



CP 2000/101 Final FR/en

Original : EN

TITLE / TITRE

Comments of the CP on the "White Paper" on protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorders proposed by the working party of the Steering Committee on Bioethics (CDPI) of the Council of Europe

Commentaires du CP sur le « Livre Blanc » sur la protection des droits de l'Homme et de la dignité des personnes souffrant de troubles mentaux proposé par le groupe de travail du Comité d'organisation sur la bioéthique (CDPI) du Conseil de l'Europe

AUTHOR / AUTEUR

Dr PYLKKANEN

CONCERNING / CONCERNE

All Delegations

Toutes les délégations

PURPOSE / OBJET

Adopted during the Board on 02/09/2000 – Adopté lors du Conseil le 02/09/2000

DATE

19/09/2000

KEYWORDS / MOTS CLEFS

Mental disorders / Troubles mentaux

Commentaires du Comité Permanent des Médecins Européens (CP) sur le

"Livre Blanc" sur la Protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes souffrant de troubles mentaux proposé par le Groupe de Travail du Comité Directeur sur la Bioéthique (CDPI) du Conseil de l'Europe

Rapporteur : Dr Kari Pylkkänen (Finlande)

Le Comité Permanent des Médecins Européens (Standing Committee of European Doctors, CP) représente 1,4 million de médecins européens. Ayant désigné le Dr. Kari Pylkkänen (Finlande) comme rapporteur et ayant consulté l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (U.E.M.S.) et sa Section de Psychiatrie qui représente les psychiatres européens, le CP suggère que les points suivants soient pris en considération lorsque le Document sera finalisé:

1. La portée de l'application du nouvel instrument légal

Le CP considère que le "Livre Blanc" traite un point extrêmement important. Ses recommandations en vue de nouvelles directives pour une législation constituent de très importantes initiatives dans le cadre de l'amélioration des droits des patients et de la qualité des prestations des soins de santé à des personnes qui souffrent de troubles mentaux en Europe. Le Groupe de Travail du Comité de Bioéthique a fait un très bon travail. Cependant, la portée du Livre Blanc est trop limitée dans sa forme actuelle pour aborder de façon adéquate ce point très important.

Nous suggérons qu'une nouvelle priorité soit incorporée au document afin que soit abordé le problème le plus important que constitue la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes souffrant de troubles mentaux. Nous suggérons que la portée du document soit élargie de manière à inclure les moyens disponibles pour la *prévention* du risque de traitements par contrainte. A cet effet, la *première priorité du document doit être donnée à la prévention du risque d'admission et de traitement par contrainte en conseillant aux gouvernements de mettre plus l'accent sur l'amélioration de l'accès aux et de la qualité des soins psychiatriques adéquats en consultation externe basés sur des soins ambulatoires.*

2. Le risque de traitement par contrainte peut être diminué par un bon accès aux prestations psychiatriques basées sur des soins ambulatoires adéquats

Il semble très évident que la qualité des prestations de santé en dehors de la portée des prestations par contrainte a un impact sur les droits des patients en termes d'augmentation ou de diminution du risque d'épisodes de soins par contrainte. Ce lien est mentionné dans le document (Chapitre 2, paragraphe d), ce qui signifie que le traitement par contrainte est acceptable si "les moyens de donner au patient des soins appropriés qui soient moins restrictifs que les soins par contrainte ne sont pas disponibles".

Il semble évident que le risque de placement par contrainte peut être diminué si on vise plus loin et s'il existe une meilleure qualité d'alternatives qui soient moins restrictives.

Ceci signifie que *la façon la plus efficace et la plus importante d'améliorer les droits et la dignité des personnes souffrant de troubles mentaux ne concerne pas seulement les améliorations visant la qualité de l'admission et du traitement par contrainte proprement dits, mais également les améliorations qui ont trait à la qualité et à l'accès à des modèles alternatifs de soins en consultation externe.*

Ce point est à la fois très important et très critique dans l'Europe actuelle pour deux raisons.

