ou en cas de danger imminent pour la santé de l'intéressé, par le directeur de l'établissement « habilité en psychiatrie » et chargé de cette mission de service public¹⁷². De même, l'admission peut être prononcée sur décision du représentant de l'État, au moyen d'un certificat médical détaillé qui ne peut émaner du même psychiatre de l'établissement d'accueil. Le procureur de la République doit être informé dans les vingt-quatre heures¹⁷³.

206. – Compte tenu de la performance du magistrat, jusqu'à la loi du 5 juillet 2011, le juge judiciaire était seul compétent pour apprécier les motifs d'hospitalisation d'une personne sans son consentement et statuer sur son ensemble de conséquences préjudiciables d'une décision

¹⁷⁰ GILOUX N. et PRIMEVERT M., *Les soins psychiatriques sans consentement*, Bordeaux, LEH Édition, 2017, p. 33.

¹⁷¹ Ibid., p. 37.

¹⁷² Article L.3222-1 du Code de la Santé Publique.

¹⁷³ Article L.3213-9 du Code de la Santé Publique.

d'admission d'office, mais le juge administratif était compétent pour connaître de la régularité de la décision et, le cas échéant, des conséquences préjudiciables de son défaut de notification et des fautes commises par le service public à cet égard¹⁷⁴.

207. – Désormais, la légalité des décisions administratives prises en application des chapitres du code de la santé publique relatifs à l'admission en assistance psychiatrique à la demande de tiers, en cas de péril imminent, sur décision du représentant de l'État ou pour les détenus atteints de troubles mentaux¹⁷⁵, « ne peut être contestée que devant le juge judiciaire »¹⁷⁶.

208. – Cela dit, en ce qui concerne le contentieux de l'hospitalisation d'office par le conseil d'État, le 9 décembre 2001, quant à l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État, elle peut être décidée soit par le préfet, pour les personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sécurité des personnes ou portent gravement atteinte à l'ordre public¹⁷⁷, soit en cas d'urgence par le maire qui peut prendre toutes les mesures provisoires nécessaires, sous réserve du référé au préfet¹⁷⁸. Par ailleurs, l'arrêté de prolongation de l'hospitalisation d'office doit être motivé (CE, 9 novembre 2001, « Deslandes », D. 2002. IR. 452)¹⁷⁹.

Paragraphe 2 : Une analyse de la compatibilité du système juridique français avec les normes internationales

209. – La problématique traitée dans ce mémoire consiste à rechercher si le droit interne français en vigueur est conforme aux règles internationales protégeant les droits des personnes souffrant de troubles mentaux. Pour ce faire, nous étudierons les points de divergence (A) et de convergence (B) entre le droit national et le droit international dans le cadre du contentieux de l'hospitalisation sans consentement pour soins psychiatriques.

¹⁷⁴ TC, 27 nov. 1995, 02973.

¹⁷⁵ VIOUJAS V., « Les soins psychiatriques aux détenus : des modifications mineures pour une problématique de santé publique majeure », *RDSS*, n° 6, nov.déc. 2011, p. 1071.

¹⁷⁶ Art. L. 3216-1 du Code de la Santé Publique.

¹⁷⁷ Art. L. 3213-1 du Code de la Santé Publique.

¹⁷⁸ Art. L. 3213-2 du Code de la Santé Publique.

¹⁷⁹ HEINTZ, M., « L'hospitalisation d'office », 28 juin 2004, https://www.seban-associes.avocat.fr/wp-content/uploads/2015/08/pub_lhospitalisationdoffice.pdf.

A. Points de divergence avec les normes internationales

210. – La réforme employée par la loi du 5 juillet 2011 faisait suite à la condamnation de la France par la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH)¹⁸⁰ et aux deux décisions du Conseil constitutionnel, ayant, dans le cadre des Questions prioritaires de constitutionnalité, déclaré non conformes à la Constitution (art.66) le maintien de l'hospitalisation sans consentement de plus de quinze jours sans contrôle judiciaire et médical¹⁸¹ et les conditions de l'hospitalisation d'office¹⁸². L'acte d'hospitalisation forcée est clairement caractérisé comme un acte qui prive une personne de sa liberté. En tant que telle, cette procédure doit alors être soumise au contrôle du juge judiciaire, puisque l'autorité judiciaire, aux termes mêmes de notre Constitution, est la seule garante et la seule gardienne de la liberté individuelle.

211. – L'ancien régime (L. 30 juin 1838) a été modifié à plusieurs reprises – notamment par la loi dite « Évin » n° 90-527 du 27 juin 1990 sans être amendé. Or, la législation en vigueur à l'époque a fait l'objet de quatre condamnations par le Conseil constitutionnel, toutes fondées sur l'insuffisance des pouvoirs de contrôle de l'hospitalisation sans l'accord du juge judiciaire (décis. 2010-71 QPC du 26 nov. 2010, 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011, 2011-74 QPC du 8 oct. 2011 et 2011-202 du 3 déc. 2011)¹⁸³.

212. – La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 a tenté de mettre la législation en conformité avec les exigences constitutionnelles (Commentaires : v. notamment C. Casting, *AJDA* 2011, p. 2055 ; M. Lopez, *RGDM* n° 41, déc. 2011 p 137 ; A. Pena, *RFDA* 5/2011, p. 951 ; S. Prieur, *RGDM* n° 40, sept. 2011, p. 197). Cette loi n'y est pas parvenue complètement, certaines de ses dispositions ayant été censurées (décis. 2012-235 QPC, 20 avr. 2012), ce qui a contraint le législateur à procéder à une nouvelle correction par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 (commentaires : v. notamment M. Primavera, *JCP* 2013 p. 1879, S. Théron, *RDSS* 2014/1 p. 133)¹⁸⁴.

¹⁸⁰ CEDH, 18 nov. 2010, n° 35935/03, *Baudoin c/ France* ; CEDH, 14 avr. 2011, n° 35079/06, *Patoux c/ France*.

¹⁸¹ Cons. const. déc. 26 nov. 2010, n° 2010-71 QPC ; *JCP* G 2011, 189, note K. Grabarczyk.

¹⁸² Cons. const., déc. 9 juin 2011, n° 2011-135/140 QPC.

¹⁸³ TRUCHET D., *Droit de la santé publique*, Paris, Dalloz, coll. « Mémento », 9e éd., 2016, p. 106.

¹⁸⁴ *Ibid.*

213. – Or, dans le cadre de la jouissance des droits reconnus par la Convention européenne des droits de l’Homme (CEDH), un tel comportement est en contradiction directe avec les articles 3 et 5. En outre, cette loi n’est pas conforme à l’article 2 du Protocole n° 4 à la Convention, qui affirme la liberté de circulation. Si les tribunaux français ne tiennent pas compte de cet inconvénient, des recours pourraient être introduits par des particuliers devant la Commission européenne des droits de l’Homme afin de porter l’affaire devant la Cour, qui pourrait condamner la France.

214. – Cela dit, ces difficultés montrent à quel point la question est sensible car cette dernière oppose directement la liberté individuelle et la dignité des patients aux exigences non seulement de la santé publique mais aussi de l’ordre public. Elle continue de donner lieu à de nombreux litiges devant les tribunaux français et la Cour européenne des droits de l’Homme, qui a condamné la France à plusieurs reprises.

B. Points de convergence avec les normes internationales

215. – Malgré quelques incohérences, la France se présente comme un pays qui développe ses politiques publiques en matière de santé mentale dans le respect total des normes internationales. À propos des prérogatives abordées dans la section précédente, relatives au droit à l’information, on constate que le droit interne français est pleinement compatible avec les mécanismes internationaux de sauvegarde de la liberté de communication, comme nous le verrons ultérieurement.

216. – L’article 21 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées inclut la liberté d’expression et d’opinion et l’accès à l’information – la liberté de chercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées. Si l’on établit un parallèle avec l’article L. 3211-3 du Code de la santé publique, il en résulte que le droit interne français est compatible avec la normative internationale.

217. – Un autre point de convergence avec le Code de la santé publique concerne le préambule du CDPH, puisque dans son point v) il reconnaît l’importance de l’accessibilité à l’information et à la communication, pour permettre aux personnes handicapées de jouir

pleinement de tous les droits et libertés de l'Homme. La Cour d'appel de LYON (Juridiction du Premier Président) a rendu une ordonnance en date du 15 novembre 2013 qui vient rappeler aux établissements psychiatriques que la notification des droits doit être véritablement effective et que le juge – ni le patient – ne saurait se contenter d'une simple signature au bas d'un formulaire administratif type¹⁸⁵.

218. – S'agissant du commandement légal de l'article L.3211-1 du CSP, qui concerne la communication « dans les meilleurs délais », il est pleinement conforme à l'article 5 de la CEDH, qui garantit qu'une personne arrêtée doit être informée, dans les meilleurs délais et dans une langue qu'elle comprend, des raisons de son arrestation et de toute accusation portée contre elle¹⁸⁶.

219. – Concernant la protection des droits du patient à être systématiquement assisté par un avocat, la loi de 2011 ne prévoyait l'assistance obligatoire du professionnel que lorsque le patient était dans l'impossibilité d'assister à l'audience du JLD. Avec la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013, l'avocat devient obligatoire pour toutes les audiences du JLD, y compris lorsque le patient comparaît¹⁸⁷. Cette disposition légale est en correspondance avec l'art. 13 de la CRPH, qui stipule l'accès à la justice pour les personnes handicapées, et aussi avec l'art. 6.3 c) de la CEDH, qui confère le droit à un avocat gratuit.

220. – Quant au délai d'intervention du juge des libertés et de la détention instauré par la loi du 27 septembre 2013, il converge également avec la CEDH, en son article 5, alinéa 3 dispose que « Toute personne arrêtée ou détenue dans les conditions prévues au paragraphe 1, c) du présent article doit être aussitôt traduite devant un juge ou un autre magistrat habilité par la loi à exercer des fonctions judiciaires et a le droit d'être jugée dans un délai raisonnable, ou libérée pendant la procédure »¹⁸⁸.

¹⁸⁵ GARDET G., Effectivité du droit à l'information du patient sous contrainte, 6 décembre 2013, https://www.cabinet-gardet.com/effectivite-du-droit-a-l-information-du-patient-sous-contrainte_ad65.html.

¹⁸⁶ Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales, article 5, <https://rm.coe.int/1680063776>.

¹⁸⁷ GARDET G., Loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 : le point sur la réforme, 9 février 2014, https://www.cabinet-gardet.com/loi-n--2013-869-du-27-septembre-2013---le-point-sur-la-reforme_ad69.html.

¹⁸⁸ Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales, article 5, <https://rm.coe.int/1680063776>.

221. – Le paragraphe suivant du même article 5 de la CEDH, réaffirme la correspondance avec le droit interne français dans le cadre de la durée raisonnable de la procédure et également en ce qui concerne l'accès à la protection judiciaire, lorsqu'il indique que « Toute personne privée de sa liberté par arrestation ou détention a le droit de présenter un recours devant un tribunal afin que celui-ci statue à bref délai sur la légalité de sa détention et ordonne sa libération si la détention est illégale »¹⁸⁹.

222. – Cela dit, on constate que les normes juridiques françaises concernant la protection des droits des personnes souffrant de troubles mentaux dans le cadre du droit à l'information, de l'accès à la justice et du contentieux de l'hospitalisation sans consentement sont compatibles avec le cadre international défini par la DUDH de 1948, la CEDH de 1953, la CEDH de 2006 et d'autres résolutions de l'ONU et de l'OMS.

¹⁸⁹ Ibid.

Chapitre 2 : l'apport de la Cour interaméricaine des droits de l'Homme à la protection de la santé mentale

223. – Selon Antônio Augusto Cançado Trindade, juge à la Cour internationale de justice/ONU, l'activité des Cours européenne et interaméricaine des droits de l'Homme a en fait contribué à la création d'un ordre public international fondé sur le respect des droits de l'Homme en toutes circonstances¹⁹⁰. À cet égard, il convient d'examiner la première fois qu'un pays a été condamné dans le monde entier pour avoir violé les droits de l'Homme d'une personne souffrant de troubles mentaux – l'affaire Damião Ximenes Lopes (**Section 1**) – afin d'étudier comment cette sanction a représenté un pas en avant et a contribué à ce que la CIDH devienne une référence dans la lutte contre la discrimination et la stigmatisation liées à la maladie mentale. En même temps, un parallèle sera établi avec la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme concernant les cas de violation de l'article 3, ce qui est lié au présent rapport en ce qui concerne l'interdiction de la torture et des traitements inhumains dans le contexte des internements dans les hôpitaux psychiatriques. Il sera question également d'étudier le droit procédural ; avant de se concentrer sur le mouvement mondial pour la réinsertion sociale des personnes souffrant de troubles mentaux (**Section 2**).

Section 1 : Première condamnation mondiale dans le domaine de la santé mentale

224. – Affirmer la personnalité juridique des êtres humains et leur pleine capacité juridique au niveau international, revient à être fidèle aux origines historiques du droit international lui-même – le droit des gens. Il s'agit certainement de l'une des plus grandes réussites de la protection internationale des droits de l'Homme, qui indique d'ailleurs sa compétence¹⁹¹. En ce qui concerne

¹⁹⁰ TRINDADE A. A. C., *Le droit international pour la personne humaine*, Paris, Pédone, 2012, p. 138.

¹⁹¹ TRINDADE A. A. C., *Le droit international pour la personne humaine*, Paris, Pédone, 2012, p. 203.

le système interaméricain, il convient d'évoquer le cas de la condamnation du Brésil par la CIDH (*Paragraphe 1*) et d'examiner comment le droit à la santé mentale est garanti par la CADH (*Paragraphe 2*).

Paragraphe 1 : Comment réparer l'irréparable ?

225. – Premier pays au monde à être condamné pour des violations des droits de l'Homme dans le domaine de la santé mentale, le Brésil a été le théâtre de plusieurs atrocités à l'encontre de personnes souffrant de troubles mentaux. Avant d'aborder la jurisprudence de l'Affaire Damião Ximenes Lopes (B), il est important de contextualiser le passé obscur de ce pays, en mettant l'accent sur « l'Holocauste brésilien », un épisode qui a été dénommée ainsi en comparaison avec le massacre d'Auschwitz, puisqu'il a entraîné la mort de plus de 60 000 personnes. réalité qui révèle le maintien, encore aujourd'hui, d'institutions d'asile inhumaines comme thérapie pour le problème de santé publique qui va être étudié désormais (A).

