

De l'épidémiologie à la réhabilitation des victimes des tortures: quels rôles pour les professionnels de santé?*

E. Kabengele Mpinga, V. Zesiger, B. Arzel, M. Golay, P. Chastonay

Les rôles de professionnels de santé

Face aux restrictions de plus en plus grandes des libertés dans le contexte de la sécurité internationale depuis le 11 septembre 2001 [1, 2], il importe de rappeler que l'utilisation des professionnels de santé dans l'organisation, la formation et l'exécution d'actes des tortures n'est pas simplement un fait de l'histoire et qu'aucun continent n'en est épargné [3–7].

Les professionnels de santé constituent une catégorie sociale de leaders, faiseurs d'opinions, acteurs économiques, cadres humanitaires et scientifiques capables d'agir localement, et au plan international en vue de réduire les actes de torture, d'apporter les soins aux victimes et de témoigner devant les instances de justice pour dénoncer de tels actes.

Sur le plan local, leurs rôles peuvent varier en fonction de leur contexte de vie et de travail. Dans le domaine de la prévention, les professionnels de santé sont les vecteurs puissants de mobilisation des décideurs politiques et des communautés pour éradiquer la torture dans les pratiques politiques, économiques et culturelles.

Comme praticiens, ils devraient être capables d'identifier les survivants des tortures parmi leurs patients, leur fournir les soins nécessaires et les accompagner dans le processus de réhabilitation fonctionnel, social et économique. Comme experts sollicités par les autorités administratives et judiciaires, ils ont le rôle d'apporter les preuves scientifiques des diagnostics qu'ils posent ou des expertises qu'ils rendent, sur des bases éthiques et déontologiques en évitant les confusions entre les intérêts des politiques nationales (p.ex. d'asile) et les besoins des soins des victimes.

Même si elles restent importantes, les actions locales s'inscrivent en aval des causes profondes des tortures dans le monde: l'exploitation économique, la mauvaise gouvernance, les refus d'alternance démocratique, les discriminations sociales ou religieuses, et toutes les formes de violations des droits humains. Agir à la racine de ces maux requiert de connaître les mécanismes de leur (re)production, les acteurs visibles et invis-

bles qui en profitent, les enjeux internationaux de leur perpétuation. Là encore professionnels de santé ont un rôle à jouer. En effet, ne devraient-ils pas s'impliquer davantage dans les actions de recherche et consolidation de la paix, de construction de la démocratie, de respect des valeurs humaines d'égalité et de justice susceptibles d'atténuer, diminuer et éradiquer les tortures dans le monde?

Définition de la torture selon la Convention des Nations Unies de 1984

Le terme «torture» désigne tout acte

- par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne;
- aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux;
- de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis;
- de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne;
- ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit,

lorsqu'une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite.

Ce terme ne s'étend pas à la douleur ou aux souffrances résultant uniquement de sanctions légitimes, inhérentes à ces sanctions ou occasionnées par elles.**

La torture dans le monde et en Suisse

Les Etats où les pratiques des tortures existent et sont documentées, soit par les mécanismes des Nations Unies en charge de la surveillance de la convention, soit par des organisations non gou-

* Ce travail a été réalisé grâce au soutien du Réseau universitaire international de Genève dans le cadre du projet «Santé mentale, droits de l'homme et législation» en collaboration avec l'OMS ainsi qu'au soutien du Forum de l'Université de la Société Académique de Genève dans le cadre du projet «Santé et droits de l'homme».

** Nations Unies: Convention Contre la Torture et les autres peines ou traitements inhumains ou dégradants.

Correspondance:
Dr Philippe Chastonay
Institut de Médecine Sociale
et Préventive IMSP
Centre Médical Universitaire
CH-1211 Genève 4

E-mail:
philippe.chastonay@imsp.unige.ch

vernementales crédibles et expérimentées sont très nombreux:

- en 1973: 69 pays avec pratiques de torture documentée sur 135 pays membres de l'ONU;
- en 2003: 150 pays avec pratiques de torture documentée sur 191 pays membres de l'ONU [8, 9].

