

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XVIII LEGISLATURA —————

**Doc. XII-bis**  
**n. 140**

## **ASSEMBLEA PARLAMENTARE DEL CONSIGLIO D'EUROPA**

Risoluzione n. 2291

—————

Mettere fine alla coercizione nella salute mentale:  
la necessità di un approccio basato sui diritti umani

—————  
Trasmessa il 3 luglio 2019  
—————

# PARLIAMENTARY ASSEMBLY OF THE COUNCIL OF EUROPE

## RESOLUTION 2291 (2019) <sup>(1)</sup>

### Provisional version

#### Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach

##### PARLIAMENTARY ASSEMBLY,

1. Across Europe, a growing number of persons with mental health conditions or psychosocial disabilities are subject to coercive measures such as involuntary placement and treatment. Even in countries where so-called restrictive laws have been introduced to reduce the recourse to such measures, the trend is similar, indicating that in practice such laws do not seem to produce the intended results.

2. The overall increase in the use of involuntary measures in mental health settings mainly results from a culture of confinement which focuses and relies on coercion to « control » and « treat » patients who are considered potentially « dangerous » to themselves or others. Indeed, the notion of risk of harm to oneself or others remains a strong focus in justifications for involuntary measures across Council of Europe member States, despite the lack of empirical evidence regarding

both the association between mental health conditions and violence, and the effectiveness of coercive measures in preventing self-harm or harm to others. Reliance on such coercive measures not only leads to arbitrary deprivations of liberty but, being unjustified differential treatment, it also violates the prohibition on discrimination.

3. Evidence from sociological fieldwork research on persons with mental health conditions, on the other hand, points to overwhelmingly negative experiences of coercive measures, including pain, trauma and fear. Involuntary « treatments » administered against the will of patients, such as forced medication and forced electroshocks, are perceived as particularly traumatic. They also raise major ethical issues, as they can cause potentially irreversible damage to health.

4. Coercion also has a deterring effect on persons with mental health conditions who avoid or delay contact with the health-care system for fear of losing their dignity and autonomy, which ultimately leads to negative health outcomes, including intense life-threatening distress and crisis situations, which in turn lead to more coercion. There is a need to break this vicious circle.

5. Mental health systems across Europe should be reformed to adopt a human rights-based approach which is compatible with the United Nations Convention on the

(1) *Assembly debate* on 26 June 2019 (23rd Sitting) (see Doc. 14895, report of the Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development, rapporteur: Ms Reina de Bruijn-Wezeman; and Doc. 14910, opinion of the Committee on Equality and Non-Discrimination, rapporteur: Ms Sahiba Gafarova). *Text adopted by the Assembly* on 26 June 2019 (23rd Sitting).

See also Recommendation 2158 (2019).

Rights of Persons with Disabilities, and respectful of medical ethics and of the human rights of the persons concerned, including of their right to health care on the basis of free and informed consent.

6. A number of positive examples from within and outside Europe, including hospital-based strategies, community-based responses, such as peer-led crisis or respite services, and other initiatives, such as advance planning, have proven to be highly successful in preventing and reducing recourse to coercive practices. These promising practices are also highly effective in assisting persons with mental health conditions during crisis situations, and should thus be placed at the centre of mental health systems. Services which rely on coercion should be considered unacceptable alternatives that must be abandoned.

7. In view of the elements above, and convinced that greater awareness, cross-stakeholder co-ordination and political commitment are crucial in initiating and sustaining the much-needed change in mental health policies, the Parliamentary Assembly urges the member States to immediately start to transition to the abolition of coercive practices in mental health settings. To this end, it calls on the member States to:

7.1. develop, as a first step, a roadmap to radically reduce recourse to coercive measures, with the participation of all stakeholders, including in particular persons with mental health conditions and service providers;

7.2. develop effective and accessible support services for persons experiencing crises and emotional distress, including

safe and supportive spaces to discuss suicide and self-harm;

7.3. develop, fund and provide resources for research on non-coercive measures, including community-based responses such as peer-led crisis or respite services, and other initiatives, such as advance planning;

7.4. dedicate adequate resources to prevention and early identification of mental health conditions and early, non-coercive intervention, especially in children and young people, without stigmatisation;

7.5. fight the stereotypes against persons with mental health conditions and, in particular, the erroneous public narrative about violence and persons with mental health conditions, through effective awareness-raising activities involving all relevant stakeholders, including service providers, media, police and law-enforcement officers and the general public, as well as people with lived experience of mental health conditions;

7.6. review the curricula of higher education institutions, in particular those of schools of medicine, law and social work, to ensure that they reflect the provisions of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities;

7.7. fight against the exclusion of persons with mental health conditions by ensuring that they have access to appropriate social protection, including housing and employment;

7.8. provide adequate social and financial support to families of persons with mental health conditions to enable them to cope with the stress and pressure of supporting their loved ones.