- 1) La récente restructuration des soins de santé mentale partout en Europe a amené d'énormes modifications dans la manière de dispenser les soins de santé mentale. En bref, la tendance la plus marquée de ces modifications a entraîné des diminutions drastiques de toutes les formes de soins en milieu hospitalier alors que les soins en consultation externe basés sur les soins ambulatoires en furent peu ou pas affectés. Ceci a modifié l'équilibre entre les soins par contrainte et leurs alternatives.
- 2) Il est évident que les changements mentionnés ci-dessus ont fortement accru le nombre proportionnel d'épisodes par contrainte dans les hôpitaux. Alors que le nombre de lits d'hôpital a été réduit de façon drastique (dans certains pays, de plus de 30% par rapport au niveau d'il y a 20 ans), la part relative des placements par contrainte en hôpital s'est accrue et ceci a conduit à une détérioration de la qualité des soins dans les hôpitaux.

Le nombre de patients nécessitant en général des épisodes de soins psychiatriques en milieu hospitalier n'a pas fortement évolué alors que le nombre de lits baissait radicalement. Il en résulte que le nombre d'admissions à l'hôpital n'a donc pas nécessairement fort changé. Ce qui a changé par contre est la durée du séjour en hôpital. De ce fait, beaucoup de patients quittent l'hôpital plus tôt qu'il n'est cliniquement indiqué. Après avoir quitté l'hôpital, ces patients nécessitent un soutien très important en consultations externes, alors que les ressources pour ce faire sont généralement insuffisantes.

Les ressources pour les soins de santé mentale n'ont pas suivi les patients des hôpitaux vers les consultations externes. Il semble évident que les patients ayant quitté l'hôpital à un stade précoce de leur guérison et qui sont ensuite soignés en externe encourent un risque de rechute plus marqué. Ceci entraîne alors souvent la nécessité d'un nouvel épisode en hôpital, qui a fréquemment lieu dans des circonstances dans lesquelles un placement par contrainte ne peut être évité.

Le nouvel instrument légal devrait émettre une forte recommandation à l'intention des gouvernements, mettant l'accent sur le fait qu'ils devraient, en vue d'améliorer les droits de l'homme et la dignité des personnes souffrant de troubles mentaux, accorder une attention particulière aux nouveaux développements des soins psychiatriques en externe afin de combattre les effets négatifs de la "désinstitutionnalisation" des soins psychiatriques en Europe. Pour atteindre ce but, les gouvernements devraient prendre en considération les moyens de développer de nouvelles motivations financières pour l'amélioration des soins en externe des patients psychiatriques.

Il est clair que la promotion de l'accès à des soins ambulatoires appropriés constitue aussi un moyen efficace de réduire les stigmates et la discrimination (paragraphe 12 du Document). De nouveaux systèmes d'amélioration de la qualité et de suivi de la prestation de soins de santé mentale devraient être développés.

3. Catégories comprises dans le concept de trouble mental

Les différents pays ont à ce sujet des approches différentes. Certains pays limitent le critère clinique pour le placement par contrainte uniquement aux psychoses. D'autres pays ont des critères non spécifiés tel que le "trouble mental". Le rapport en annexe de la Section de psychiatrie de l'U.E.M.S. (1998) sur la législation psychiatrique en Europe observe que le terme "trouble mental" n'est pas défini dans 9 des 25 pays. Dans 23 pays, les psychiatres incluent la psychose dans le genre de maladie psychiatrique devant être présent pour qu'il y ait internement.

Les critères cliniques dans la législation devraient être aussi clairs que possible. A cet égard, ni le concept de "l'incapacité mentale", ni celui du "trouble mental" ne constitue un concept suffisamment clair. Nous suggérons que le critère de diagnostic de base soit la psychose. Si certains pays désirent faire exception à ce critère de base, ils peuvent définir chacune de ces catégories supplémentaires dans leur législation.