De plus ces pratiques ne se limitent pas à d'obscures arrières-salles de prisons d'états voyous, mais semblent même survenir dans des commissariats de police de nos démocraties occidentales et de plus en plus dans un contexte de lutte contre le terrorisme au su des autorités judiciaires!

Dans nos pays, le professionnel de santé sera toutefois le plus souvent en contact avec des victimes de torture provenant de pays lointains, notamment des immigrés et des réfugiés.

En Suisse, une étude estime que 25% des réfugiés reconnus sont des survivants des tortures systématiques dans leurs pays d'origine [10]. A Genève, sur 573 requérants d'asile reçus entre

1993 et 1994, une étude indique que 61% d'entre eux déclarent avoir été exposés à des événements violents et 18% avoir été torturés [11]. A Berne dans une étude du Centre de thérapie pour victimes des tortures 80% survivants sont des hommes; l'âge moyen se situe à 35 ans; et plus de la moitié vivaient en Suisse depuis moins de 5 ans; contre 30% qui y étaient depuis 6 à 10 ans; le taux moyen d'activité professionnelle est inférieur à 20% alors que 65% d'entre eux sont des personnes mariées et responsables des familles; de fait, moins de 3% travaillent à leur propre compte et 7,7% étaient employés [12].

Au niveau international, citons quelques données exemplaires. Une étude de l'International Rehabilitation Council for torture victims auprès des réfugiés afghans vivant au Pakistan conclut que 30% de l'échantillon avait été victimes de tortures et plus de 20% témoins d'actes de tortures [13].

A la suite du conflit au Timor-Oriental, une autre enquête montrait que 57% des personnes interrogées avaient été victimes d'une des formes de torture alors que seuls 39% d'entre elles l'avaient formellement reconnu [14].

Entre 200 000 et 400 000 survivants de torture vivent aux Etats-Unis [15].

Les conséquences des tortures

Les conséquences des tortures sont nombreuses. Elles touchent non seulement des individus mais aussi des communautés entières en s'inscrivant dans la durée.

Il s'agit notamment de:

- séquelles physiques: les douleurs, les hématomes, fractures, hémorragies, troubles d'audition, multiples infections;
- séquelles psychologiques dont la transformation de la personnalité, l'isolement et le renfermement sur soi, les maux de têtes chroniques, la dépression, les cauchemars, l'abus des drogues voire la démence;
- séquelles psycho-somatiques comme les atteintes et difficultés de fonctionnement de plusieurs organes dont le cerveau, les appareils de locomotion, digestif, génital;
- effets sociaux représentés par la stigmatisation, le rejet, l'inaccessibilité et la perte du travail, la dépendance et la déchéance sociale et humaine;
- coûts économiques et sociaux liés à l'invalidité, aux soins de santé, à la consommation;
- conséquences politiques comme l'instabilité, la mauvaise gouvernance, les conflits armés;
- des décès. [16]

Lutte contre la torture et soins aux survivants

La lutte contre la torture et l'organisation des soins aux survivants sont relativement récentes dans les sociétés contemporaines. Les développements normatifs de cette lutte sont issus de l'article 5 de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 dont l'essence fondamentale est la prohibition de la torture. Le pacte International des droits civils et politiques de 1966, reprend cette prohibition en l'élargissant aux expériences médicales et scientifiques: «*Nul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants; en particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son consentement à une expérience médicale ou scientifique*».

Adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 décembre 1984 et entrée en vigueur le 26 juin 1987, la Convention contre la torture et autres peines ou traitements inhumains ou dégradants constitue la base juridique internationale de lutte contre la torture. Sur le plan régional, la Convention européenne pour la prévention de la torture de 1987 est un modèle intéressant de protection supra nationale de la dignité et de l'intégrité de la personne.