A. « Holocauste brésilien »

226. – Le Brésil a déjà été le théâtre d'un holocauste similaire à celui qui s'est produit en Allemagne dans les camps de concentration d'Auschwitz. Entre 1930 et 1980, l'asile « Colônia », situé dans la ville de Barbacena, à l'intérieur de l'État du Minas Gerais, a été le théâtre de la mort de plus de 60 000 Brésiliens, comme le rapporte la journaliste Daniela Arbex¹⁹².

227. – Parmi les morts, on relevé chiffre conséquent : 70% n'avaient pas été diagnostiqués avec une pathologie mentale. Par le biais du « train fou », les filles qui perdaient leur virginité avant le mariage, les frères qui étaient rejetés au moment du partage de l'héritage, les femmes qui ne correspondaient pas aux normes de la société et aussi celles dont le mari les rejetait pour en épouser une autre, en mettant l'épouse actuelle dans le fameux train, entre autres cas, étaient envoyés à l'asile de fous – avec un aller simple¹⁹³.

¹⁹² ARBEX, D., *Holocausto Brasileiro*, São Paulo, Geração Editorial, 1^a ed., 2013.

¹⁹³ RIBEIRO R. R. S., *Direitos humanos e saúde mental: uma análise do sistema internacional de proteção a pessoas acometidas de transtorno mental*, Orientador (a): Monica Teresa Costa Sousa. Monografia (Graduação) - Curso de Direito, Universidade Federal do Maranhão, São Luís - MA, 2020.

228. – Une scène d’horreur. La routine de l’hospice ne comprenait qu’un seul repas par jour, l’environnement était hostile, sale, les conditions de survie insalubres, la plupart des patients marchaient nus, dormaient avec des rats, mouraient de froid, de faim, buvaient de l’eau d’égout et mangeaient des excréments ; les femmes enceintes n’avaient même pas l’occasion de voir leurs bébés, car dès qu’ils naissaient, on les leur enlevait brusquement des bras pour les mettre en adoption, sans parler des femmes qui étaient agressées sexuellement. La scène d’horreur c’est l’idée de cette tragédie que renferme que le terme « holocauste »¹⁹⁴.

229. – Un corps était une pièce. La question qui se pose est de savoir où sont allés ces corps et où ont enterrés les nombreux patients qui mouraient chaque jour dans cet endroit. Il ne s’agissait pas d’un problème, mais d’une véritable solution économique. Comme si les atrocités des traitements cruels utilisés, ajoutés à un environnement indigne de tout être humain, l’hôpital a décidé de profiter de la misère des autres. Les corps étaient souvent vendus aux facultés de médecine de l’époque. Un corps représentait une pièce de monnaie et, de cette manière, plus de deux mille cadavres ont été vendus pendant cette période. Comme le conclut le journaliste, dans ce lieu, la folie a été utilisée pour justifier le maintien de la violence et la médicalisation de la vie, renforçant l’invisibilité de ceux qui n’avaient ni voix, ni pouvoir pour se défendre face à leur vulnérabilité¹⁹⁵.

B. L’affaire Ximenes Lopes contre le Brésil

230. – Comme exposé dans le point précédent, le contexte brésilien du traitement inhumain des patients psychiatriques a des origines anciennes. Concernant le Cas de Damião Ximenes Lopes, nous rapportons brièvement les faits. Le matin du 4 octobre 1999, à l’intérieur de l’État de Ceará, dans la ville de Sobral, un médecin a certifié la mort d’une autre victime du système de santé mentale précaire, oppressif et cruel : Damião Ximenes Lopes. Né le 25 juin 1969, le garçon présentait déjà depuis son adolescence des signes de déficience mentale organique, ce qui lui a valu d’être interné à trois reprises dans la Casa de Repouso Guararapes. Contrairement à ce que l’on attend d’une clinique de traitement, chaque fois que Damião revenait de la maison de repos, il se plaignait des mauvais traitements qu’il subissait, mais il n’était pas entendu, certainement

¹⁹⁴ Voir l’annexe 2.

¹⁹⁵ ARBEX, D., *Holocausto Brasileiro*, São Paulo, Geração Editorial, 1^a ed., 2013, p. 151.

parce que sa famille faisait confiance au système de santé local et pensait que c'était la meilleure façon de traiter le problème¹⁹⁶.

231. – Ainsi, lors de sa troisième et dernière hospitalisation à Guararapes, il a reçu la visite matinale de sa mère, Madame Albertina, vers 9 heures. Cette dernière a été surprise quand a trouvé son fils avec des vêtements déchirés, plusieurs contusions sur le corps, exhalant une odeur d'excréments et avec les mains attachées en arrière, criant à l'aide. Madame Albertina a immédiatement demandé de l'aide médicale et le professionnel lui a répondu que « de toute façon, nous sommes nés pour mourir...arrête de pleurer parce que je n'aime pas regarder les feuilletons ». Après s'être calmée et avoir administré le médicament, elle est rentrée chez elle, certaine que Damião irait bien, ce qui ne s'est pas produit. Une heure après le départ de Mme Albertina de la maison de retraite, son fils est décédé sous la justification de la mort par arrêt cardio-respiratoire sans aucune trace de blessure corporelle dans le rapport cadavérique¹⁹⁷.

232. – Convaincue que la cause de la mort de son frère ne correspond pas à ce qui a été enregistré, Irene Lopes a entamé son voyage en quête de vérité et de justice. Ignorant les personnes qui l'ont découragée à chercher une assistance juridique, et face à la collusion de diverses autorités politiques locales pour couvrir la vérité des faits, Irène a réussi à présenter le cas à la CIDH de l'OEA, par le biais d'un courriel rédigé dans la même année de 1999. En annexe 3, quelques extraits de la plainte sur l'événement irréparable¹⁹⁸.

233. – La mobilisation politico-juridique d'Irène a incité d'autres victimes du système de santé oppressif à dénoncer les situations de violence quotidiennes auxquelles elles étaient soumises, comme le témoignage de Francisco Chagas, ancien patient de la « Clínica de Repouso Guararapes », qui a désigné comme principaux agresseurs les infirmières et les géôliers, qui traitaient les patients comme des animaux, encourageant même les patients à se battre entre eux.

234. – De cette façon, la lutte de la sœur de Damião a sonné comme une dénonciation publique des violations des droits de l'Homme commises dans des environnements thérapeutiques

¹⁹⁶ RIBEIRO R. R. S., *Direitos humanos e saúde mental: uma análise do sistema internacional de proteção a pessoas acometidas de transtorno mental*, Orientador (a): Monica Teresa Costa Sousa. Monografia (Graduação) - Curso de Direito, Universidade Federal do Maranhão, São Luís - MA, 2020.

¹⁹⁷ Ibid.

¹⁹⁸ Voir annexe 3 : lettre d'Irène Ximenes Lopes Miranda.

qui ont modifié la réalité locale (Sobral) et nationale, produisant par la suite des avancées dans les politiques publiques visant la santé mentale au niveau international également, avec la production d'une jurisprudence par la CIDH réaffirmant le caractère protectionniste de la norme juridique en faveur de ce groupe vulnérable, comme on le verra ci-après.

Paragraphe 2 : Expression du droit à la santé mentale à la CIDH

235. – Après avoir décrit la situation factuelle de l'affaire Damião Ximenes Lopes, il est maintenant temps d'analyser le contenu de la sentence condamnatrice, au regard des points violés de la CADH (A), en explorant également comment la jurisprudence de la CIDH a ajusté sa compréhension des articles 5.1 et 5.2 pour englober la dimension psychique en ce qui concerne les actes de torture et les traitements cruels, en coïncidant sa compréhension avec l'article 3 de la CEDH (B)¹⁹⁹.

A. Le jugement devant la CIDH

236. – Six ans après la mort de Damião, le procès de l'affaire a commencé dans la ville de San José, au Costa Rica. Comme nous l'avons déjà mentionné, la Cour de la CIDH a prononcé la première condamnation de l'État brésilien devant la Cour, qui est également un pionnier au niveau mondial en matière de sanction des violations des droits de l'Homme des personnes atteintes de troubles mentaux. La sentence rendue le 4 juillet 2006 a reconnu les atrocités commises dans les environnements de traitement psychiatrique et a condamné la nation brésilienne à enquêter de manière approfondie sur ce qui s'est passé à Guararapes, à promouvoir une formation professionnelle adéquate pour travailler dans ce secteur, en plus d'indemniser les familles des victimes²⁰⁰.

¹⁹⁹ Convention américaine relative aux droits de l'Homme, 22 novembre 1969, https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm.

²⁰⁰ Il s'agit de la première condamnation de l'État brésilien devant la Cour interaméricaine des droits de l'Homme. La Cour a souligné que la peine constitue une forme de réparation en soi. La Cour a également déterminé que l'État a) veiller, dans un délai raisonnable, à ce que le processus interne visant à enquêter et à sanctionner les responsables des faits de cette affaire soit effectif ; b) publier, dans un délai de six mois, au Journal officiel et dans un autre journal de large diffusion nationale, en un seul numéro, le chapitre VII concernant les faits avérés de la sentence de la Cour ; c) continuer à développer un programme de formation pour le personnel médical, psychiatrique et psychologique, les infirmiers et les aides-soignants, et pour toutes les personnes liées aux soins de santé mentale, en particulier sur les principes qui doivent régir le traitement des personnes handicapées mentales, conformément aux normes internationales en la matière et à celles énoncées dans l'arrêt d) payer en espèces, dans un délai d'un an, aux proches de la victime, à titre de réparation des dommages matériels et immatériels, les montants établis dans la sentence ; et

237. – Sur cette base, la sentence a établi que « pour avoir manqué à ses devoirs de respect, de prévention et de protection, en relation avec la mort et les traitements cruels, inhumains et dégradants subis par M. Damião Ximenes Lopes, l'État est responsable de la violation des droits à la vie et à l'intégrité personnelle consacrés par les articles 4.1 et 5.1 et 5.2 de la Convention américaine, en relation avec l'article 1.1 de ce même traité, au détriment de M. Damião Ximenes Lopes »²⁰¹.

238. – En ce qui concerne la répercussion de la sentence dans l'État brésilien et ses effets, bien que le pays se soit conformé à la compensation pécuniaire, il n'y a pas encore eu de victoire dans le domaine des obligations extra-pécuniaires des numéros 6 et 8²⁰², notamment en ce qui concerne les processus judiciaires en cours dans l'État de Ceará. Conformément à la dernière Résolution de la CIDH relative à la Supervision de l'exécution de la sentence, la procédure de contrôle de l'exécution de la mesure de réparation pour continuer à développer un programme de formation et d'entraînement pour les professionnels liés à l'attention en santé mentale reste ouverte. La « Clínica de Repouso Guararapes » a été fermée et disqualifiée du système de santé publique²⁰³.

239. – Cela dit, malgré l'avancée législative significative concernant le thème de la protection des droits de l'Homme des patients atteints de maladies mentales, il est noté que, même aujourd'hui, il existe encore des obstacles à la mise en œuvre des politiques publiques sur la santé mentale, et les États devraient, par conséquent, intensifier les actions d'inspection et de contrôle concernant l'existence de cliniques psychiatriques qui adoptent des conduites de traitement

e) payer en espèces, dans un délai d'un an, les frais et dépenses générés au niveau national et dans le cadre de la procédure internationale devant le système interaméricain de protection des droits de l'Homme. La Cour a également souligné qu'elle surveillera la pleine exécution de la sentence et qu'il incombe à l'État de lui faire rapport, dans un délai d'un an, sur les mesures adoptées pour la faire respecter.

²⁰¹ CIDH, *Affaire Ximenes Lopes c. Brésil*, 4 juillet 2006, https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf.

²⁰² (6) L'État veillera, dans un délai raisonnable, à ce que le processus interne visant à enquêter et à sanctionner les responsables des faits de cette affaire produise ses effets, conformément aux paragraphes 245 à 248 de la présente sentence. (8) L'État continuera à développer un programme de formation pour le personnel médical, psychiatrique et psychologique, les infirmiers et les aides-soignants, et pour toutes les personnes impliquées dans les soins de santé mentale, notamment sur les principes qui doivent régir le traitement des personnes atteintes de déficience mentale, conformément aux normes internationales en la matière et à celles énoncées dans le présent arrêt, en application du paragraphe 250 du présent arrêt.

²⁰³ Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, 28 de enero de 2021, https://www.corteidh.or.cr/docs/supervisiones/ximeneslopes_28_01_21.pdf.

agressives afin que les sanctions appropriées et la responsabilité soient mises en œuvre comme un moyen de freiner la répétition d'actes inhumains en termes de soins psychiatriques.

B. La torture psychologique vue par les tribunaux européens et américains

240. – La Déclaration américaine des droits et devoirs de l'Homme (1948) et la Charte interaméricaine des garanties sociales (1948) marquent le point de départ du processus de généralisation de la protection des droits de l'Homme sur le continent américain²⁰⁴. En ce qui concerne les contributions de la CIDH concernant la protection de la santé mentale, la CADH, dans son article 5.1, consacre le droit au respect de l'intégrité physique, psychologique et morale de toute personne et l'article 5.2, interdit la torture et les peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en général²⁰⁵.

241. – En outre, le droit à la vie, à la santé mentale et à l'intégrité physique est protégé par les articles 4 et 26 de la CADH (1969), par l'article 10 du Protocole additionnel à la CADH relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Protocole de San Salvador - 1988), par la Convention interaméricaine pour la prévention et la répression de la torture (1985) et par la Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées (1999)²⁰⁶.

242. – En ce qui concerne l'interdiction de la torture, bien que la CIDH se soit initialement concentrée sur l'aspect physique, dans son jugement sur le fond *Cantoral Benavides c. Pérou*, elle a conclu à une violation de l'article 5 pour la torture physique ainsi que psychologique²⁰⁷. Cette interprétation, conforme à celles de la CEDH et du CDH de l'ONU, cités à nouveau par la CIDH, avait déjà été timidement amorcée dans son arrêt sur le fond du 17 septembre 1997 dans l'affaire *Loayza Tamayo c. Pérou*²⁰⁸. Enfin, la CIDH a réaffirmé ce principe, en renforçant sa portée, dans

²⁰⁴ TRINDADE A. A. C., *Le droit international pour la personne humaine*, Paris, Pédone, 2012, p. 171.

²⁰⁵ Convention américaine relative aux droits de l'Homme, 22 novembre 1969, https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_america.htm.