4. Les critères de placement par contrainte dans un établissement psychiatrique et de traitement par contrainte.

Il est conseillé de manière très adéquate aux gouvernements (3 d.) que: "Les états membres doivent assurer que des mesures soient prises pour que les alternatives au placement soient accessibles à un maximum de personnes".

L'accent sera mis sur cet objectif en incluant le nouveau chapitre insistant sur la nécessité d'avoir des traitements adéquats ambulatoires comme suggéré dans ce document.

Considérant quelles alternatives devraient toujours être disponibles, il est suggéré de travailler en ce sens. Nous proposons que soit établie une directive comprenant une liste des prestations nécessaires. La variété des bonnes pratiques continuant de se développer, une liste des prestations nécessaires ne peut jamais être complète ou définitive.

Des systèmes de contrôle de qualité sont nécessaires pour assurer un suivi adéquat de la fourniture de prestations dans chaque pays.

5. La distinction entre placement par contrainte et traitement par contrainte n'est pas significative.

Le Document suggère une distinction entre placement par contrainte et traitement par contrainte. Ceci est contraire à l'argument également présenté dans le document selon lequel le placement par contrainte devrait seulement avoir lieu pour des raisons thérapeutiques. L'idée de placement par contrainte sans traitement donnerait un objectif et un rôle restrictifs et non thérapeutiques aux services psychiatriques.

La sécurité du public est un problème important dans la société. Ce n'est cependant ni le rôle ni le devoir des services de santé de mettre en place de telles mesures de sécurité qui ne sont pas basées sur des arguments médicaux. Le placement par contrainte pour la raison qu'il n'existe pas de traitement ou pour les cas qui ne peuvent pas être médicalement traités n'est pas une tâche des soins de santé. Le CP considère que les établissements psychiatriques forment une partie intégrante des organisations de soins de santé. Effectuer du contrôle social avec des objectifs non médicaux ne peut constituer une mission pour les soins de santé.

6. La procédure et l'organisme indépendant approprié.

Le CP est totalement d'accord avec les points de vue présentés concernant le processus de prise de décision du traitement par contrainte. Le patient doit tout d'abord être examiné par un psychiatre ou par un médecin possédant l'expérience et la compétence requises. La décision doit être prise par une autorité appropriée qui peut être un médecin habilité à prendre de telles décisions et qui n'a pas de relation avec le médecin qui a proposé le traitement par contrainte. Nous considérons la décision de traitement par contrainte comme étant une décision clinique qui doit être prise par un médecin et contrôlée par un tribunal. La famille du patient doit être consultée seulement si le patient y consent ou s'il existe des problèmes plus importants en relation avec la sécurité publique qui font que les membres de la famille ou d'autres personnes proches du patient peuvent être consultés sans le consentement du patient.

7. Autres commentaires.

L'usage de la contrainte physique doit être décidé en faisant la part des avantages et des risques que cela présente et il doit toujours, soit avoir lieu sous la supervision d'un docteur en médecine, soit être porté à la connaissance d'un médecin pour approbation. La contrainte physique doit toujours être utilisée uniquement dans le cadre du traitement, et les raisons et la durée de telles mesures doivent toujours être inscrites dans le dossier personnel du patient. En outre, nous suggérons que, en vue d'un contrôle de qualité, un registre spécial de ces mesures soit tenu dans chaque pavillon pour y enregistrer tous les usages de la contrainte physique.

Le CP estime qu'une distinction devrait être faite entre la législation portant sur l'admission dans les hôpitaux sur la base des critères repris dans le "Livre Blanc" et la législation en rapport avec les actes criminels (psychiatrie médico-légale).

8. L'étude de la Section de Psychiatrie de l'U.E.M.S. sur la législation psychiatrique en Europe.

La Section de Psychiatrie de l'U.E.M.S. a fait deux études de suivi des critères et de l'utilisation de l'admission et du traitement coercitifs dans les pays européens. Le rapport de la dernière étude effectuée en 1998 se trouve en annexe. Les deux études consécutives indiquent qu'il y a eu d'importants développements dans ce domaine en Europe dans les années 90 et que la plupart des pays ont revu ou sont en train de revoir leur législation. La législation psychiatrique n'était pas antérieure à 1990 dans 19 pays des 25 sur lesquels portait l'étude.