Les développements récents intervenus par la création de la Cour pénale internationale à la suite de l'entrée en vigueur du Statut de Rome le 1^{er} juillet 2002 ajoutent un échelon supérieur dans le système international de prévention de la torture, de la justice et de la réhabilitation des victimes. Par ses compétences définies en son article 5, cette cour est habilitée à traiter des affaires des crimes graves touchant l'humanité dont le génocide, les crimes contre l'humanité, les crimes de guerres, et les crimes d'agression qui s'accompagnent souvent d'actes des tortures.

Les constitutions de certains Etats ont repris le principe d'interdiction de torture comme la Constitution fédérale en Suisse (art 10.3).

En dehors des structures gouvernementales, mais aussi en collaboration avec elles, les organisations non gouvernementales ont été et restent des acteurs puissants de la lutte contre la torture et de l'organisation des soins aux survivants. Des organisations comme Amnesty International, l'Organisation mondiale contre la torture, Physicians for Human Rights, International Rehabilitation for Torture Victims, le Comité International de la Croix-Rouge, ont énormément contribué à l'évolution de la législation et la mise en place des structures de soins aux survivants.

On dénombre environ 200 centres de soins spécialisés disséminés dans 70 pays et appuyés par l'International Rehabilitation Council for Torture Victims. Les mandats de ces centres et leurs modèles de couverture diffèrent; les uns reçoivent les patients qui leur sont référés par les structures normales de soins sans distinction de leur statut juridique, les autres ne sont accessibles qu'aux seuls réfugiés reconnus, surtout dans les pays d'accueil. Il reste que de nombreux survivants sont soit dans les structures traditionnelles de soins, soit simplement dans l'incapacité d'accéder aux soins.

Conclusion

La torture constitue une violation grave des droits humains fondamentaux et aucun pays, aucune communauté n'en est à l'abri. Elle est un vrai problème de santé publique:

- qui atteint des individus ou des groupes d'individus dans un grand nombre des pays à travers le monde;
- dont les facteurs de risque sont connus (appartenance aux minorités ethniques, ou religieuses, activités politiques ou syndicales, leadership d'opinion);
- dont les symptômes et les conséquences au plan physique, psychologique, social sont

connus. L'on sait que les victimes des tortures souffrent des atteintes de différents systèmes (nerveux central, locomoteur, digestif, circulatoire) et présentent fréquemment des séquelles psychiques;

- qui marque des générations: il est reconnu que la torture a des effets «contagieux» sur la seconde génération des victimes, sur les professionnels de santé œuvrant à contact de ces dernières, sur les proches et même sur les tortionnaires;
- entraînant des coûts économiques, sociaux et humains énormes tant pour les pays d'origine que d'accueil des survivants [12].

Et en tant que professionnel de santé nous sommes concernés au premier chef. On peut se réjouir dès lors de la prise de position sans appel de l'Association mondiale des médecins dans sa Déclaration de Tokyo de 1975: «Le médecin ne devra jamais assister, participer ni admettre les actes de torture ou autres formes de traitements cruels, inhumains et dégradants».

Sites pour en savoir davantage

- International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT): www.irct.org
- Organisation mondiale contre la torture (OMCT): www.omct.org
- Fédération internationale des ligues des droits de l'homme: www.fidh.org
- Association pour la prévention de la torture (APT): www.apr.org
- Amnesty International (AI): www.amnesty.org
- Haut commissariat aux droits de l'homme (HCHR): www.unhchr.ch
- Physicians for Human Rights (PHR): www.phrusa.org

Références

- 1 Röggl G, Röggl H. Doctors and torture after September 11. *Lancet* 2002;359:1440.
- 2 Howe EG. Dilemmas in military medical ethics since 9/11. *Kennedy Inst Ethics J* 2003; 13(2):175-88.
- 3 Maio G. History of medical involvement in torture – then and now. *Lancet* 2001;357: 1609-11.
- 4 Vespi P, Lavik NJ. Torture and medical profession: a review. *J Med Ethics* 1991;17(Suppl):4-8.
- 5 Bunce C. Doctors involved in human rights' abuse in Kenya. *BMJ* 1997;314(7075):166.
- 6 Pross C. The police medical service of Berlin: doctors or agents of the State? *Lancet* 2000;356: 1435-6.