²⁰⁶ OAS, Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 31 de janeiro de 2007, <http://www.cidh.org/basicos/portugues/toc.port.htm>.

²⁰⁷ Cour de l'IAHR, *Cantoral Benavides c. Pérou*, 18 août 2000, Arrêt sur le fond, Série C. n° 69, paras. 102-104. La Commission considère dans un de ses rapports qu'obliger un civil à accompagner une unité militaire susceptible de s'engager dans un combat constitue une violation de l'article 5 de la Convention. Commission IADH, *Affaire 9853 (Ceférino Ul Musicue y Leonel Coicue) c. Colombie*, 7 avril 1998, Fond, Rapport n° 4/98, Rapport annuel 1997.

²⁰⁸ CIDH, *Loayza Tamayo c. Pérou*, 17 septembre 1997, Arrêt sur le fond, Série C. No. 33, para. 58.

l'affaire Maritza Urrutia c. Guatemala, du 27 novembre 2003. Dans cet arrêt, la CIDH a déclaré qu'il existe un régime juridique international pour l'interdiction absolue de toutes les formes de torture, tant physique que psychologique, et que dans ce dernier cas, il a été reconnu que la menace et le danger réel de soumettre quelqu'un à un préjudice psychologique causent, dans des circonstances spécifiques, une détresse morale d'un tel degré qu'elle peut être considérée comme une « torture psychologique »²⁰⁹.

243. – Dans le même ordre d'idées, la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme confirme cette conception de la violation de l'article 3 de sa Convention dans l'affaire *Slawomir Musial c. Pologne*, où le requérant affirmait que, souffrant d'épilepsie, de schizophrénie et d'autres troubles mentaux, les soins et traitements médicaux qui lui étaient proposés étaient inhumains²¹⁰. Comme on l'a vu, il y a eu un élargissement du concept de torture, allant au-delà du seul aspect physique pour englober également la question psychologique pour la classification de la violation, puisque, comme le soutient Cançado Trindade, l'interdiction absolue de la torture, sous toutes ses formes, relève désormais du *jus cogens* international²¹¹.

Section 2 : Le chemin de l'individu vers la justice accessible

244. – Ainsi que nous l'avons analysé dans la section précédente, les activités des Cours européennes et interaméricaines des droits de l'Homme ont en réalité contribué à la création d'un ordre public international fondé sur le respect des droits de l'Homme en toutes circonstances²¹². Par la même, il est impératif de démontrer comment l'accès à la justice a facilité l'interdiction des

²⁰⁹ HENNEBEL L., *La convention américaine des droits de l'Homme - Mécanismes de protection et étendue des droits et libertés*, Bruylant, Bruxelles, 2007, 737 p.

²¹⁰ CEDH, 20 janvier 2009, *Slawomir Musial c. Pologne*, req. n°28300/06.

²¹¹ CIDH, *Mariza c. Guatemala*, 27 novembre 2003, Serie C. n° 103, para. 92 : *Se ha conformado en régimen jurídico internacional de prohibición absoluta de todas las formas de tortura, tanto física como psicológica, y respecto a esta última, se ha reconocido que las amenazas y el peligro real de someter a una persona a lesiones físicas produce, en determinadas circunstancias, una angustia moral de tal grado que puede ser considerada « tortura psicológica ». La prohibición absoluta de la tortura, en todas sus formas, es hoy una cuestión de dominación del jus cogens internacional.* Voy. également les commentaires de A. A. CANÇADO TRINDADE, *Voté séparé (motivé)*, par. 21 et s. en annexe de CIDH, *Tibi c. Equateur*, 7 septembre 2004, Serie C. n° 114.

²¹² TRINDADE A. A. C., *Le droit international pour la personne humaine*, Paris, Pédone, 2012, p. 138.

pratiques violant les droits de l'Homme par la présence et la participation de l'individu dans l'ordre juridique international, puisqu'il est doté d'une capacité procédurale (*Paragraphe 1*). Tout ce mémoire focalisera sa critique sur la transgression thérapeutique des droits de l'Homme dans la sphère de l'hôpital psychiatrique, à laquelle il convient d'aborder le d'après moment, la sortie de l'asile, la réinsertion sociale du patient psychiatrique stigmatisé par sa « carrière morale »²¹³. Ainsi, l'étude se termine par l'enquête sur le mouvement global pour la réintégration dans le monde social de ceux qui ont été rejetés par celui-ci (*Paragraphe 2*).

Paragraphe 1 : accès à la justice internationale

245. – Il est resté incontestable que le processus de formation et de mise en œuvre des normes du droit international n'est plus le monopole des États. À la capacité procédurale de l'individu à défendre ses droits au niveau international, il faut ajouter la reconnaissance de ses droits en tant que sujet de droit international²¹⁴. Dans ce sens, il est nécessaire d'évaluer comment le droit procédural a garanti la défense des droits du vulnérable (A) face à l'établissement de la personnalité juridique internationale de ce dernier (B), toujours dans la perspective du magistrat Antônio Augusto Cançado Trindade.

A. Le droit procédural de l'accès à la justice internationale

246. – Comme analysé dans la deuxième partie de ce mémoire, l'être humain est en train d'occuper une position centrale, qui lui donne le titre de sujet de droit interne et international, en raison du processus d'humanisation du droit international. Il est indéniable que le statut juridique international de l'être humain est une réalité, et il reste à consolider sa pleine capacité juridique pro-essentielle au niveau mondial. Comme l'affirme Cançado Trindade, la reconnaissance de la centralité des droits de l'Homme correspond au nouvel éthos de notre époque. L'être humain est incontestablement le sujet ultime du droit, tant au niveau international que national²¹⁵.

²¹³ GOFFMAN E., *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, éditions de minuit, 1968, 447 p.

²¹⁴ TRINDADE A. A. C., *Le droit international pour la personne humaine*, Paris, Pédone, 2012, p. 204.

²¹⁵ TRINDADE A. A. C., *Le droit international pour la personne humaine*, Paris, Pédone, 2012, p. 104.

247. – Ainsi, dans le système de Strasbourg, le Protocole n° 11 à la CEDH, entré en vigueur le 1er novembre 1998, a donné aux individus le droit d’accéder directement à la Cour européenne des droits de l’Homme. Dans le système de San José de Costa Rica, les individus se sont vu accorder, en vertu de la CARDH, la position locale – autrement dit la capacité de plaider, grâce à laquelle ils peuvent participer directement à toutes les étapes de la procédure devant la CIDH – par l’adoption des règles actuelles de la Cour²¹⁶.

248. – En ce qui concerne le droit d’accès à la justice, aux niveaux national et international, il constitue un pilier fondamental de la protection des droits de l’Homme. Selon la CEDH, l’accès à la justice est prévu tant au niveau national (articles 25 et 8) qu’international (article 44), ce qui correspond à un véritable droit au droit. Lorsqu’elle a analysé l’accès à la justice devant les tribunaux et les juges nationaux, la CIDH s’est concentrée sur la relation entre le droit à un recours interne effectif (article 25) et les garanties judiciaires d’une procédure régulière (article 8), et a ainsi adopté une conception de l’accès à la justice *lato sensu*²¹⁷.

249. – La CIDH, créée en 1959, jouit d’une position *sui generis* au sein du système régional. La Commission a développé sa pratique à travers trois méthodes : le système de pétition – examen de plaintes ou de communications – le système de rapports – rapports sur la situation des droits de l’Homme dans les différents pays de la région – et le système d’enquête – missions d’observation sur place dans différents pays²¹⁸.

250. – Cela dit, en ce qui concerne le droit procédural d’accès à la justice, les tribunaux européens et américains concentrent leurs deux conventions sur la mise en œuvre de leurs dispositions respectives relatives à la juridiction internationale des droits de l’Homme et au droit de recours individuel. Cançado Trindade soutient que ces dispositions – les piliers de la protection internationale des droits de l’Homme – sont si importantes que toute tentative de les affaiblir menacerait le fonctionnement de l’ensemble du système de protection prévu par les deux conventions régionales. Lesdites dispositions sont les principaux piliers du mécanisme par lequel l’individu est habilité par son propre État²¹⁹.

²¹⁶ Ibid., p. 139.

²¹⁷ Ibid., p. 258.

²¹⁸ Ibid., p. 171.

²¹⁹ TRINDADE A. A. C., *Le droit international pour la personne humaine*, Paris, Pédone, 2012, p. 139.

B. L'établissement de la personnalité juridique internationale

251. – Comme indiqué précédemment, le respect de la personnalité de l'individu au niveau international s'incarne dans le droit international de recours individuel. Pour cette raison, dans l'affaire *Castillo Petruzzi et autres contre Pérou* (Exécutions préliminaires, arrêt du 4 septembre 1998) devant la CIDH, Cançado Trindade a jugé opportun de qualifier ce droit international de recours individuel de *disposition fondamentale (clause de pierre) des traités de droits de l'Homme* qui en parlent, ajoutant que : « Le droit de recours individuel est en effet le dernier espoir de ceux pour qui justice n'a pas été rendue au niveau national. Je n'hésiterais pas à ajouter – si vous me permettez cette métaphore – que le droit de pétition individuelle est sans doute l'étoile la plus brillante de l'univers des droits de l'Homme »²²⁰.

252. – Pour reprendre les termes de Cançado Trindade, c'est par la consolidation de la pleine capacité procédurale internationale des individus que la protection internationale des droits de l'Homme devient réelle. Toutefois, même si, en raison des circonstances de la vie, certains individus – comme les personnes souffrant de troubles mentaux – ne peuvent pas exercer pleinement leur capacité, cela ne signifie pas qu'ils estiment avoir des droits opposables aux États. Quelles que soient les circonstances, l'individu est un sujet *jure suo du* droit international. Les droits de l'Homme sont conçus pour être inhérents à tout être humain, quelles que soient les circonstances, ce qui inclut le groupe vulnérable visé par cette étude²²¹.

253. – *Assouplissement de la règle de l'épuisement des voies de recours internes.* Il ne faut pas oublier que la Convention donne à chacun le droit de pétitionner ou de communiquer individuellement, de manière large et sans restriction (article 44), sans avoir à faire valoir qu'il est victime d'une violation. Cette formule simple a donné à davantage de personnes la possibilité de se plaindre à la Commission. La règle de l'épuisement des voies de recours internes n'est pas absolue et est utilisée avec souplesse dans le contexte de la protection des droits de l'Homme dans ce que l'on appelle les « cas généraux ». En outre, la Cour a jugé à juste titre que si l'État défendeur n'a pas invoqué l'exception préliminaire de non-épuisement au cours de la procédure de

²²⁰ CIDH, affaire *Castillo Petruzzi et Autres contre Pérou* (Exceptions Préliminaires), Arrêt du 4 sept. 1998, Série C, n. 41, opinion concordante du juge A. A. Cançado Trindade, p. 62, paragraphe 35.

²²¹ TRINDADE A. A. C., *Le droit international pour la personne humaine*, Paris, Pédone, 2012, p. 155.

recevabilité devant la Commission, il est empêché de le faire plus tard devant la Cour (*estoppel*) - CIDH, *Castillo Paez et Loayza Tamayo* (1996)²²².

254. – Ainsi, la contribution de la Commission et de la Cour sur cette importante question va dans la bonne direction, militant pour le développement de l’application de la règle de l’épuisement des recours internes avec une attention particulière aux besoins primaires de la protection des droits de l’Homme et aux particularités inhérentes à sa reconnaissance. Ce domaine est fondamentalement axé sur les victimes, car il s’agit de la protection des droits des individus et non des États²²³.

255. – *Consécration de la personnalité juridique internationale.* En effet, les développements récents dans le domaine du droit international des droits de l’Homme, pris dans son ensemble, et surtout au niveau régional, vont dans le sens de la consécration de la personnalité juridique internationale et de la capacité des individus et de la compétence des mécanismes internationaux de protection des droits de l’Homme. Sur le continent européen, depuis l’entrée en vigueur du Protocole n° 11 à la CEDH (le 1^{er} novembre 1998), le mécanisme de contrôle de la Convention européenne a été profondément amélioré : les particuliers se sont vu accorder un accès direct à la nouvelle Cour européenne, seul organe juridictionnel du système de protection européen. Ainsi, les individus pourraient enfin saisir directement un tribunal international (*jus standi*) en tant que véritables sujets du droit international des droits de l’Homme, avec une pleine capacité juridique internationale²²⁴.

Paragraphe 2 : Le mouvement global pour la réinsertion sociale

256. – L’accès au système de justice internationale est un facteur important non seulement pour la jouissance de la protection contre les violations des droits de l’Homme, en particulier dans les hôpitaux psychiatriques, et celui à la sphère mondiale doit être un canal par lequel la voix des sans-voix trouve un écho. Ainsi, conscients que la lutte contre la maladie mentale se caractérise par des actions de réhabilitation et de réinsertion sociale, qui doivent inévitablement compléter les

²²² TRINDADE A. A. C., *Le droit international pour la personne humaine*, Paris, Pédone, 2012, p. 174.

²²³ *Ibid.*, p. 175.

²²⁴ *Ibid.*, p. 204.

actions de prévention, de diagnostic et de soins²²⁵, nous exposons les recommandations du Conseil de l'Europe en la matière (A) ainsi que les expériences innovantes en matière de préparation à la vie sociale et de formation à la vie professionnelle à travers des actions transformatrices initiées par la France (B).

A. Les recommandations du Conseil de l'Europe

257. – En ce qui concerne la réinsertion sociale des personnes souffrant de troubles mentaux, les principaux documents publiés par le Conseil de l'Europe sont énumérés, à commencer par la Recommandation n° R (92) 6 du comité des ministres aux États membres relative à une politique cohérente pour les personnes handicapées.

258. – *La réinsertion comme devoir de la communauté.* Ce document-cadre reconnaît que la réadaptation des personnes handicapées, par l'intégration économique et sociale qu'elle permet, devrait être l'un des objectifs prioritaires de toute politique sociale et constitue un devoir de la communauté pour assurer la dignité humaine et réduire les difficultés que la société crée pour les personnes en situation de vulnérabilité qui, dans le cas de l'objet de notre étude, comprend également la personne souffrant de troubles mentaux²²⁶.