Dr PYLLKANEN

UEMS – Section psychiatrie
Dr Helle Aggernæs
Hôpital Amager, 1399 Copenhague, Danemark
10.07.2000
[1^è version provisoire]

Les lois sur la psychiatrie en Europe en 1998

En 1993, seize États membres de l'UEMS – section psychiatrie – ont complété un questionnaire relatif à la législation portant sur l'internement forcé (collocation) et d'autres actes obligatoires en psychiatrie. Les admissions médico-légales en raison de comportements criminels n'étaient pas visées. L'enquête a montré qu'il existait d'énormes différences entre les législations des divers pays, y compris dans la manière dont la loi était appliquée. Les pays européens semblaient donc très loin d'une harmonisation en matière de lois psychiatriques.

Le même questionnaire a été complété par les délégués des États membres en 1999 (portant sur l'année 1998). Les seize mêmes pays y ont participé. Seul le Luxembourg dont la législation est très semblable à celle de la Belgique n'a pas répondu. Depuis 1993, plusieurs pays européens sont devenus des États membres associés de la section UEMS ou ont acquis un statut d'observateur. Neuf de ces «nouveaux» pays ont également complété le questionnaire, ce qui porte le nombre total de réponses à vingt-cinq.

Les États participants en 1993 et en 1998

Allemagne – D, Autriche – A, Belgique – B, Danemark – DK, Espagne – E, Finlande – FIN, France – F, Grèce – EA, Irlande – IRE, Italie – I, Norvège – N, Pays-Bas – NL, Portugal – P, Royaume-Uni – UK, Suède – S, Suisse – CH.

Les pays qui ont participé en 1998

Chypre – CY, Croatie – CRO, Estonie – EST, Hongrie – H, Malte – MA, Pologne – PO, République slovaque – SLR, République tchèque – CZR, Slovénie – SL.

Ancienneté de la législation

Dans ces différents pays la législation varie en âge et date de 1945 (IRE) à 1999. 12 pays participants sur 25 ont modifié ou adopté des lois psychiatriques entre 1993 et 1999. DK, P, N et SL ont légiféré en 1999. La loi maltaise date de 1981 et huit autres pays 'nouveaux' ont adopté des lois entre 1993 et 1999.

Critères pour l'internement obligatoire

À l'exception de l'Italie, tous les pays acceptent le critère selon lequel un patient peut être hospitalisé de force, si outre sa maladie mentale il constitue un **danger réel pour lui-même et/ou les autres**. 16 pays acceptent qu'un patient puisse être hospitalisé s'il existe un **danger pour sa propre santé**, mais neuf États (A, B, CZR, D, E, EST, H, NL, S) n'acceptent pas ce critère.

Seuls deux États membres acceptent qu'une personne puisse être hospitalisée contre son gré si son comportement social dans la communauté n'est pas acceptable.

Neuf pays n'ont pas spécifié le type de maladie mentale dont devaient souffrir les patients susceptibles d'être hospitalisés de force, se contentant de mentionner le terme «troubles psychiatriques» (CRO, E, EA, EST, MA, NL, P, PO, UK).

Dans 23 pays, les psychiatres ont inclus la psychose parmi les maladies mentales à l'origine d'un internement. Outre les États qui ont seulement mentionné «désordres psychiatriques» neuf autres pays (B, CH, CZR, D, F, H, IRE, SLO, SLR) admettent l'alcoolisme et certaines autres formes de dépendance. Un patient admis volontairement peut être interné de manière obligatoire dans une section psychiatrique dans 17 pays sur 25, mais ne peut être détenu contre son gré en B, CRO, F, I, N, NL, SLR. Dans certains pays, la détention ne peut durer que quelques jours, après une décision prise par un juge.