- 7 Kumar S. Doctors still involved in cases of torture around the world. *Lancet* 1999;354:1188.
- 8 Facts torture. www.tassac.org/facts/torture.html accessed on November 4th 2004.
- 9 Amnesty International 2003. Combating torture: a manual for action. London: AI; 2003.
- 10 Wicker HR. Die Sprache extremer Gewalt: Studie zur Situation gefolterter Flüchtlinge in der Schweiz und Therapie von Folterfolgen. Universität Bern: Institut für Ethnologie; 1993.
- 11 Loutan L, Subilia L. Identifier les victimes des violences et de tortures: le rôle du praticien. *J Suisse Méd* 1996;126(30):1291-6.
- 12 Kabengele ME. Coûts économiques et sociaux des tortures: modèle d'estimation et application à la Suisse. Berne: Croix-Rouge Suisse; 2000.
- 13 Kozaric-KD, Folnegovic-SV, Skrinjaric J, et al. Rape, torture and traumatization of Bosnian and Croatian Women: psychological sequelae. *Am J Orthopsychiatry* 1995;65(3):428-33.
- 14 Montgomery E, Foldspang A. Criterion-related validity of screening for exposure to torture. *Dan Med Bull* 1994;41:588-91.
- 15 Lavik NJ, Solberg O, Varvin S. Mental health among refugees. Connection between symptoms, traumatization and exile. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997;117(25):3654-8.
- 16 Loutan L, Subilia L. Torture et violence organisée: leurs conséquences sur les requérants d'asile et les réfugiés. *Méd Hyg* 1995;53:1942-50.

Santé mentale et droits de l'homme: quelques pistes de réflexion?*

P. Chastonay, V. Zesiger, B. Arzel, M. Golay, E. Kabengele Mpinga

Quelle place pour la santé mentale dans le système des soins?

Un changement de paradigme dans le domaine de la santé mentale a vu le jour au cours de la 2^e moitié du vingtième siècle [1]. Cela tient principalement à trois éléments clés:

- le développement et les succès des traitements psycho-pharmacologiques mis au point par des universités et l'industrie pharmaceutique;
- l'incorporation de la dimension mentale dans le concept de santé, grâce notamment à l'engagement de l'OMS;
- le mouvement des droits de l'homme qui s'est internationalisé sous l'impulsion des Nations Unies.

La Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 ne mentionne pas spécifiquement la santé mentale. On y trouve des droits importants dans une perspective de santé mentale comme le droit à la vie, le droit à la liberté, le droit de ne pas subir des traitements inhumains et dégradants. Ce n'est que plus tard qu'apparaissent des standards internationaux quant aux traitements de personnes souffrant d'affections mentales

comme la Déclaration des droits des personnes avec un retard mental (1971) et la Déclaration des droits des personnes souffrant d'un handicap (1975).

Au cours des quinze dernières années, plusieurs résolutions ayant trait aux droits humains fondamentaux des personnes souffrant d'affections mentales ont été adoptées. Citons à titre d'exemple la Déclaration de Caracas de 1990 qui demande aux Etats de prendre des actions concrètes en vue de protéger les droits des malades souffrant d'affections mentales. De fait, la Déclaration de Caracas plaide pour une approche plus communautaire de ces malades:

- «un système de santé mentale qui ne serait basé que sur les seuls hôpitaux psychiatriques générerait davantage de détresse sociale»;
- «les Etats se doivent de promouvoir des services de santé mentale basés dans la communauté et intégrés dans les réseaux sociaux et de soins».