259. – Le Conseil de l'Europe soutient qu'il s'agit d'un processus continu et dynamique d'adaptation mutuelle impliquant, d'une part, les personnes handicapées, avec leurs propres souhaits, choix et capacités, qui doivent être développés dans toute la mesure du possible, et, d'autre part, la société, qui doit faire preuve de solidarité en prenant des mesures spécifiques et appropriées pour réaliser l'égalité des chances. Afin de mettre en œuvre cette politique, les États doivent garantir le droit de la personne handicapée à une vie indépendante et à l'intégration dans la société, et reconnaître le devoir de la société de garantir ce droit²²⁷.

260. – Dans le même sens, l'article 15 de la Charte sociale européenne, qui prévoit le droit des personnes physiquement ou mentalement handicapées à la formation professionnelle et à la

²²⁵ BIOY X., *Droits fondamentaux et libertés publiques*, Paris, LGDJ, 6e éd., 2020, p. 23.

²²⁶ Conseil d'Europe, Comité des ministres, Recommandation n°R (92) 6 du comité des ministres aux États membres relative à une politique cohérente pour les personnes handicapées, 19 octobre 1992, <https://rm.coe.int/16804ceb61>.

²²⁷ Ibid.

réadaptation professionnelle et sociale, vise à garantir que les personnes handicapées, quels que soient leur âge, la nature et l'origine de leur handicap, jouissent effectivement du droit à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté²²⁸.

261. – À cette fin, les États s'engagent à prendre les mesures nécessaires pour assurer l'orientation, l'éducation et la formation professionnelle des personnes handicapées dans le cadre du droit commun chaque fois que cela est possible ou, à défaut, par le biais d'institutions publiques ou privées spécialisées.

262. – De même, ils doivent agir pour favoriser l'accès à l'emploi par toute mesure susceptible d'encourager les employeurs à embaucher et à maintenir les personnes handicapées dans le milieu ordinaire de travail et à adapter les conditions de travail aux besoins de ces personnes ou, si cela est impossible en raison du handicap, en adaptant ou en créant des emplois protégés en fonction du degré de handicap. Elle souligne que ces mesures peuvent justifier, le cas échéant, le recours à des services spécialisés de placement et de soutien.

263. – Enfin, la Charte sociale européenne attend également un engagement des États membres en vue de promouvoir la pleine intégration et la participation à la vie sociale de ce groupe vulnérable, notamment par des mesures, y compris des aides techniques, visant à surmonter les obstacles à la communication et à la mobilité et à leur permettre d'accéder aux transports, au logement, aux activités culturelles et aux loisirs. Des mesures qui seront illustrées ci-dessous par la démonstration d'expériences francophones innovantes sur la scène européenne.

B. La France innovante : les services Relais et SEM

264. – Considérant l'existence de peu d'alternatives à l'hospitalisation à temps plein – bien que la plupart des lits psychiatriques aient été supprimés en trente ans ; considérant que la préparation à la vie sociale et la formation à la vie professionnelle dans les secteurs de la santé mentale sont presque inexistantes ; et considérant le cloisonnement persistant entre les services de

²²⁸ Conseil d'Europe, Charte sociale européenne, Turin, 18.X.196, Série des traités européens - n° 35, 18 octobre 1961, <https://rm.coe.int/168006b6af>.

santé et les services sociaux, il n'est pas nécessaire de justifier davantage le fait que l'objectif ultime de ce mémoire repose sur la réinsertion sociale des personnes souffrant de troubles mentaux.

265. – Dans le contexte européen, la France se distingue comme un pays qui présente des expériences innovantes sur ce thème. Les services dits de Relais – encore isolés dans leur configuration territoriale – constituent des actions de réadaptation destinées aux personnes en situation de handicap psychique. Ils ont été créés par deux Établissements et services d'aide par le travail (ESAT) : Aubervilliers en Seine-Saint-Denis et Champigny-sur-Marne dans le Val-de-Marne²²⁹, sous réserve de la souplesse administrative de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) - aujourd'hui intégrée à l'Agence régionale de santé [ARS] d'Ile-de-France²³⁰.

266. – Parmi ses activités opérationnelles, les services de relais mènent des actions de réadaptation, de formation et d'insertion professionnelle – ateliers « fractionnés », stages en entreprise, groupes intégrés dans le milieu de travail commun, alphabétisation, soutien psychologique, service social, etc.²³¹. Leur structure juridique et institutionnelle est certainement un exemple assez inédit de l'implication du secteur médico-social dans la réinsertion socioprofessionnelle des personnes handicapées mentales²³². Les deux services Relais ont pour objectif d'organiser, pour une quinzaine de sujets accueillis chaque année, une formation méthodique à la vie professionnelle et sociale – pour une durée limitée à 6 mois, éventuellement renouvelable une fois – afin de développer des liens avec l'environnement social, d'apprendre à utiliser les services offerts par la collectivité, d'acquérir ou de restaurer des compétences, de (ré)intérioriser des règles sociales et de les mettre en pratique dans un contexte protecteur, en aidant et en encourageant chaque sujet à développer un projet personnel : emploi, formation professionnelle, vie autonome, etc.²³³.

267. – L'exemple du fonctionnement des deux services de relais mentionnés ci-dessus, ainsi que de nombreux autres services de soutien, montre la nécessité de créer des réponses

²²⁹ ZRIBI G. et CECCOTTO R., *Le droit à la santé des personnes handicapées mentales et psychiques : Le rôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Presses de l'EHESP, 2e éd., 2016, p. 186.

²³⁰ Ibid., p. 187.

²³¹ Ibid., p. 187.

²³² Ibid., p. 186.

²³³ Ibid., p. 187.

flexibles et modulables pour permettre aux personnes de développer un parcours personnel pour trouver un mode de vie autre que celui d'un placement forcé et appauvrissant. Comme le souligne Gérard Zribi, l'intégration devient alors un choix individuel. Elle a plus de chances d'être durable²³⁴.

268. – Les initiatives françaises de réinsertion sociale ne s'arrêtent pas au Relais. De manière complémentaire au travail développé par ces derniers, il faut également aborder la création des Services d'Emploi Modulaires (SEM) : des emplois adaptés pour les personnes handicapées mentales particulièrement désocialisées²³⁵. L'ESAT d'Aubervilliers en Seine-Saint-Denis a créé une douzaine d'emplois protégés pour des personnes handicapées psychiques particulièrement désocialisées et ne pouvant s'adapter aux conditions d'hébergement classiques des ESAT, dans le cadre d'un service d'emploi modulaire (SEM)²³⁶.

269. – La structure SEM est composée d'un accompagnement professionnel très personnalisé. L'organisation des emplois concerne notamment le lieu de travail, suffisamment « contenu » – ateliers intra-muros, stations-service, détachement en entreprise²³⁷, l'inclusion dans un groupe de travail restreint et l'assistance technique sur place par la présence constante ou intermittente d'un éducateur²³⁸.

270. – Toujours en ce qui concerne la personnalisation des différents types de travail, celle-ci est régulièrement définie de manière qu'elle soit compatible avec l'état de santé et les compétences professionnelles du travailleur handicapé. Ces aménagements sont convenus avec le travailleur handicapé, l'équipe de l'ESAT, l'équipe de santé mentale, si nécessaire, et les autres partenaires de l'accompagnement social, en précisant les modalités particulières de l'accompagnement préprofessionnel et de l'accompagnement psychosocial, qui peuvent être temporaires ou permanents²³⁹.

²³⁴ Ibid., p. 188.

²³⁵ Ibid., p. 188.

²³⁶ Ibid., p. 188.

²³⁷ Ibid., p. 188.

²³⁸ Ibid., p. 189.

²³⁹ Ibid., p. 189.

271. – Une troisième action de réinsertion sociale également liée aux ESAT fait référence aux Services d'Emploi pour l'Insertion (PEI) qui ont pour objectif l'insertion des travailleurs handicapés psychiques. L'Association des familles et amis pour l'accueil, l'accompagnement, l'aide et la recherche des personnes handicapées mentales (AFASER) a créé une quinzaine « d'emplois protégés en milieu ordinaire » (EPMO ; nom donné avant la loi du 11 février 2005 ; depuis, les EPMO sont devenus des emplois bénéficiant d'une « aide à l'emploi liée à la lourdeur du handicap ». Ces quinze emplois ordinaires « accompagnés et assistés » (et non les emplois ESAT) ont été regroupés au sein d'une prestation particulière, l'EPI, qui fait relever les travailleurs du droit du travail. Ils sont salariés de l'association et sont mis à disposition de l'ESAT de Champigny-sur-Marne en tant qu'agents de production ; ils effectuent diverses prestations – environnement, restauration, etc. – et sont rémunérés sur le budget économique de l'ESAT. Ils bénéficient également d'un soutien psychosocial assuré par deux moniteurs d'atelier qui font partie de l'équipe de l'ESAT²⁴⁰.

272. – Ainsi, on constate que dans les trois démarches ci-dessus - les Relais, le SEM et le PEV - ont émergé des découvertes, pratiques et compétences du « terrain » et ont été réalisées grâce à des échanges et réflexions entre décideurs et promoteurs publics²⁴¹. D'où l'importance de donner une voix aux sans-voix. Comme l'affirme Laurent Bizzarri, la voix, en particulier dans les sociétés modernes où les dirigeants sont choisis selon le modèle de l'élection, symbolise l'engagement actif de chaque personne dans la communauté humaine. Dans une élection, tout le monde a une voix ; chaque voix compte. L'acte d'élire, ainsi de choisir, « voter » signifie déléguer une partie de son pouvoir. Mais dans l'acte d'élire apparaît aussi la notion de message transmis par son vote. Le vote est pris en compte, le message peut être entendu. La voix constitue donc la première entité autour de laquelle s'articule le pouvoir. Elle est l'outil dont dispose chaque citoyen pour participer à l'organisation du monde qui l'entoure²⁴².

273. – L'auteur Laurent Bizzarri soutient que certains groupes de personnes, endommagés dans leur vie par des désavantages (sociaux) résultant d'un handicap, ont pu se mobiliser pour faire entendre leur voix, pour exiger des mesures compensatoires qui préservent leur égalité des chances. Les personnes handicapées mentales ont la particularité de ne pas réclamer – ou de

²⁴⁰ Ibid., p. 189.

²⁴¹ Ibid., p. 189.

²⁴² Ibid., p. 42.

réclamer très peu – l’application des lois sur l’égalité des chances, même si ces lois ont été rédigées pour elles : aucune demande de meilleures conditions d’accès au travail, au logement ou à la culture, etc. Les personnes handicapées mentales ne sont ni un groupe de pression ni une force de proposition. Aucun d’entre eux n’a de mandat électif, aucun d’entre eux n’est en mesure de prendre des décisions. Il leur est difficile de faire entendre leur voix²⁴³.

274. – Cela dit, le droit international, par son humanisation et son universalisation, doit agir pour protéger le droit humain et fondamental à la santé mentale en luttant contre la stigmatisation qui entoure la maladie, en interdisant les pratiques qui violent les droits de l’Homme dans les hôpitaux psychiatriques ; en promouvant des politiques de santé fondées sur le modèle biopsychosocial ; l’efficacité de la garantie du droit à l’information et du renforcement de l’autonomie dans les procédures d’hospitalisation sans consentement ; et la facilitation de l’accès direct de l’individu aux tribunaux internationaux pour la génération d’une jurisprudence qui corrobore la condamnation des pratiques de torture psychique.

275. – Ainsi, dans l’intention d’ouvrir une marge pour la recherche académique sur la santé mentale en tant que droit global, le débat sur la réinsertion sociale de la personne souffrant de troubles mentaux est encore un thème peu travaillé qu’il est urgent de mettre en œuvre afin que les handicapés mentaux puissent être présents et participer activement à l’ordre juridique international dans sa complétude, en occupant le rôle d’auteur et de rédacteur de leur propre histoire.

²⁴³ Ibid., p. 42.

CONCLUSION

Les personnes souffrant de troubles mentaux constituent un groupe vulnérable au sein de la population, à la fois en raison de la stigmatisation qui entoure la maladie mentale – ce qui les rend susceptibles d’être torturées dans les hôpitaux psychiatriques – et parce qu’elles n’ont pas de voix dans la société pour se défendre face aux violations des droits de l’Homme. Le droit international ne peut ainsi pas rester inerte face au problème ; il convient d’ouvrir les portes de la justice internationale à ceux qui en ont besoin. Par la même, la reconnaissance du lien entre les droits de l’Homme et la santé mentale a été fondamentale pour un mouvement de coopération internationale axé sur la production de normes qui s’engagent dans la lutte contre la discrimination et la stigmatisation autour de la maladie, constituant un pas important vers la garantie et la promotion des droits de l’Homme.

Or, la situation actuelle du système psychiatrique en France traverse une crise grave : délais d’attente de plusieurs mois pour voir un médecin, tant en ville qu’à l’hôpital, manque de lits dans les établissements, retards dans le diagnostic, une situation qui s’est aggravée dans le monde entier, notamment après le contexte de la pandémie de la COVID-19. Entre les murs des hôpitaux psychiatriques, des violations sont perpétrées comme le scandale dans la presse du Centre Psychothérapique de l’Ain : patients privés de promenade, infirmes dans leur chambre, attachés à leur lit²⁴⁴. Le rapport publié par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté parle d’atteintes graves aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées ; caractérisée selon l’association CRPA par un « fonctionnement féodal et inhumain ». Par conséquent, la simple existence de lois n’est pas suffisante ; le contrôle adéquat de leur application est également nécessaire.

Pour cette raison, le droit interne français doit continuer à apporter une réponse satisfaisante au problème de santé publique soulevé dans ce travail. En ce qui concerne le

²⁴⁴ DM (avec AFP), Bourg-en-Bresse : le rapport accablant sur le Centre Psychothérapique de l’Ain (CPA), Franceinfo, 11 juin 2020, <https://france3-regions.francetvinfo.fr/auvergne-rhone-alpes/ain/rapport-accablant-sur-le-centre-psychoterapique-de-l-ain-cpa-bourg-en-bresse-953057.html>.

renforcement de l'autonomie du patient face à son processus de maladie, des progrès ont été réalisés depuis la loi du 5 juillet 2011, chargée de modifier les modalités d'hospitalisation sans consentement, de sorte qu'il faut aujourd'hui deux certificats médicaux circonstanciés, datant de moins de 15 jours, attestant que les deux conditions légales – impossibilité de consentir et nécessité de soins immédiats sous surveillance médicale – sont vérifiées, ce qui impose des limites afin qu'aucun type d'abus ou de violence à la liberté individuelle ne soit commis²⁴⁵. Des progrès sont également constatés en ce qui concerne le renforcement du droit à l'information ; le patient psychiatrique connaît à la fois son état pathologique et sa situation juridique, ses droits, les voies de recours qui lui sont ouvertes, et toutes les garanties qui lui sont offertes en application de l'article L. 3211-12-1 du CSP. Ainsi, on constate qu'il y a compatibilité des règles juridiques françaises – dans le cadre du droit à l'information, de l'accès à la justice et du contentieux de l'hospitalisation sans consentement – lorsque l'on prend en compte le parallèle entre la loi de 2011 sur les droits et la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et le cadre international fixé par la DUDH de 1948, la CEDH de 1953, le CDH de 2006 et d'autres résolutions des Nations unies et de l'OMS.