Parfois le retard mental est considéré comme une maladie psychiatrique acceptable au regard de la loi et décrite dans celle-ci pour permettre le placement en milieu psychiatrique institutionnel. Le questionnaire ne portait cependant pas sur les retards mentaux, le but de l'enquête étant d'étudier les admissions dans les services et hôpitaux psychiatriques pour des raisons thérapeutiques et non le placement de personnes avec des maladies mentales incurables sans objectif médical de guérison précis.

Autres actes obligatoires mentionnés dans les lois

Dans sept pays sur 25, les lois ne mentionnent aucun autre acte obligatoire. Cela constitue une évolution par rapport à 1993, quand neuf pays sur seize n'en mentionnaient pas. 18 pays ont signalé des médications et les lois de quelques États prévoient la réclusion, la contrainte et d'autres méthodes obligatoires à objectif thérapeutique. Plusieurs lois n'étaient pas vraiment claires et non spécifiques à cet égard. Les sept pays ne disposant d'aucune spécification sont : B, CH, E, EA, H, SL et SLR.

La décision d'internement obligatoire

Dans la plupart des pays européens, la responsabilité de décider un internement appartient aux autorités médicales. Dans dix-neuf pays, c'est le médecin qui doit examiner le patient, décider et demander son internement. Dans certains pays ce médecin doit être un psychiatre et parfois l'avis de deux médecins indépendants est requis. Ce n'est qu'en A, CRO, EST, FIN, IRE qu'un ou deux médecins (psychiatres) peuvent décider l'internement sans avoir recours à une autre autorité. Dans seize pays c'est le juge qui devra confirmer la décision du médecin, avant l'internement, et en Italie par exemple, la responsabilité incombe aux autorités locales de la santé publique. Dans certains pays, ce sont les proches ou la famille qui doivent attirer l'attention des autorités sur la maladie mentale du patient et la nécessité de l'interner, mais dans aucun pays ces proches n'ont la responsabilité de l'internement.

Procédures de plainte relatives à l'internement forcé

Dans sept pays, les plaintes doivent être adressées aux tribunaux ; dans huit pays, elles sont directement adressées à un juge ou un magistrat et dans dix pays il s'agit d'une autre instance, par exemple un tribunal spécialisé en matière de santé mentale (UK) ou le ministère de la Santé (IRE). Dans dix-sept pays le patient obtient une réponse à sa plainte dans un délai de deux semaines. Dans huit pays il faut plus de temps. Le délai maximal pour obtenir une réponse à la suite d'une plainte n'est pas spécifié dans tous les pays et il n'existe guère de statistiques.

Procédures de plainte – autres actes obligatoires

Les plaintes portant sur les autres actes obligatoires sont adressées aux tribunaux dans sept pays, au juge dans sept autres pays et à d'autres personnes désignées, au directeur de l'hôpital, à une commission ou à un comité ailleurs. Comme les autres actes obligatoires ne figurent pas dans les législations de plusieurs pays, on n'y trouve pas davantage une procédure de plainte spécifique. Dans certains pays, les démarches varient en fonction du type d'acte obligatoire à propos duquel le patient se plaint. Le délai avant d'obtenir une réponse peut varier d'un jour à «l'éternité», et dans certains pays ce délai n'est tout simplement pas connu. Dans treize pays, le patient attend moins de quinze jours pour obtenir une réponse, y compris les dix pays (A, B, CH, DK, F, I, IRE, H, NL, SLR) où le délai est de moins d'une semaine. Par comparaison avec 1993, le temps de réponse a diminué dans plusieurs pays, peut-être parce qu'au moment de la révision des lois on y a inclus une description des procédures de plainte et des délais impartis.