# ASSEMBLÉE PARLEMENTAIRE DU CONSEIL DE L'EUROPE

## RÉSOLUTION 2291 (2019) <sup>(1)</sup>

Version provisoire

Mettre fin à la contrainte en santé mentale:  
nécessité d'une approche fondée sur les droits humains

ASSEMBLÉE PARLEMENTAIRE,

1. En Europe, de plus en plus de personnes ayant des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial font l'objet de mesures coercitives comme le placement involontaire et le traitement involontaire. Une tendance similaire s'observe même dans les pays qui ont adopté des lois dites restrictives pour limiter le recours à ces mesures, ce qui montre que dans la pratique, ces lois ne semblent pas produire les effets escomptés.

2. L'augmentation générale du recours aux mesures involontaires dans le domaine de la santé mentale résulte principalement d'une culture de l'enfermement qui se focalise et s'appuie sur la contrainte pour «contrôler» et «traiter» les patients qui sont considérés comme potentiellement «dangereux» pour eux-mêmes ou pour les autres.

(1) *Discussion par l'Assemblée* le 26 juin 2019 (23<sup>e</sup> séance) (voir Doc. 14895, rapport de la commission des questions sociales, de la santé et du développement durable, rapporteure: M<sup>me</sup> Reina de Bruijn-Wezeman; et Doc. 14910, avis de la commission sur l'égalité et la non-discrimination, rapporteure: M<sup>me</sup> Sahiba Gafarova). *Texte adopté* par l'Assemblée le 26 juin 2019 (23<sup>e</sup> séance).

Voir également la Recommandation 2158 (2019).

De fait, la notion de risque de dommage pour soi-même ou pour autrui continue d'occuper une place importante dans la justification des mesures involontaires dans les États membres du Conseil de l'Europe, malgré un manque de preuves empiriques, tant sur le lien entre problèmes de santé mentale et violence que sur l'efficacité des mesures coercitives dans la prévention des dommages en question. Or, non seulement le recours à de telles mesures coercitives conduit à des privations de liberté arbitraires, mais, en tant que traitement différentiel non justifié, il enfreint aussi la prohibition de la discrimination.

3. À l'inverse, il ressort d'études sociologiques menées sur le terrain avec des personnes ayant des problèmes de santé mentale que les mesures coercitives sont vécues comme des expériences largement négatives, associées à des souffrances, des traumatismes et de la peur. Les «traitements» involontaires administrés contre la volonté du patient, par exemple la médication forcée et le traitement forcé par électrochocs, sont jugés particulièrement traumatisants. Ils posent également d'importantes questions éthiques car ils peuvent causer des dommages potentiellement irréversibles pour la santé.

4. La contrainte a également un effet dissuasif sur les personnes ayant des pro-

blèmes de santé mentale qui, par crainte de perdre leur dignité et leur autonomie, évitent ou retardent le contact avec le système de santé ce qui finit par avoir des répercussions négatives sur leur santé. Elles peuvent notamment se retrouver dans des situations de détresse et de crise intense qui mettent leurs jours en danger et génèrent à leur tour plus de contrainte. C'est un cercle vicieux qu'il faut briser.

5. Les systèmes de santé mentale qui existent en Europe devraient être réformés pour adopter une approche basée sur les droits humains qui soit compatible avec la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées et qui respecte l'éthique médicale et les droits humains des personnes concernées, et notamment le droit à des soins de santé sur la base d'un consentement libre et éclairé.

6. En Europe et ailleurs, un certain nombre d'approches ont donné de bons résultats en matière de prévention et de réduction du recours aux mesures coercitives: parmi les exemples positifs figurent notamment des stratégies en milieu hospitalier, des services de proximité dont des services de crise et de répit administrés par des pairs ainsi que d'autres initiatives comme la planification anticipée. Ces pratiques prometteuses sont également très efficaces pour soutenir les personnes ayant des problèmes de santé mentale dans les situations de crise et devraient donc être placées au coeur des systèmes de santé mentale. Les services coercitifs devraient être considérés comme des alternatives inacceptables qu'il convient d'abandonner.