Cela dit, il est impératif que les États s'engagent à lutter contre la violence en milieu hospitalier psychiatrique, à renforcer tous les droits et garanties qui sont conférés au patient, à promouvoir des politiques publiques de prévention en matière de santé mentale et à faciliter l'accès direct de l'individu aux tribunaux internationaux lorsque des situations de torture physique et psychologique sont présentes. Étant donné que la lutte contre la maladie mentale se caractérise également par des actions de réinsertion sociale – qui doivent inévitablement compléter les actions de prévention, de diagnostic et de soins²⁴⁶ – il convient d'ouvrir un espace à la recherche académique sur la santé mentale en tant que droit global, favoriser le débat sur la réinsertion sociale de la personne souffrant de troubles mentaux, un sujet encore peu travaillé, mais qui nécessite une attention particulière afin que les handicapés mentaux puissent être présents et participer activement à l'ordre juridique international dans sa globalité, en occupant le rôle d'auteur et de rédacteur de leur propre histoire.

²⁴⁵ DUPUY, Olivier. *Droit et psychiatrie, La réforme du 5 juillet 2011 expliquée*, Heures de France - hdf, Collection : Guides d'exercice professionnel des établissements sanitaires et médico-sociaux, 2011, p. 21.

²⁴⁶ BIOY X., *Droits fondamentaux et libertés publiques*, Paris, LGDJ, 6e éd., 2020, p. 23.

ANNEXE 1



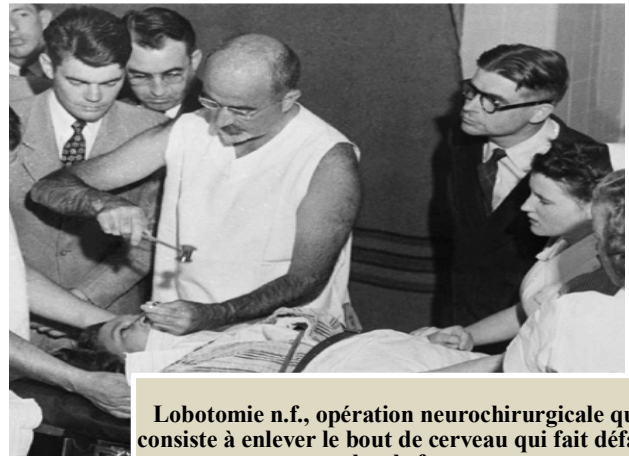
Un patient enfermé sur une chaise restreinte pour calmer l'hystérie dans le Yorkshire (1869).



Un patient subit un traitement cérébral appelé la diathermie (1920), une pratique aujourd'hui interdite.



Des morceaux de cerveaux préservés dans de la cire.



Lobotomie n.f., opération neurochirurgicale qui consiste à enlever le bout de cerveau qui fait défaut chez le fou.



Un patient en camisole dans un hôpital psychiatrique en Serbie en 1999.



Un masque pour les fous, au XVIIème siècle.

ANNEXE 1²⁴⁷



Un patient enfermé.



Un patient schizophrène est resté plusieurs heures dans cette position.



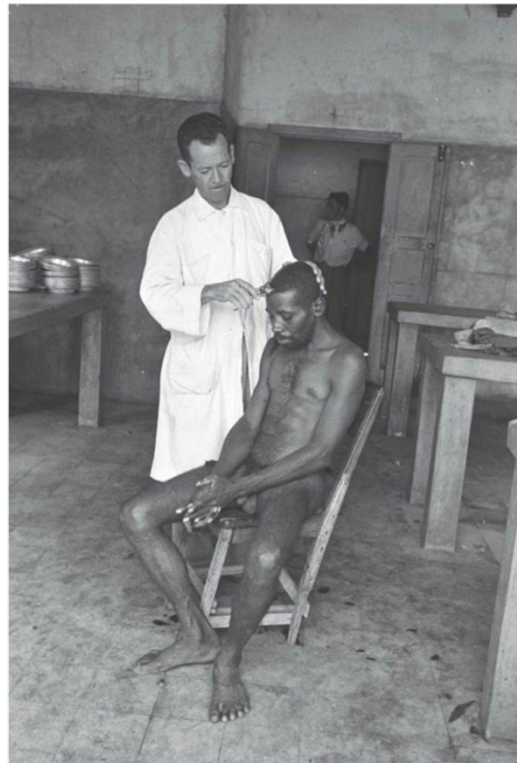
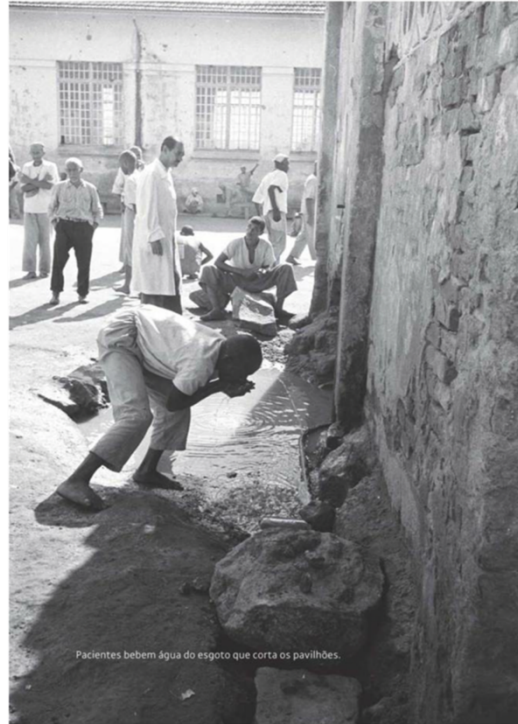
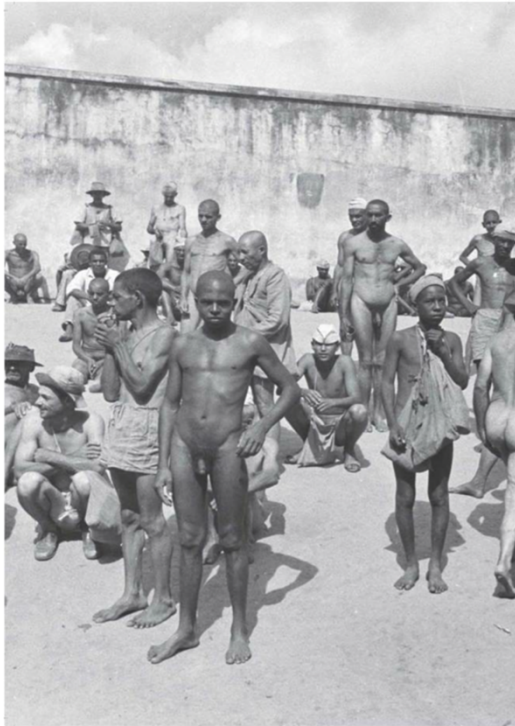
Piqûre pour ce patient dont le bras est gravement scarifié.



Électrochoc n.m., traitement consistant à provoquer une perte de conscience et des convulsions chez le fou en lui envoyant des décharges électriques par des électrodes posées sur les tempes.

²⁴⁷ BIRIEN J., 20 photos historiques d'asiles psychiatriques qui font froid dans le dos, 16 mars 2016, <https://www.demotivateur.fr/article/ces-20-photos-historiques-d-asiles-psychiatriques-vont-vous-glacer-le-sang-surtout-la-13-5095>.

ANNEXE 2²⁴⁸



²⁴⁸ ARBEX, D., *Holocausto Brasileiro*, São Paulo, Geração Editorial, 1^a ed., 2013. Des photos de l'asile « Colônia », entre 1930 et 1980, situé dans la ville de Barbacena, à l'intérieur de l'État du Minas Gerais.

ANNEXE 3

DÉCLARATION DU TÉMOIN (INFORMATEUR)²⁴⁹

IRENE XIMENES LOPES MIRANDA [...], interrogée par le juge, a répondu : le déposant est la sœur de la victime ; la victime est décédée le 4 octobre 1999, un lundi, dans la « Casa de Repouso », ou plutôt, « la maison de torture Guararapes ». [...] Damião avait 30 ans et sa santé mentale n'était pas parfaite [...] il menait une vie normale basée sur une médication contrôlée [...] Il s'est plaint : à l'intérieur il y a beaucoup de violence et de mauvais traitements, si le patient ne veut pas prendre les médicaments, les infirmières le battent jusqu'à ce que le patient perde ses forces et accepte les médicaments. Au cours de ces dernières semaines, mon frère a décidé d'arrêter de prendre ses médicaments, comme d'habitude. [...] Il était sans sommeil depuis quelques nuits [...] notre mère, craignant qu'il ne fasse une crise, le vendredi après-midi 01/10/99, l'a emmené à l'hôpital susmentionné et l'a laissé recevoir des soins médicaux. Lundi, quand elle est revenue pour une visite, elle a trouvé Damião presque mort. Il avait été impitoyablement battu, ses mains étaient attachées et son corps était couvert de sang. Je veux rendre public qu'à Guararapes l'humiliation et la cruauté règnent. Les êtres humains sont traités comme des animaux. Les familles des victimes sont des personnes pauvres, sans voix et sans tour. Et l'impunité continue. Les femmes sont également battues et violées. Dans ce système, des innocents périssent, perdent la vie et tout reste anonyme. Les preuves n'existent jamais. Comme moi, beaucoup réclament justice et sont prêts à témoigner. Au nom de la JUSTICE et des DROITS DE L'HOMME, AIDEZ-MOI ! [Irene Ximenes Lopes Miranda]²⁵⁰.

²⁴⁹ La lettre n'a pas été traduite dans son intégralité, seuls quelques extraits ont été présentés.

²⁵⁰ Organização dos Estados Americanos, Comissão Interamericana Direitos Humanos, Relatório nº 38/02, Petição 12.237, 9 de outubro de 2002, <https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/ximenes/dax.pdf>.

BIBLIOGRAPHIE

I. Ouvrages généraux

- ANDRIANTSIMBAZOVINA J. et al., *Dictionnaire des droits de l'Homme*, Paris, PUF, 2008, 1074 p.
- BÉLANGER M., *Droit international de la santé (écrits 1981-2011)*, Les études hospitalières, 2012, 786 p.
- BERGER V., *Jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme*, Sirey, 13e éd., 2014, 954 p.
- BIOY X., *Droits fondamentaux et libertés publiques*, Paris, LGDJ, 6e éd., 2020, 1020 p.
- BLUMANN C. et DUBOUIS L., *Droit institutionnel de l'Union européenne*, Paris, LexisNexis, 7e éd., 2019, 1032 p.
- BON P. et MAUS D., *Les grandes décisions des cours constitutionnelles européennes*, Dalloz, Paris, 2008, 808 p.
- BROSSET E., *Droit européen et protection de la santé*, Bilan et perspectives, Bruylant, 2015, 464 p.
- BURGORGUE-LARSEN L. et ÚBEDA DE TORRES A., *Les grandes décisions de la Cour interaméricaine des droits de l'Homme*, Bruxelles, Bruylant, 2008, 995 p.
- COHENDET, M-A., *Les épreuves en droit public*, L.G.D.J., 4e éd., 2009, 287 p.
- COMBACAU J. et SUR S., *Droit international public*, Montchrestien, coll. « Droit public », 13e éd., Paris, 2019, 896 p.
- DECAUX E. et FROUVILLE O. DE, *Droit international public*, Paris, Dalloz, 12e éd., 2020, 643 p.
- DUBUIS A., *Droit de la santé*, Bréal, 2021, 262 p.
- DUPRÉ DE BOULOIS X., *Droit des libertés fondamentales*, Paris, PUF, 2e éd., 2020, 587 p.
- DUPUY P.-M. et KERBRAT Y., *Droit international public*, Précis Dalloz, 15e éd., 2020, 962 p.
- FAVOREU L. et al., *Droit des libertés fondamentales*, Paris, Dalloz, 8e éd., 2021, 720 p.
- FRAME J., *Un ange à ma table*, Joëlle Losfeld, 2011, 760 p.
- GROVE-VALDEYRON N. DE, *Droit européen de la santé*, Paris, LGDJ, 2e éd., 2018, 190 p.
- HENNEBEL L. et TIGROUDJA H., *Traité de droit international des droits de l'Homme*, Paris, Pedone, 2e éd., 2018, 1721 p.
- HENNEBEL L., *La Convention américaine des droits de l'Homme : mécanismes de protection et étendue des droits et libertés*, Bruxelles : Bruylant, 2007.
- JOUANNET (E.), *Qu'est-ce qu'une société internationale juste ? Le droit international entre développement et reconnaissance*, Paris, Pedone, 2011, 306p.
- KELSEN H., *Théorie pure du droit*, Paris, Dalloz, 1962, 496 p.
- KOLB R., *Théorie du droit international*, Bruxelles, Bruylant, 2e éd., 2012, 830 p.
- LASSERRE V., *Le nouvel ordre juridique : le droit de la gouvernance*, Paris, LexisNexis, 2015, 369 p.
- LEGOHÉREL H., *Histoire du droit international public*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ? 1e éd., 1996, 127 p.

- MARGUÉNAUD J.-P., *La Cour européenne des droits de l'Homme*, Dalloz, coll. « Connaissance du droit », 7e éd., 2016.
- MAURER (B.), *Le principe de respect de la dignité humaine et la Convention européenne des droits de l'Homme*, Paris, La Documentation française, 1999, 555 p.
- PÉDROT P., dir., *Dictionnaire de droit de la santé et de la biomédecine*, Paris, Ellipses, 2006, p. 323-324.
- ROBERT P., *Le Petit Robert de la langue française*, Paris, 2015, 2387 p.
- SALMON J., *Dictionnaire de droit international public*, Bruxelles, Bruylant, 2001, 1198 p.
- SUDRE F. et al., *Les Grands Arrêts de la Cour européenne des droits de l'Homme*, Puf, coll. « Thémis », 7e éd., 2015.
- SUDRE F., *Droit européen et international des droits de l'Homme*, Puf, coll. « Droit fondamental », 15e éd., 2021.
- TRINDADE A. A. C., *El acceso directo del individuo a los tribunales internacionales de derechos humanos*, Bilbao, Universidad de Deusto, 2001, 104 p.