C'est dans ce contexte qu'en décembre 1991 les Nations Unies ont adopté les «Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale». Ces principes ont pour objectif la pro-

* Ce travail a été réalisé grâce au soutien du Réseau universitaire international de Genève dans le cadre du projet «Santé mentale, droits de l'homme et législation» en collaboration avec l'OMS ainsi qu'au soutien du Forum de l'Université de la Société Académique de Genève dans le cadre du projet «Santé et droits de l'homme».

Correspondance:
Dr Philippe Chastonay
Institut de Médecine Sociale
et Préventive IMSP
Centre Médical Universitaire
CH-1211 Genève 4

E-mail:
philippe.chastonay@imsp.unige.ch

tection de l'être humain diagnostiqué comme malade mental et reconnu comme particulièrement vulnérable.

Dans le même ordre d'idées, l'OMS dans son rapport 2001 [2] en appelle à intégrer les soins en matière de santé mentale dans le système de soins de santé primaire. Il s'agit à la fois d'assurer le diagnostic et le traitement en veillant au suivi des soins, tout en intégrant les différents services et partenaires de la communauté ainsi que la famille.

Principe 1

Libertés fondamentales et droits de base [17].

- Toute personne a droit aux meilleurs soins de santé mentale disponibles, dans le cadre du système de santé et de protection sociale.
- Toute personne atteinte de maladie mentale ou soignée comme telle doit être traitée avec humanité et dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine.
- Toute personne atteinte de maladie mentale ou soignée comme telle a le droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation économique, sexuelle ou autre, contre les mauvais traitements physiques ou autres et contre les traitements dégradants.
- Aucune discrimination fondée sur la maladie mentale n'est admise. Le mot «discrimination» s'entend de tout traitement différent, exclusif ou préférentiel ayant pour effet de supprimer l'égalité de droits ou d'y faire obstacle

Pour l'OMS, les éléments importants, pour une prise en charge adéquate du patient souffrant d'une affection mentale, sont inclus la pharmacothérapie, la psychothérapie, la réhabilitation psychosociale, la réhabilitation professionnelle et un logement adéquat.

L'importance des affections mentales dans le monde

Il est estimé que de part le monde 450 millions de personnes sont atteintes de troubles neuropsychiatriques (dépression unipolaire, troubles affectifs bipolaires, schizophrénie, troubles liés à l'alcool et à l'utilisation de certaines drogues, maladies d'Alzheimer, état de stress posttraumatique, troubles obsessionnel compulsifs, troubles de panique et insomnie primaire). De fait, en terme de charge globale de morbidité, les troubles mentaux et du comportement représentent 12% du total. Des variations s'observent d'un continent à l'autre (4% en Afrique vu la prévalence élevée de maladies comme le SIDA, contre 20 à 24% en Occident) (tab. 1). Selon l'OMS, parmi les dix principales causes d'incapacité quatre sont dues aux maladies mentales. Chaque année de 10 à 20 millions de personnes font une tentative de suicide. Un million de personnes réussissent leur suicide. Au niveau mondial l'importance en terme de santé des affections mentale et des troubles du comportement apparaît donc comme tout à fait prioritaire [2].

Dans les pays industrialisés 43% des incapacités sont liés à des affections psychiques. Ces chiffres sont plus bas pour les pays en développement, vu la charge que représente des maladies comme le SIDA notamment. Or 40% des pays n'ont pas de politiques de santé mentale, 30% n'ont pas de programme de santé mentale et la plupart des pays continuent à consacrer à la santé mentale moins de 1% du total de leurs dépenses de santé. De plus, les politiques de santé mentale existantes sont soit inopérantes par manque de ressources, soit dépassées dans leur législation, porteuses d'innombrables obstacles d'accès aux soins pour les malades et reproductrices de facteurs de risque et d'aggravation de troubles mentaux [3].