Durée de l'internement sous contrainte

Douze pays n'ont pas répondu, peut-être parce que les statistiques n'existent pas. Le nombre moyen de jours de détention involontaire dans un hôpital varie de 1 (D) à 73 (FIN) dans les pays qui disposent de statistiques, la durée maximale variant de 90 à 730 jours. En D, DK, I, IRE, NL, S et UK il est possible d'interner des patients pour une durée indéterminée. Dans les quelques pays où il est possible d'interner obligatoirement une personne sans limite de temps, la décision d'enfermement obligatoire doit être renouvelée périodiquement par un juge ou par une autre instance judiciaire.

Nombre d'admissions sous contrainte par rapport à l'ensemble des hospitalisations

Tout comme en 1993, il a été difficile d'obtenir des données précises relatives au pourcentage d'internements obligatoires par rapport au nombre total d'hospitalisations dans chacun des États membres. On sait qu'au cours des quinze dernières années le nombre de lits psychiatriques a diminué de manière spectaculaire dans la plupart des pays européens. Au cours de cette même période, la durée des séjours en milieu hospitalier a également diminué, parce qu'un grand nombre de patients sont à présent soignés de manière ambulatoire dans des cliniques de jour. Six pays ne disposaient pas de données.

Dans les autres le pourcentage des admissions sous contrainte représentait en moyenne 11 %, allant de 2,3 % (EST) à 80% (EA). Les pays dont le pourcentage est égal ou inférieur à 11% sont : B, CH, CZR, D, DK, EST, F, H, IRE, NL, PO, SL, SLR et UK.

Conclusion

Les années quatre-vingt-dix semblent avoir été marquées par un intérêt réel pour réglementer ou élaborer de nouvelles législations relatives à l'internement sous contrainte et à d'autres actes obligatoires dans le domaine psychiatrique. Si on tient compte des quatre réglementations et lois intervenues en 1999, dix-neuf pays sur vingt-cinq ont des instruments légaux dont les plus anciens datent de 1990. Seuls l'Allemagne, l'Italie, l'Irlande, la Suisse, Malte et le Royaume-Uni ont des lois plus anciennes. En ce qui concerne l'Allemagne et la Suisse, plusieurs États fédérés ou cantons locaux disposent de réglementations plus récentes et plus spécifiques.

Entre 1993 et 1998, plusieurs pays ont également précisé des procédures de plainte portant sur les autres actes obligatoires ainsi que des délais pour répondre aux patients. Ce n'est que rarement que la législation reprend des dispositions décrivant le niveau des facilités et équipements hospitaliers pour les patients internés contre leur gré dans des services et des institutions psychiatriques. L'enquête montre que si la législation est une chose, la réalité peut être très différente, parce que les textes doivent être interprétés et mis en œuvre.

Outre le fait que différentes approches idéologiques pèsent sur les législations, la culture locale et l'organisation locale des soins psychiatriques influencent la manière dont la législation évolue dans chaque État membre. La situation économique de chaque pays et les choix politiques décidant de l'allocation des ressources du secteur des soins médicaux et de la santé publique exercent également une influence sur le nombre d'internements psychiatriques. En dépit des variations des textes légaux et de la manière dont ils sont appliqués, on constate en Europe un processus d'harmonisation et de rapprochement des dispositions réglementaires régissant les soins psychiatriques. Pour poursuivre ce processus, diminuer le nombre d'internements au strict minimum requis et garantir les droits de l'homme aux patients qui se retrouvent internés de force, il importe de :

- Prévoir des traitements psychiatriques dans une infrastructure globale proposant des soins de qualité à la fois pour les patients ambulatoires et les patients internés ;
- Allouer des ressources financières suffisantes afin de disposer de bâtiments de haute qualité et d'un personnel qualifié tant en milieu institutionnel que dans les services psychiatriques extérieurs de la communauté ;
- Préciser les procédures de plainte et les assortir de délais effectifs ;
- Collecter des données statistiques portant sur le nombre d'internements forcés, les autres actes obligatoires et les plaintes ;
- Prévoir dans tous les pays un système de surveillance des normes de qualité ;
- Garantir le droit fondamental au traitement pour tous les malades mentaux souffrant de troubles psychotiques guérissables.