II. Ouvrages spéciaux

- ARBEX, D., *Holocausto Brasileiro*, São Paulo: Geração Editorial, 1a ed., 2013, 255 p.
- ARVEILLER J.-P., *Psychiatrie et folie sociale*, ERES « Études, recherches, actions en santé mentale en Europe », 2006, 256 p.
- BASAGLIA F., *Psychiatrie et démocratie*, Ramonville Saint-Agne, Érès, 2007, 222 p.
- BATIFOULIER P., *Capital santé : quand le patient devient client*, Paris, La Découverte, 2014, 192 p.
- BEIGBEDER Y., *L'Organisation mondiale de la santé*, Genève, Graduate Institute Publications, 1995, 206 p.
- BÉLANGER M., *Éléments de doctrine en droit international de la santé*, Bordeaux, Les études hospitalières, 2012, 784 p.
- BÉLANGER M., *Introduction à un droit mondial de la santé*, Montréal, Paris, Agence universitaire de la francophonie, 2009, 169 p.
- BERNADET P., DOURAKI T. et VAILLANT C., *Psychiatrie, droits de l'Homme et défense des usagers en Europe*, 2002, 360 p.
- BRISSET C., *L'avenir de la psychiatrie en France*, Collection 'Science de l'Homme' dir. par le Dr G. Mendel. Préface du Dr Henri Ey, 1971, Payot, Paris, 296 p.
- CAPRA, Fritjof. *O Ponto de Mutação. A Ciência, a Sociedade e a Cultura emergente*, Tradução: Álvares Cabral. Editora Cultrix, São Paulo, 1982, [http://nous.life/Biblioteca/F%C3%ADsica%20Qu%C3%A2ntica/Fritjof%20Capra/Ponto%](http://nous.life/Biblioteca/F%C3%ADsica%20Qu%C3%A2ntica/Fritjof%20Capra/Ponto%20).
- CHAMPENOIS-MARMIER M.-P. et SANSOT J., *Droit, folie, liberté : la protection de la personne des malades mentaux : loi du 30 juin 1838*, Paris, PUF, 1983, 323 p.
- CHEMILLIER-GENDREAU M., *Humanité et souverainetés : essai sur la fonction du droit international*, Paris, La Découverte, 1995, 382 p.
- COUPECHOUX P., *Un monde de fous, Comment notre société maltraite ses malades mentaux*, Seuil, 2006, 363 p.
- DEMAÏLLY L. et AUTÈS M., *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses*, Armand Colin, Paris, 2012, 231 p.

- FERNANDEZ J. et PACREAU X., *Statut de Rome de la Cour pénale internationale, Commentaire article par article*, Paris, Pedone, 2e éd., 2 vol., 2019, 2943 p.
- FOUCAULT M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1998, 688 p.
- GILOUX N. et PRIMEVERT M., *Les soins psychiatriques sans consentement*, Bordeaux, LEH Édition, 2017, 202 p.
- GILOUX N. et PRIMEVERT M., *Les soins psychiatriques sans consentement*, Bordeaux, LEH Édition, 2017, 202 p.
- GOFFMAN E., *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, éditions de minuit, 1968, 447 p.
- GUEZOU O. et MANSON S., *Droit public et handicap*, Dalloz, 2010, 343 p.
- HENNEBEL L. et TIGROUDJA H., *Le particularisme interaméricain des droits de l'Homme*, Paris, Éditions A. Pedone, 2009, 413 p.
- HOCHMANN J., *Histoire de la psychiatrie*, Paris, PUF, 2004, 127 p.
- LIORA I., *L'arme du droit*, Paris, Presses de Sciences Po, 2009, 137 p.
- MATHIEU B., *La bioéthique*, Dalloz, 2009, 132 p.
- SANTOS B-S., *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural*, Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 2003, p. 56.
- TRINDADE A. A. C., *Le droit international pour la personne humaine*, Paris, Pedone, 2011, 368 p.
- ZRIBI G. et CECCOTTO R., *Le droit à la santé des personnes handicapées mentales et psychiques : Le rôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Presses de l'EHESP, 2e éd., 2016, 266 p.

III. Thèses et mémoire

- BAUDEL M., *Droit International et santé mentale*, [consulté le 19 nov 2021], <https://www.theses.fr/2021NANT3009>.
- BERNARDET P., *Le contrôle de l'hospitalisation psychiatrique par le juge administratif*, de 1838 à 1998.
- BERTHON G., *Hospitaliser sur demande d'un tiers ? Comment envisager la contrainte en psychiatrie et respecter la règle du consentement*, Université Paris-Sud 11, Présentée et soutenue le 2 juin 2010, 592 p.
- BIOY X., *Le concept de personne humaine en droit public, Recherche sur le sujet des droits fondamentaux*, Thèse pour le doctorat en droit de l'Université des sciences sociales de Toulouse, présentée et soutenue le 22 déc. 2001, Préface de Henri Roussillon, Dalloz, Paris, 2003, 913 p.
- BISSON N. et al., *L'application de la Convention Internationale des Droits des Personnes Handicapés : une dynamique d'État pour une Évolution Sociétale*, [consulté le 12 nov 2021], <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2020/mip/groupe19.pdf>.
- BLONDEL M., *La personne vulnérable en droit international*, Thèse de droit, Université de Bordeaux, 2015, 600 p.
- BOUMAZA A., *Hospitalisations psychiatriques et droits de l'Homme*, vol. I et II, Ed du CTNERHI, 2002.
- DUTHEIL-WAROLIN L., *La notion de vulnérabilité de la personne physique en droit privé*, Thèse de doctorat, Limoges, 2004, 651 p.

- GONGGRYP T., *L'hospitalisation sous contrainte du patient malade mental : la légitimité d'une institution attentatoire aux libertés*, Thèse pour le Doctorat de l'Université Paul Cézanne (Aix-Marseille 3), Droit public, 2007, 481 p.
- HAZIF-THOMAS C., *La liberté de choix des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques*, Thèse de droit, Université de Rennes 1, 2016, 694 p.
- JOLY L., *L'emploi des personnes handicapées entre discrimination et égalité*, Thèse de droit, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2013, Paris, Dalloz, 2015, 484 p.
- KASTLER F., *Le rôle normatif de l'Organisation mondiale de la santé*, Thèse de droit, Université de Sorbonne Paris Cité et Neuchâtel 2016, Paris, L'Harmattan, 2019, 876 p.
- MANDY C., *La prison et l'hôpital psychiatrique du XVIII^e au XXI^e siècle : Institutions totalitaires, ou services publics ? Contribution à l'étude de la privation de liberté en France et du paradigme de l'institution totale*, Thèse de droit Public, Université de Nantes, 30 juin 2011, 782 p.
- PAILLISSÉ E., *Le droit à la santé dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme*, thèse de droit, Université de Perpignan, 2018, 680 p.
- PANFILI J.-M., *Les instruments juridiques de protection des droits et libertés des malades mentaux*, Thèse de droit, Université Toulouse 1 Capitole, 2013, 324 p.
- RIBEIRO R. R. S., *Direitos humanos e saúde mental: uma análise do sistema internacional de proteção a pessoas acometidas de transtorno mental*, Orientador (a): Monica Teresa Costa Sousa. Monografia (Graduação) - Curso de Direito, Universidade Federal do Maranhão, São Luís - MA, 2020.
- TIFINE P., *L'objectivation de la responsabilité des hôpitaux publics en droit administratif français*, Thèse pour le Doctorat en droit public de l'Université de Metz, 18 décembre 1997, Université de Metz, 490 p.

IV. Articles Juridiques et des Revues

- ALBERT N., « Il est interdit d'interner... sans contrôle judiciaire », JCP A, 2010, n° 49, p. 897.
- ANDRIANTSIMBAZOVINA J., « L'éloignement d'un étranger atteint d'une maladie mentale grave nécessite des assurances individuelles et suffisantes d'accès aux soins », Gazette du Palais, n° 41, p. 32.
- BACACHE M., « Droits de handicapés – Convention des Nations unies », RTD Civ., 2010, p. 162.
- BÉLANGER M., Revue générale de droit médical, Bordeaux, n° spécial : La protection de la santé publique, 2005, p. 21-30.
- BENELLI, SJ, « A lógica da internação: instituições totais e disciplinares (des)educativas [online] », São Paulo: Editora UNESP, 2014, 252 p. ISBN 978-85-68334-44-7. Available from SciELO Books, <http://books.scielo.org>.
- BENOÎT-ROHMER F., « Chronique : Les droits fondamentaux dans l'Union européenne – discrimination fondée sur le handicap », RTD Eur., 2015, p. 175.
- BERNARDET P., DARMSTÄDTER A. et VAILLANT C., « Portée de la jurisprudence européenne sur l'internement psychiatrique en France », RSC, 1988, pp. 255-286.

- BILTGENT F., « Le dialogue des juges et l’articulation de la jurisprudence de la Cour de justice de l’Union européenne avec les normes du droit international social », *Droit social*, 2017, p. 393.
- BIOSSE-DUPLAN, « Démocratie sanitaire. Les usagers dans le système de santé », Paris, Dunod, 2017.
- BIOY X., « L’hospitalisation pour troubles psychiatriques devant le Conseil constitutionnel », *Revue française de droit constitutionnel*, octobre 2011, n° 88, pp. 844-851.
- BIZEAU J-P., « Usagers ou Clients Du Service Public ? Le Discours de l’administration », *La Revue Administrative*, vol. 50, n°. 296, Presses Universitaires de France, 1997, pp. 209–12.
- BORGETTO M., « La crise sanitaire : réparer et... prévenir », *RDSS*, 2020, p. 817.
- BOROWY I., « La Société des nations, la crise des années 1930 et la santé », *Les Tribunes de la santé*, vol. 3, n° 36, 2012, pp. 21-27.
- BOUJEKA A., « La Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées et son protocole facultatif », *RDSS*, 2007, p. 799.
- BOUJEKA A., « La Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées et son protocole facultatif », *RDSS*, 2007, p.10.
- BOUJEKA A., « La définition du handicap en droit communautaire », *RDSS*, 2007, p. 75.
- BOUJEKA A., « La définition du handicap en droit international et en droit de l’Union européenne », *Recueil Dalloz*, 2013, p. 1388.
- BURES, Idelette de. « À propos de la loi sur les aliénés du 30 juin 1838 », *Histoire des sciences médicales - TOME XL - N° 3 - 2006*, <https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2006x040x003/HSMx2006x040x003x0301.pdf>.
- CARPANO É., « Effets des traités : application et applicabilité des normes conventionnelles en droit comparé », *JCI Droit international*, Fasc. n° 35-10, 18 août 2015.
- CHAPIREAU F., « La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé », *Gérontologie et société*, vol. 24, n° 99, décembre 2001, pp. 37-56.
- CHAPIREAU F., « Le handicap psychique : la construction sociale d’un nouveau trouble spécifiquement français », *Socio-logos*, n° 9, 2014 [en ligne].
- COUTANT I et WANG S., « Santé mentale et souffrance psychique : un objet pour les sciences sociales », Paris : CNRS ; 2018.
- COUTURIER M., « La réforme des soins psychiatriques sans consentement : de la psychiatrie disciplinaire à la psychiatrie de contrôle », *Revue de droit sanitaire et social* janvier-février 2012, n° 1, 22 février 2012, <https://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=3236>.
- CRESSON G. et SCHWEYER F.-X., « Les usagers du système de soins, Rennes, Presses de l’EHESP », *Recherche, santé, social*, 2000.
- DAGORN G., « La santé mentale éprouvée par l’épidémie de Covid-19 », *Le Monde*, 25 octobre 2020.
- DEBÈNE M., « Commentaire de la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d’hospitalisation », *AJDA*, 1990, p. 871.
- DEMAILLY L., « Sociologie des troubles mentaux », *Revue Européenne des Sciences Sociales*, Paris, la Découverte, 2011, p. 126.

- ELASSAL E.-F., « Le régime de réparation de la Cour pénale internationale : analyse du mécanisme en faveur des victimes », RQDI, vol. 24, n° 1, 2011, pp. 259-308.
- EMANUELLI C., « Le droit international de la santé, Évolution historique et perspectives contemporaines », RQDI, vol. 2, 1985, pp. 11-18.
- EYRAUD B., « Protéger et rendre capable. La considération civile et sociale des personnes très vulnérables », Toulouse, ERES, coll. Études, recherches, actions en santé mentale en Europe, 2013, p. 438.
- FABRE M. et GOURON-MAZEL A., « Convention européenne des droits de l'Homme. Application par le juge français », Litec, coll. Jurisprudence française, Paris, 1998, p. 334.
- FORGES J.-M. DE, « Le droit de la santé », PUF, coll. « Que sais-je ? », 8e éd., Paris, 2012, 127 p.
- GARRABÉ J., « ALIÉNISME (histoire du concept) », Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 3 mars 2022, <https://www.universalis.fr/encyclopedie/alienisme-histoire-du-concept/><https://www.universalis.fr/encyclopedie/alienisme-histoire-du-concept/2-en-france-la-loi-du-30-juin-1838-creant-les-asiles-d-alienes/>.
- GRÜNDLER T., « Le juge et le droit à la protection de la santé », RDSS, 2010, p. 835.
- HEINTZ, M., « L'hospitalisation d'office », 28 juin 2004, https://www.seban-associes.avocat.fr/wp-content/uploads/2015/08/pub_lhospitalisationdoffice.pdf.
- JAEGER M., « Usagers ou citoyens ? De l'usage des catégories en action sociale et médico-sociale », Paris, Dunod, 2011.
- JANVIER R. et MATHO Y., « Comprendre la participation des usagers dans les organisations sociales et médico-sociales », Paris, Dunod, Santé et social, 2011.
- JEAN-PHILIPPE C., EHRENBERG A. et LOVELL A. M., « La maladie mentale en mutation : psychiatrie et société », 2001. In : Raison présente, n°139, 3^e trimestre 2001. L'esclave et le citoyen. pp. 150-151.
- LE GAL F., « La folie saine et sauve. Pour une théologie catholique de la folie sainte », coll. Théologies, Paris, Cerf, 2003. 544 p.
- LECLERC A. et al., « Les inégalités sociales de santé », La Découverte, Paris, 2000, p. 448, Volume 43, Issue 4, October–December, 2001, pp. 569-571.
- MOREAU D., « Les Capacités en contexte de soin sans consentement. (Dé)limiter le pouvoir de décider pour soi. La place de l'évaluation de la capacité de discernement dans les décisions d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie », Choisir et agir pour autrui ? Controverse autour de la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées, 2018, pp.189-193.
- NEILSON G. et CHAIMOWITZ G., « Le consentement libre et éclairé aux soins en psychiatrie », Can J Psychiatry. 2015 avr ; 60(4) : 1-12, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4459250/>.
- PARÉ M., « La Convention relative aux droits des personnes handicapées : quel impact sur le droit international ? », RGDIP, n° 3, 2009, pp. 497-522.
- PATRICK F., « Mathieu Bellahsen. La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle », Essaim, 2015/1 (n° 34), p. 195-198.
- RAVAUD J.-F., « Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet », Handicap – Revue de sciences humaines et sociales, 1999, n° 81, pp. 64-75.
- REVILLARD A., « Des droits vulnérables, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques », 2020, p. 232.