7. Compte tenu de ces éléments et convaincue qu'une sensibilisation accrue, une coordination plus grande entre les parties prenantes et un engagement politique plus fort sont essentiels pour engager et poursuivre la transformation indispensable des politiques de santé mentale, l'Assemblée parlementaire exhorte les États membres à amorcer sans délai la transition vers l'abolition des pratiques coercitives dans le domaine de la santé

mentale. À cette fin, elle invite les États membres:

7.1. à élaborer dans un premier temps une feuille de route pour réduire de manière radicale le recours aux mesures coercitives, avec la participation de toutes les parties prenantes concernées et en particulier les personnes ayant des problèmes de santé mentale et les prestataires de services;

7.2. à créer des services de soutien appropriés et accessibles aux personnes qui connaissent des situations de crise et de détresse psychologique, et notamment des lieux sûrs et bienveillants pour évoquer le suicide et l'automutilation;

7.3. à développer, financer et mettre à disposition des ressources pour la recherche sur les mesures non coercitives parmi lesquelles des solutions de proximité comme des services de crise et de répit administrés par les pairs, ainsi que d'autres initiatives comme la planification anticipée;

7.4. à consacrer des ressources adéquates à la prévention et à la détection précoce des problèmes de santé mentale et aux interventions précoces non coercitives, en particulier chez les enfants et les jeunes, sans stigmatisation;

7.5. à combattre les stéréotypes à l'égard des personnes ayant des problèmes de santé mentale, et en particulier le discours public erroné sur ces personnes et la violence, par le biais d'activités efficaces de sensibilisation impliquant l'ensemble des parties prenantes, et notamment les prestataires de services, les médias, la police, le grand public et les personnes ayant fait l'expérience de problèmes de santé mentale;

7.6. à revoir le programme des établissements d'enseignement supérieur et tout particulièrement des facultés de médecine, de droit et de travail social, pour garantir qu'il soit conforme aux dispositions de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées;

7.7. à lutter contre l'exclusion des personnes ayant des problèmes de santé mentale en s'assurant qu'elles aient accès à une protection sociale adéquate, notamment pour ce qui est du logement et de l'emploi;

7.8. à assurer aux familles des personnes ayant des problèmes de santé mentale les aides sociales et financières adéquates pour leur permettre de faire face aux difficultés et au stress induits par le soutien à leurs proches.

## ASSEMBLEA PARLAMENTARE DEL CONSIGLIO D'EUROPA

### RISOLUZIONE 2291 (2019) <sup>(1)</sup>

Mettere fine alla coercizione nella salute mentale:  
la necessità di un approccio basato sui diritti umani

ASSEMBLEA PARLAMENTARE,

1. In Europa, sempre più persone con problemi di salute mentale o disabilità psicosociali sono oggetto di misure coercitive come il ricovero involontario e il trattamento involontario. Una tendenza simile si osserva anche nei paesi che hanno adottato leggi dette « restrittive » per limitare il ricorso a queste misure, il che dimostra che nella pratica queste leggi non sembrano produrre gli effetti attesi.

L'aumento generale del ricorso alle misure involontarie nel campo della salute mentale è principalmente il risultato di una cultura del confinamento che si focalizza e si fonda sulla coercizione per « controllare » e « trattare » i pazienti che sono considerati potenzialmente « pericolosi » per se stessi e per gli altri. Di fatto, la nozione del rischio di danni a se stessi o ad altri continua ad occupare un posto importante nel giustificare misure involontarie negli Stati membri del Consiglio d'Europa, nonostante l'assenza di prove

empiriche, sia sul nesso esistente tra i problemi di salute mentale e la violenza sia sull'efficacia delle misure coercitive nella prevenzione dei danni in questione. Ebbene, non soltanto il ricorso a tali misure coercitive porta alla privazione arbitraria della libertà, ma, in quanto trattamento differenziato non giustificato, contravviene anche al divieto di discriminazione.

3. Al contrario, da quanto emerge da studi sociologici svolti sul campo con persone affette da problemi di salute mentale, le misure coercitive sono vissute come esperienze ampiamente negative, associate a sofferenze, traumi e paura. I « trattamenti » involontari somministrati contro la volontà del paziente, per esempio la medicazione forzata o il trattamento obbligatorio per elettroshock, sono giudicati particolarmente traumatici. Sollevano anche importanti questioni etiche perché possono causare danni potenzialmente irreversibili per la salute.