Selon des enquêtes réalisées aussi bien dans les pays développés que dans les pays en voie de

Tableau 1

Charge totale de morbidité liée aux affections neuropsychiatriques.

	% du total des années de vie corrigées de l'incapacité	% du total des années de vie vécues avec une incapacité
Monde	12	31
Afrique	4	18
Europe	20	43
Amériques	24	43
Asie du Sud-est	11	27

développement, plus de 25 % des gens souffrent au cours de leur vie d'un ou plusieurs épisodes de troubles mentaux et ou du comportement. Selon les estimations de l'OMS, dans une famille sur quatre une personne au moins est atteinte d'un trouble mental ou du comportement.

Mais les malades souffrant d'affections mentales sont-ils respectés comme les droits humains fondamentaux l'exigent?

Malgré l'adoption des «Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale» la situation des malades souffrant d'une affection mentale n'est pas des plus enviables.

Citons les résultats de quelques études en guise d'illustration:

- L'usage de la coercition et des contentions reste répandu dans des structures de soins.
- En Finlande, une étude portant sur 1543 admissions relève qu'une coercition a été appliquée à 32% de patients, le recours aux moyens mécaniques à 10% et l'administration forcée de médicaments à 8% [4].
- En Suède, deux sur trois patients hospitalisés de force dans des unités de soins psychiatriques affirment avoir été l'objet de mesures coercitives [5].
- En France, une enquête réalisée auprès de patients hospitalisés en psychiatrie indique que 24% n'avaient pas le droit de sortir des institutions où ils se trouvaient [6].
- Une étude suisse alémanique rapporte l'enregistrement des procédures coercitives dans les salles et pavillons d'admission: dans 84% de ces structures on observe des injections involontaires, dans 83% on constate des isollements et dans 78% des contraintes mécaniques; dans une minorité de structure sont rapportés l'administration forcée des médicaments, l'alimentation forcée ou des menaces en cas de non prise de médicaments par les patients [7].

Les justifications de telles mesures sont perçues de manière différente par les patients et les professionnels comme le montre une étude menée dans un hôpital israélien qui conclut que contrairement aux professionnels, les patients trouvaient que l'hospitalisation involontaire, l'utilisation de la force ou des restrictions physiques et le non-respect de la confidentialité étaient peu justifiés [8].

D'autres formes d'atteintes aux droits des patients psychiatriques comprennent les mal-

traitements et les abandons dans les services de soins. Il s'agit notamment des humiliations, des privations faites aux patients; des abus financiers et de manque de soins d'hygiène. A ce propos, un Rapport de la British Medical Association note «In some of the example brought to our attention, the level of care and the conditions within the [psychiatric] hospitals appeared to be a form of unacceptable ill-treatment. [...] In some countries mental health provision is said to be so bad that mentally ill prisoners are better off remaining in prison than being transferred to a mental institution» [9]. Une étude américaine auprès d'enfants et adolescents hospitalisés avec des handicaps et des troubles mentaux, situe à 61% la proportion des enfants ayant été victimes d'une forme sévère de mauvais traitements de la part des soignants [10].

Sur le plan des techniques de soins, le recours à l'Electro-convulsive therapy (ECT) n'est perçue comme une pratique attentatoire aux droits des patients que par quatre sur dix répondants d'une étude internationale récente [11]; ce qui traduit là l'existence d'une forte controverse parmi les professionnels quant aux conditions, effets, bénéfices qu'offrent cette thérapie dans le cadre de soin. Rappelons qu'au niveau légal l'utilisation de cette thérapie est prohibée en Autriche, permise sous certaines conditions en Irlande, au Portugal et au Royaume-Uni et explicitement autorisée au Danemark. Une étude récente rapporte que l'ECT a été utilisé dans 142 traitements sur 100 000, spécialement chez les personnes souffrant de dépression, en Ecosse [12]. Une étude menée en Thaïlande situe ce taux à 11,15 patients sur 100 000 [13]. De grandes variations sont observées au Japon selon les hôpitaux considérés (de 0,5 à 120 sur 100 000 patients) [14]. La situation générale en Afrique est peu connue. Citons en guise d'indication que la moitié des psychiatres nigériens acceptent l'usage de l'ECT auprès des enfants âgés de moins de 16 ans et ont de manière générale une préférence élevée pour cette technique dans la prise en charge de la dépression, la schizophrénie et la manie [15].