- RIHAL H. et CHARRUAU J., « La notion de handicap et ses conséquences : les apports peu éclairants de la Cour de justice de l'Union européenne », *RDSS*, 2013, p. 843.
- SAUVAT C., « Réflexion sur le droit à la santé », Aix en Provence, Presses Universitaires d'Aix Marseille, 2004, p. 538.
- TORRE-SCHAUB M., « Le bien-être et le droit », Paris, Publications de la Sorbonne, 2016, p.152.
- TOUSCOZ J., « Le principe d'effectivité dans l'ordre international », Paris, LGDJ, 1964, p. 280.
- TRUCHET D., « Droit de la santé publique », Paris, Dalloz, coll. « Mémento », 9e éd., 2016, p. 320.
- VASAK K., « La déclaration universelle des droits de l'Homme 30 ans après », https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000048063_fre/PDF/074816freo.pdf.multi.nameddest=48063.
- VIOUJAS V., « Les soins psychiatriques aux détenus : des modifications mineures pour une problématique de santé publique majeure », *RDSS*, n° 6, nov.déc. 2011, p. 1071.
- WOOLEY S., « Ce n'est pas du soin si c'est contraint », *L'information psychiatrique*, 2020, pp. 27-34.

V. Normes

1. Normes internationales

- Assemblée générale des Nations unies. « Déclaration universelle des droits de l'Homme », 217 (III) A. Paris, 1948, [consulté le 14 nov 2021], <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights>.
- Comité des droits des personnes handicapées, CRPD/C/AUT/CO/1, par. 33 ; CRPD/C/MEX/CO/1, para. 32 ; CRPD/C/DNK/CO/1, para. 39.
- Comité des droits des personnes handicapées, CRPD/C/ESP/CO/1, par. 36 ; CRPD/C/HUN/CO/1, para. 28 ; CRPD/C/AUT/CO/1, para. 31.
- Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14, par. 50 ; Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 1, par. 37 et 41 ; A/HRC/22/53, para. 63.
- Conférence de haut-niveau de l'UE Ensemble pour la santé mentale et le bien-être. Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être, Bruxelles, 12-13 juin 2008 http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf.
- Conseil d'Europe, Charte sociale européenne, Turin, 18.X.196, Série des traités européens - n° 35, 18 octobre 1961, <https://rm.coe.int/168006b6af>.
- Conseil d'Europe, Recommandation 1235 (1994) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe relative à la psychiatrie et aux droits de l'Homme, 12 avril 1994, <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=15269&lang=FR>.
- Conseil d'Europe, Recommandation n° R (83)2 sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires, 22 septembre 2014, <https://rm.coe.int/rec-2004-10-em-f/168066c7e2>.
- Conseil d'Europe, Recommandation n° R (92) 6 du 9 avril 1992 du Comité des ministres aux États membres sur une politique cohérente en matière de réadaptation, 19 octobre 1992, <https://rm.coe.int/16804d7dbf>.

- Conseil de l'Europe, Agenda Nations Unies 2030, 25 au 27 septembre 2015, <https://www.coe.int/fr/web/programmes/un-2030-agenda>.
- Convention américaine relative aux droits de l'Homme, 22 novembre 1969, https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_america.htm.
- Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales, le 3 septembre 1953, <https://rm.coe.int/1680063776>.
- Convention européenne des droits de l'Homme, 4 novembre 1950, https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_FRA.pdf.
- Convention relative aux droits des personnes handicapées, New York, 13 décembre 2006, [consulté le 16 nov 2021], <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx>.
- Convention sur la protection des droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : Convention sur les droits de l'Homme et la biomédecine, Oviedo, 4 avril 1997, STE n° 164, entrée en vigueur le 1er décembre 1999.
- Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe. Relever les défis, trouver des solutions. Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale (2005), [consulté le 15 oct 2021], https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/88596/E85446.pdf.
- I. ROAGNA, La protection du droit au respect de la vie privée et familiale, par la Convention européenne des droits de l'Homme, Conseil de l'Europe, 2012, 116 p., p 19
- La Déclaration universelle des droits de l'Homme, le 10 décembre 1948, <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>.
- OEA, Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 31 de janeiro de 2007, <http://www.cidh.org/basicos/portugues/toc.port.htm>.
- OEA, Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées, le 7 juin 1999, <https://www.cidh.oas.org/basicos/french/o.handicapees.htm>.
- OEA, Convention Interaméricaine pour la Prévention et la Répression de la Torture, le 9 décembre 1985, <https://www.cidh.oas.org/basicos/french/i.torture.htm>.
- OEA, Protocole Additionnel à La Convention Américaine Relative aux Droits de l'Homme Traitant Des Droits Économiques, Sociaux Et Culturels, « Protocole De San Salvador », 17 novembre 1988, <https://www.cidh.oas.org/basicos/french/e.sansalvador.htm>.
- OEA. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Convenção Europeia para Salvaguarda dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais. 1950, [consulté le 14 nov 2021], <http://www.oas.org/es/cidh/expresion/showarticle.asp?artID=536&IID=4>.
- ONU, Convention relative aux droits des personnes handicapées, 13 décembre 2006, <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>.
- ONU, Pacte international relatif aux droits civils et politiques, le 23 mars 1976, <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>.

- ONU, Pacte international relatif aux droits civils et politiques, le 23 mars 1976, <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>.
- Organisation des Nations Unies, Santé Mentale et Droits de l'Homme, Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'Homme : A/HRC/34/32, 31 janvier 2017, <https://undocs.org/fr/A/HRC/34/32>.
- Organisation mondiale de la Santé, Constitution de l'OMS, le 22 juillet 1946, consulté le mars 2022, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/36852>.
- Organisation mondiale de la santé, Déclaration d'Alma-Ata, le 12 septembre 1978, consulté le mars 2022, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf.
- Organisation mondiale de la santé, Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe, 14 janvier 2005, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/88596/E85446.pdf.
- Organisation mondiale de la santé. MiNDbank de l'OMS : plus d'inclusion est nécessaire dans le domaine du handicap et du développement [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé, [consulté le 14 nov 2021], <http://www.mindbank.info>.
- Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être, 13 juin 2008, https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf.
- Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale adoptés par l'Assemblée générale dans sa résolution 46/119 du 17 décembre 1991, [consulté le 12 nov 2021], <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>.
- Recommandation de l'Assemblée Parlementaire n° 1235 (1994) du 12 avril 1994 Relative à la psychiatrie et aux droits de l'Homme (texte adopté le 12 avril 1994 lors de la 10e séance).
- Recommandation N° R (83) 2 du Comité des Ministres aux États membres sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires (adoptée par le Comité des Ministres le 22 février 1983, lors de la 356^e réunion des Délégués des Ministres).
- Recommandation Rec (2004)10 du Comité des Ministres aux États membres relative à la protection des droits de l'Homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux.
- Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, 28 de enero de 2021, https://www.corteidh.or.cr/docs/supervisiones/ximeneslopes_28_01_21.pdf.
- Résolution du Parlement européen du 19 février 2009 sur la santé mentale (2008/2209(INI)), https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-6-2009-0063_FR.pdf?redirect.
- Résolution du Parlement européen du 19 février 2009 sur la santé mentale, JOUE n° C 76 E du 25 mars 2010, pp. 23-30.
- Résolution du Parlement européen du 6 septembre 2006 Améliorer la santé mentale de la population – Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne, JOUE n° C305 E du 14 décembre 2006, pp. 148-155.
- Santé Mentale : relever les défis, trouver des solutions, Conférence Ministérielle européenne de l'OMS, OMS, Copenhague, 2006, [consulté le 15 oct 2021], http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf.

- Traité de Lisbonne modifiant le traité sur l'Union européenne et le traité instituant la Communauté européenne, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A12007L%2FTXT>.
- Traité instituant la communauté européenne signé à Rome le 25 mars 1957 version consolidée, <http://www.affaires-publiques.org/textof/TCE/152.htm>.
- Traité instituant la communauté européenne signé à Rome, le 25 mars 1957, version consolidée, <http://www.affaires-publiques.org/textof/TCE/152.htm>.
- Traité sur l'Union européenne (Maastricht, 7 février 1992), https://www.cvce.eu/content/publication/2002/4/9/2c2f2b85-14bb-4488-9ded-13f3cd04de05/publishable_fr.pdf.
- Traité sur l'Union européenne, Maastricht, 7 février 1992, https://www.cvce.eu/content/publication/2002/4/9/2c2f2b85-14bb-4488-9ded-13f3cd04de05/publishable_fr.pdf.

2. Codes

- Code de l'action sociale et des familles.
- Code de la santé publique.

3. Lois

- Loi n° 7443 du 30 juin 1838, dite « Loi des aliénés ».
- Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, JORF n°150 du 30 juin 1990, p 7664 ; dont Fiches d'information du 13 mai 1991 relatives à l'application de la loi du 27 juin 1990.
- Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n°15 du 19 janvier 1994, page 960.
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF n° 36 du 12 février 2005, p. 2353.
- Loi no 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, JO, 21 juillet 2009, p. 12184.
- Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, JORF n° 155 du 6 juillet 2011, p. 11705.
- Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, JORF n° 227 du 29 septembre 2013, texte 1.
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

4. Constitutions

- Constitution du 3 septembre 1791, <https://www.conseil-constitutionnel.fr/les-constitutions-dans-l-histoire/constitution-de-1791>.
- Constitution thermidorienne du 5 fructidor an II, 22 août 1795, <https://www.conseil-constitutionnel.fr/les-constitutions-dans-l-histoire/constitution-du-5-fructidor-an-iii>.

- Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946>.
- Constitution du 4 octobre 1958, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000571356/>.

5. Notes et jurisprudence

1) Cour interaméricaine des droits de l'Homme

- CIDH, Ceferino Ul Musicue y Leonel Coicue c. Colombie, Caso 9853, 7 de abril de 1998.
- CIDH, affaire Castillo Petruzzi et Autres contre Pérou (Exceptions Préliminaires), Arrêt du 4 sept. 1998, Série C, n. 41.
- CIDH, Loayza Tamayo c. Pérou, 17 septembre 1997, Arrêt sur le fond, Série C. No. 33, para. 58.
- CIDH, Cantoral Benavides c. Pérou, 18 août 2000, Arrêt sur le fond, Série C. n° 69, paras. 102-104.
- CIDH, Mariza c. Guatemala, 27 novembre 2003, Serie C. n° 103, para. 92.
- CIDH, Tibi c. Equateur, 7 septembre 2004, Serie C. n° 114.
- CIDH, Affaire Ximenes Lopes c. Brésil, 4 juillet 2006.

2) Cour européenne des droits de l'Homme

- CEDH, Rivière c/France 11 juill. 2006, req. n° 33834/03.
- CEDH, Megyeri c/Allemagne n°13770/88 du 12 mai 1992.
- CEDH, Magalhaes Pereira c/ Portugal n°44872/98 du 26 mai 2002.
- CEDH, H.L. c. Royaume-Uni, 5 octobre 2004, Requête n° 45508/99.
- CEDH, Van Glabeke c/ France, 7 mars 2006, n°38287/02.
- CEDH, Slawomir Musial c. Pologne, 20 janvier 2009, req. n°28300/06.
- CEDH, Shopov c. Bulgarie, Section V, 2 sept. 2010, n° 11373/04.
- CEDH, Baudoin c/ France, 18 nov. 2010, n° 35935/03.
- CEDH, Patoux c/ France, 14 avr. 2011, n° 35079/06,.
- CEDH, STANEV contre Bulgarie, 17 janvier 2012, Requête no 36760/06.
- CEDH, Pleso c. Hongrie du 2 oct. 2012, n°41242/08 [section II).
- CEDH, Atudorei c/ Roumanie, 16 septembre 2014, n° 5013/08.
- CEDH, MS. c/ Croatie (n° 2), n° 75450/12, Arrêt 19.2.2015.
- CEDH, Stefan Stankov c. bulgarie, 17 mars 2015, Requête n°25820/07.
- CEDH, Boukrourou et autres c. France, 16 novembre 2017, n° 30059/15.

3) Conseil constitutionnel

- Cons. const., déc. 2012-235 QPC, 20 avr. 2012.
- Cons. const., déc. 3 déc. 2011, n° 2011-202 QPC.
- Cons. const., déc. 8 oct. 2011, n° 2011-74 QPC.
- Cons. const., déc. 9 juin 2011, n° 2011-135/140 QPC.
- Cons. const., déc. 26 nov. 2010, n° 2010-71 QPC ; JCP G 2011, 189, note K. Grabarczyk.

4) Tribunal des conflits

- TC, 27 nov. 1995, 02973.