4. La coercizione ha anche un effetto dissuasivo sulle persone che hanno problemi di salute mentale che, per timore di perdere la dignità e l'autonomia, evitano o ritardano il contatto con il sistema sanitario, finendo per avere ripercussioni negative sulla salute. In particolare, possono ritrovarsi in situazioni di sconforto e crisi intensa che mettono in pericolo la loro vita e sono poi all'origine di una maggiore coercizione. È un circolo vizioso che è necessario interrompere.

(1) *Dibattito in Assemblea* del 26 giugno 2019 (23° seduta) (V. Doc. 14895, Relazione della Commissione affari sociali, salute e sviluppo sostenibile, Relatrice: On. Reina de Bruijn-Wezeman; e Doc. 14910, parere della Commissione uguaglianza e non discriminazione, Relatrice: On. Sahiba Gafarova). *Testo adottato dall'Assemblea* il 26 giugno 2019 (23° seduta).

V. anche la Raccomandazione 2157 (2019).

5. I sistemi di salute mentale esistenti in Europa dovrebbero essere riformati per adottare una strategia basata sui diritti umani, compatibile con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e rispettosa dell'etica medica e dei diritti umani delle persone coinvolte, in particolare il diritto a cure sanitarie erogate sulla base di un consenso libero e informato.

6. In Europa e altrove, alcune strategie hanno dato buoni risultati in materia di prevenzione e riduzione del ricorso a misure coercitive: tra gli esempi positivi figurano in particolare le strategie in ambiente ospedaliero, i servizi nella comunità tra cui i servizi operati da pari in caso di crisi e di remissione (gruppi di auto-sostegno) e altre iniziative quali le dichiarazioni anticipate di trattamento. Queste pratiche promettenti sono anche molto efficaci per sostenere le persone con problemi di salute mentale nelle situazioni di crisi e dovrebbero quindi rappresentare il centro focale dei sistemi di salute mentale. I servizi coercitivi dovrebbero essere considerati alternative inaccettabili che è bene abbandonare.

7. Tenuto conto di questi elementi e convinta che una maggiore sensibilizzazione, un maggior coordinamento tra le parti interessate e un impegno politico più forte siano essenziali per avviare e proseguire l'indispensabile trasformazione delle politiche di salute mentale, l'Assemblea parlamentare esorta gli Stati membri a dare inizio senza indugi alla transizione verso l'abolizione delle pratiche coercitive nel campo della salute mentale. A tal fine, invita gli Stati membri a:

7.1. elaborare, in un primo tempo, una *road map* per ridurre in maniera radicale il ricorso alle misure coercitive, con la partecipazione di tutte le parti interessate, in particolare le persone che hanno problemi di salute mentale e i prestatori di servizi;

7.2. creare servizi di sostegno adeguati e accessibili per le persone in situa-

zioni di crisi e di sofferenza psicologica, in particolare luoghi sicuri e accoglienti dove affrontare il tema del suicidio e dell'autoutilizzazione;

7.3. sviluppare, finanziare e rendere disponibili risorse per la ricerca in materia di misure non coercitive, comprese soluzioni quali i servizi nella comunità tra cui quelli operati da pari in caso di crisi e di remissione (gruppi di auto-sostegno) e altre iniziative quali le dichiarazioni anticipate di trattamento;

7.4. destinare risorse alla prevenzione e alla diagnosi precoce dei problemi di salute mentale e agli interventi precoci non coercitivi, in particolare tra i bambini e i giovani, senza stigmatizzazione;

7.5. combattere gli stereotipi nei confronti delle persone con problemi di salute mentale e, in particolare, il discorso pubblico erroneo su queste persone e la violenza, attraverso efficaci attività di sensibilizzazione che coinvolgano tutte le parti interessate, segnatamente i prestatori di servizi, i media, la polizia, l'opinione pubblica e le persone che hanno fatto l'esperienza di problemi di salute mentale;

7.6. rivedere i programmi di studio degli istituti di insegnamento superiore e in particolare delle facoltà di medicina, di diritto e di assistenza sociale, per garantire che siano conformi alle disposizioni della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità;

7.7. combattere l'esclusione delle persone che hanno problemi di salute mentale, assicurando che abbiano accesso a una assistenza sociale adeguata, in particolare per quel che riguarda l'alloggio e l'occupazione;

7.8. assicurare alle famiglie delle persone che hanno problemi di salute mentale un sostegno sociale e finanziario adeguato per far fronte alle difficoltà e allo stress causati dall'assistenza ai famigliari.