Conclusion

Malgré l'existence de textes internationaux soulignant l'importance du respect des droits humains fondamentaux des personnes souffrant d'une affection mentale (textes ratifiés au demeurant par de très nombreux pays), aujourd'hui encore, ces droits humains fondamentaux sont trop peu respectés en ce qui concerne la protection des patients souffrant de maladie mentale.

Ceux-ci sont encore trop souvent victimes d'exclusion, de discrimination, d'abus en tous genres. Ils sont aussi fréquemment victimes de négligence (p.ex. institutionnalisation chronique dans des conditions humiliantes ou absence de soins de qualité) entraînant une désocialisation croissante et in fine une souffrance sans bornes [16].

Références

- 1 Kamayani Bali M. The first Human Rights resolutions did not address rights of mental health consumers. *Express Healthcare Management* 2003;4(14):17.
- 2 OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève: OMS; 2001.
- 3 OMS. Les politiques de santé mentale: Faits et chiffres. Genève. www.who.int/mentalhealth accessed on 3rd August 2004.
- 4 Heino KR, Korkeila J, Tuohimaki C, et al. Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *Eur Psychiatry* 2000;15(3):213-9.
- 5 Eriksson KI, Westrin CG. Coercive measures in psychiatric care. Reports and reactions of patients and other people involved. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92(3):225-30.
- 6 Chapireau F. Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et en 2000. *Etudes et Résultats* n° 206. Paris, décembre 2002.
- 7 Needham I, Abderhalden C, Dassen T, et al. Coercive procedures and facilities in Swiss psychiatry. *Swiss Med Wkly* 2002;132:253-8.
- 8 BMA. Neglect or Abuse in Institutions. In: *The Medical Profession & Human Rights Handbook for a Changing Agenda*. London: Zed Books-BMA; 2001.
- 9 Salize JH, Dressing H, Peitz M. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill patients – Legislation and Practice in EU-Member States. Final Report. Mannheim: Central Institute of Mental Health; 2002.
- 10 Ammerman RT, Hersen M, Van Hasselt VB, et al. Maltreatment in psychiatrically hospitalized children and adolescents with developmental disabilities: prevalence and correlates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33(4):567-76.
- 11 Kabengele Mpinga E, et al. Professionnels de santé et droits de personnes souffrant de maladies mentales: étude comparative des discriminations dans le domaine de soins et de la vie sociale. In press.
- 12 Fergusson GM, Cullen LA, Freeman CP, Hendry JD. Electroconvulsive therapy in Scottish clinical practice: a national audit of demographics, standards and outcome. *J ECT* 2004;20(3):166-73.
- 13 Chanpattana W, Kramer BA. Electroconvulsive therapy practice in Thailand. *J ECT* 2004;20(2):94-8.
- 14 Motohashi N, Awata S, Higuchi T. A questionnaire survey of ECT practice in university hospitals and national hospitals in Japan *J ECT* 2004;20(1):21-3.
- 15 Oyemi LK, Kazaria SS. Electroconvulsive therapy in Nigeria: psychiatrists attitudes, knowledge and skills. *West Afr J Med* 1994;13(1):43-7.
- 16 Harding TW. Human rights law in the field of mental health: a critical review. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000;399:24-30.
- 17 Haut Commissariat aux droits de l'homme. Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale. 1991.