VI. Conclusions et rapports

- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, Chiffres clés de la psychiatrie par ATIH à partir des données issues du Rim-P 2018, chiffres arrondis au millier près, 27 juillet 2019, <https://www.atih.sante.fr/actualites/chiffres-cles-2018-de-la-psychiatrie>.
- BIRIEN J., 20 photos historiques d'asiles psychiatriques qui font froid dans le dos, 16 mars 2016, <https://www.demotivateur.fr/article/ces-20-photos-historiques-d-asiles-psychiatriques-vont-vous-glacer-le-sang-surtout-la-13-5095>.
- BLATMAN M., Étude L'effet direct des stipulations de la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées — Rapport au Défenseur des droits par Michel Conseiller honoraire à la Cour de cassation, Décembre 201.
- CARON DÉGLISE A., L'évolution de la protection juridique des personnes – Reconnaître, soutenir et protéger les personnes les plus vulnérables, 2018, 108 p., [consulté le 15 oct 2021], <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/184000626.pdf>.
- CNCDH / CFHE, Guide pratique sur la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées, Commission nationale consultative des droits de l'Homme (CNCDH) / Conseil Français des personnes handicapées pour les questions européennes (CFHE), 2018, p. 35.
- Comissão Europeia, Saúde mental, https://ec.europa.eu/health/non-communicable-diseases/mental-health_pt.
- Comité des droits des personnes handicapées, Rapport du Comité des droits des personnes handicapées, A/72/55, Nations Unies, New York, 2017.
- Commissaire aux droits de l'Homme, [consulté le 15 oct 2021], <https://www.coe.int/fr/web/commissioner/-/reform-of-mental-health-services-an-urgent-need-and-a-human-rights-imperative>.
- Conseil d'Europe, Comité des ministres, Recommandation n°R (92) 6 du comité des ministres aux états membres relative à une politique cohérente pour les personnes handicapées, <https://rm.coe.int/16804ceb61>.
- Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, Avant la Révolution française, 19 novembre 2009, <https://www.cnle.gouv.fr/avant-la-revolution-francaise.html>.
- Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, « Le XIX^e siècle, la loi de 1838 et l'aliéniste », 17 novembre 2009, <https://www.cnle.gouv.fr/le-xixe-siecle-la-loi-de-1838-et-l.html>.
- Déclaration du Président de la République sur la réforme de l'hôpital psychiatrique et la prise en charge des patients à risque, discours prononcé à Antony le 2 décembre 2008, retranscrit sur le site Vie Publique : <https://www.vie-publique.fr/discours/173244-declaration-de-m-nicolas-sarkozy-president-de-la-republique-sur-la-re>.
- Défenseur des Droits, Rapport sur la mise en œuvre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH), 2020, p.11-13.
- DM (avec AFP), Bourg-en-Bresse : le rapport accablant sur le Centre Psychothérapique de l'Ain (CPA), Franceinfo, 11 juin 2020, <https://france3-regions.francetvinfo.fr/auvergne-rhone-alpes/ain/rapport-accablant-sur-le-centre-psychoterapique-de-l-ain-cpa-bourg-en-bresse-953057.html>.

- DM (avec AFP), Bourg-en-Bresse : le rapport accablant sur le Centre Psychothérapique de l'Ain (CPA), Franceinfo, 11 juin 2020, consulté l'avril 2022, <https://france3-regions.francetvinfo.fr/auvergne-rhone-alpes/ain/rapport-accablant-sur-le-centre-psychoterapique-de-l-ain-cpa-bourg-en-bresse-953057.html>.
- DSM-5, version en français. APA, traduction française coordonné par M-A Crocq et J-D Guelfi. Elsevier-masson, juin 2015, 1176 p. DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (« Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders »), publié par l'American Psychiatric Association.
- GARDET G., Effectivité du droit à l'information du patient sous contrainte, 6 décembre 2013, https://www.cabinet-gardet.com/effectivite-du-droit-a-l-information-du-patient-sous-contrainte_ad65.html.
- GARDET G., Loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 : le point sur la réforme, 9 février 2014, https://www.cabinet-gardet.com/loi-n--2013-869-du-27-septembre-2013---le-point-sur-la-reforme_ad69.html.
- Il y a un manque d'investissement mondial dans la santé mentale, déplore l'OMS, [consulté le 15 oct 2021], <https://news.un.org/fr/story/2021/10/1105852?fbclid=IwAR103y-QI7hekjVFZHwHqzrIBw96d5REA4eRVWwjKXNhQjnlGVIgnxmPA>.
- Institut de métrologie sanitaire et d'évaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>.
- JUDITH LUSSIER U., *Encyclopédie des traitements contre la folie d'hier à aujourd'hui*, mars 2022, <https://www.lapresse.ca/vivre/urbania/201010/25/01-4335847-encyclopedie-des-traitements-contre-la-folie-dhier-a-aujourd'hui.php#>.
- LARTIGUE A., *Vous prenez bien quelques électrochocs ?*, 18 septembre 2011, consulté le mars 2022, <https://www.slate.fr/story/43789/electrochocs-psychiatrie>.
- Le Centre Carter, « Les maladies mentales coûteront au monde 16 000 milliards de dollars US d'ici 2030 », 16 novembre 2018, <https://www.psychiatrictimes.com/view/mental-illness-will-cost-world-16-usd-trillion-2030>.
- MILON A., Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux, Sénat, n° 249, 19 décembre 2012.
- Ministère des solidarités et de la santé, Les droits des patients en psychiatrie, 3 mars 2022, https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/prevention-informations-et-droits/article/les-droits-des-patients-en-psychiatrie?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000ee4d5472d63f8870a31bccd328697bdd56f2a8cc3cb4a908653d037a6e3a8b2d0886bd43d21430008a8f99d2c4f88c6bbcb0bf62b31f90f799f20ddb6b709fe43e502677546f3417fafed1aa9a723881eea35b8fff9399f2.
- National Library of Medicine, « Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic », <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8500697/>.
- NIORT P., Les droits de la personne hospitalisée en soins psychiatriques sans consentement pour péril imminent, 27 juillet 2020, <https://www.village-justice.com/articles/les-droits-personne-hospitalisee-soins-psychiatriques-sans-consentement-pour,36156.html>.

- OMS, Charte d'Ottawa, 21 novembre 1986, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- OMS, Comité d'experts de la santé mentale, L'hôpital psychiatrique, centre d'action préventive en santé mentale, cinquième rapport du comité d'experts sur la santé mentale, Série de rapports techniques, n° 134, 1957.
- OMS, De nouvelles orientations de l'OMS pour mettre fin aux violations des droits humains dans le cadre des soins de santé mentale, 10 juin 2021, <https://www.who.int/fr/news/item/10-06-2021-new-who-guidance-seeks-to-put-an-end-to-human-rights-violations-in-mental-health-care>.
- OMS, Prévention des troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux, Rapport du Directeur général, Quatre-vingt-troisième session, Conseil exécutif, 30 novembre 1988.
- OMS, Troubles mentaux, 28 novembre 2019, consulté le mars 2022, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
- ONU, De l'exclusion à l'égalité : Réalisation des droits des personnes handicapées, Guide à l'usage des parlementaires / CIDPH et son protocole facultatif (ouvrage n°14), ONU, 2017, p. 178.
- ONU, Les premières étapes : Évolution des droits de l'Homme et des personnes handicapées, https://www.un.org/french/esa/social/disabled/historique_1.htm.
- ONU, Rapport sur la santé mentale et les droits de l'Homme, 31 janvier 2017, <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/onu-rapport-sur-la-sante-mentale-et-les-droits-de-lHomme/>.
- Organisation mondiale de la santé, 9 septembre 2019, <https://www.who.int/fr/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>.
- Organisation mondiale de la santé, De nouvelles orientations de l'OMS pour mettre fin aux violations des droits humains dans le cadre des soins de santé mentale, 10 juin 2021, <https://www.who.int/fr/news/item/10-06-2021-new-who-guidance-seeks-to-put-an-end-to-human-rights-violations-in-mental-health-care>.
- Organisation mondiale de la santé, Les cas d'anxiété et de dépression sont en hausse de 25 % dans le monde en raison de la pandémie de COVID-19, 2 mars 2022, <https://www.who.int/fr/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>.
- Organisation mondiale de la santé, Santé mentale et COVID-19 : Premières preuves de l'impact de la pandémie : Dossier scientifique, 2 mars 2022, https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1.
- Organisation mondiale de la santé, Un rapport de l'OMS souligne le déficit d'investissement dans la santé mentale au niveau mondial, 8 octobre 2021, <https://www.who.int/fr/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>.
- Organisation mondiale de la santé. Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS, 2006.
- Organisation mondiale de la santé. Un rapport de l'OMS souligne le déficit d'investissement dans la santé mentale au niveau mondial, [consulté le 15 oct 2021], <https://www.who.int/fr/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>.

- P. HUNT, Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, E/C.N.4/2003/58, 13 février 2003.
- Parlement européen, Santé Publique, <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/fr/sheet/49/public-health>.
- PURAS D., Droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, A/HRC/44/48, 15 avril 2020.
- Résolution du Parlement européen du 7 juillet 2016 sur l'application de la convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées, notamment les observations finales du Comité des droits des personnes handicapées des Nations unies, 2018/C 101/13, JOUE n° C 101 du 16 mars 2018, pp. 138-162.
- Revue générale de droit médical, Bordeaux, n° spécial : *La protection de la santé publique*, 2005, p. 21-30.
- Santé publique France, 8 octobre 2021, <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>.
- The Lancet Regional Health, « Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations », 1er janvier 2022, [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(21\)00114-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(21)00114-9/fulltext).
- VASAK K., La déclaration universelle des droits de l'Homme 30 ans après, p.29-32, https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000048063_fre/PDF/074816freo.pdf.multi.nameddest=48063.
- World Health Organization, Social determinants of health, mars 2022, https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.

VII. Films

- CAMPIO, J. (Réalisatrice). (1991). *Un ange à ma table* [Film]. Bridget Ikin.
- FORMAN M. (Réalisateur). (1976). *Vol au-dessus d'un nid de coucou*, [Film]. United Artists Michael Douglas Production.
- WRIGHT J. (Réalisateur). (2009). *The Soloist* [Film]. Universal Pictures.

TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACE	2
REMERCIEMENTS	3
LISTE DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS	4
SOMMAIRE.....	6
INTRODUCTION.....	7
PREMIÈRE PARTIE : LA SANTÉ MENTALE EN TANT QU’OBJET DE DROIT INTERNATIONAL	17
Chapitre 1 : La reconnaissance du droit à la santé mentale comme un droit humain et fondamental	18
Section 1 : Dialogue interdisciplinaire entre le droit et la psychiatrie.....	18
Paragraphe 1 : La perception socio historique de la « folie ».....	19
A. La folie comme châtiment divin.....	19
B. L’invisibilité qui légitime la violence post-vingtième siècle.....	20
Paragraphe 2 : La notion de santé mentale et sa thérapeutique	23
A. Définition des troubles mentaux et de la symptomatologie	23
B. L’archétype biopsychosocial comme substitut au modèle biomédical.....	24
Section 2 : Le passage de la zone de non-droit au droit	26
Paragraphe 1 : La « folie » comme forme d’exclusion sociale	27
A. L’exclusion des corps chez Michel Foucault	27
B. Les hôpitaux psychiatriques totalitaires chez Erving Goffman.....	29
Paragraphe 2 : La reconnaissance d’un droit humain fondamental.....	30
A. Déclaration universelle des droits de l’Homme de 1948 et l’OMS.....	31
B. La Charte d’Ottawa et la Déclaration sur la santé mentale pour l’Europe	32
Chapitre 2 : Les différents mécanismes de protection internationale des personnes vulnérables	35
Section 1 : Réflexions sur la mondialisation du droit à la santé.....	35
Paragraphe 1 : La santé mental en tant que droit global.....	36
A. L’interaction entre les droits de l’Homme et la santé mentale.....	36
B. Les contributions du droit international de la santé.....	38

Paragraphe 2 : L'aspects européens et internationaux de la protection de la santé mentale	40
A. Sur les sources significatives.....	40
B. Des contingences illimitées	42
Section 2 : Le mouvement de coopération internationale pour la santé mentale	44
Paragraphe 1 : L'activité normative du droit européen de la santé et du droit international	45
A. La santé mentale à l'ordre du jour en Europe.....	45
A. La convergence de la protection via la jurisprudence la Cour européenne des droits de l'Homme.....	47
Paragraphe 2 : Le mouvement international pour l'hygiène mental devant de l'OMS et l'ONU	48
A. L'action sanitaire de l'organisations intergouvernementales	49
B. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030.....	50
SECONDE PARTIE : LA PERSONNE ATTEINTE DE TROUBLES MENTAUX COMME ACTEUR DE DROIT INTERNATIONAL.....	53
Chapitre 1 : Le processus législatif français comme réponse au problème de santé publique internationale.....	54
Section 1 : Protection juridique de l'accès aux soins en France.....	54
Paragraphe 1 : Le point d'ancrage.....	55
A. Le tournant du siècle : la loi de 1838	55
B. Les fondements constitutionnels du droit à la santé publique	57
Paragraphe 2 : L'hospitalisation ne constitue pas la règle.....	59
A. Le renforcement de l'autonomie du patient par la loi du 5 juillet 2011	60
B. Les limites des soins sans consentement	62
Section 2 : L'efficacité de la garantie des droits des patients psychiatriques	63
Paragraphe 1 : Le contentieux de l'hospitalisation sans consentement.....	64
A. Le droit à l'information	64
B. Les actions du magistrat en matière d'hospitalisation.....	66
Paragraphe 2 : Une analyse de la compatibilité du système juridique français avec les normes internationales	67
A. Points de divergence avec les normes internationales.....	68
B. Points de convergence avec les normes internationales	69

Chapitre 2 : l'apport de la Cour interaméricaine des droits de l'Homme à la protection de la santé mentale	72
Section 1 : Première condamnation mondiale dans le domaine de la santé mentale	72
Paragraphe 1 : Comment réparer l'irréparable ?	73
A. « Holocauste brésilien »	73
B. L'affaire Ximenes Lopes contre le Brésil.....	74
Paragraphe 2 : Expression du droit à la santé mentale à la CIDH	76
A. Le jugement devant la CIDH.....	76
B. La torture psychologique vue par les tribunaux européens et américains	78
Section 2 : Le chemin de l'individu vers la justice accessible	79
Paragraphe 1 : accès à la justice internationale	80
A. Le droit procédural de l'accès à la justice internationale	80
B. L'établissement de la personnalité juridique internationale	82
Paragraphe 2 : Le mouvement global pour la réinsertion sociale.....	83
A. Les recommandations du Conseil de l'Europe.....	84
B. La France innovante : les services Relais et SEM.....	85
CONCLUSION.....	90
ANNEXE 2.....	94
ANNEXE 3.....	95
BIBLIOGRAPHIE.....	96
TABLE DES MATIÈRES.....	111