

*Eric ROSENTHAL, Clarence J. SUNDRAM**

Rolul garanțiilor internaționale ale drepturilor omului pentru legislația națională a sănătății mintale¹

IV. Tratamentul inuman și degradant

Protecția asigurată persoanelor cu dizabilități mintale de art. 7 al Pactului internațional cu privire la drepturile civile și politice [în continuare, PIDCP] împotriva „tratamentului inuman și degradant” constituie una dintre cele mai puternice din legislația internațională a drepturilor omului. Articolul 7 are, în întregime, următorul cuprins: „Nimeni nu va fi supus torturii și nici unor pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante. În special, este interzis ca o persoană să fie supusă, fără consimțământul său, unei experiențe medicale sau științifice”.

Articolul 7 reprezintă o parte atât de importantă a PIDCP încât este desemnat ca una dintre prevederile «non-derogabile» – care nu poate fi niciodată limitată, nici măcar în cazul unei stări de necesitate națională.² Merită observat că prima propoziție a art. 7 reprezintă o preluare identică a art. 5 al Declarației Universale a Drepturilor Omului [în continuare, DUDO] considerat în general o dispoziție obligatorie a dreptului internațional. Prin urmare, protecția împotriva torturii ori tratamentului inuman sau degradant se aplică chiar și statelor care nu au ratificat PIDCP.

Articolul 7 al PCIDP cere guvernelor să stabilească mecanisme de protecție care să împiedice suferința fizică sau mintală nenecesară.³ În timp ce art. 7 este în întregime non-derogabil, există o distincție importantă între «tortură» și «tratamentul inuman și degradant» în sensul acestei prevederi a PIDCP. Pentru ca un act să constituie tortură, suferința și durerea trebuie provocate persoanei de către o autoritate a statului (sau de către o persoană care acționează în numele unei autorități a statului) pentru

* Traducere de Liviu Andreescu. Selecția capitolelor a fost încuviințată de autori.

¹ A se vedea <http://www.MDRI.org>. Articolul prezintă în exclusivitate opiniile autorilor și nu reflectă poziția oficială a OMS.

² A se vedea nota 9 *supra* [în original], art. 4(2). Comitetul pentru Drepturile Omului al ONU afirmă că „Articolul 7 nu permite nici un fel de limitări. Comitetul reafirmă faptul că, chiar și în situații de necesitate publică cum ar fi cele menționate în art. 4 al Pactului, nu este permisă vreo derogare de la art. 7 și prevederile sale rămân în vigoare (...) Nu pot fi invocate ca scuză pentru încălcarea art. 7, în nici un caz, circumstanțe justificatoare sau atenuante (...)” – Comentariul General 20(44), parag. 3, *UN Manual on Reporting*, nota 155 *supra* [în original], p. 196.

³ Comentariul General 20(44) afirmă că „Articolul 7 se referă nu doar la acte care cauzează suferință fizică, ci și la acte care produc victimei suferință mintală”. A se vedea *Manual on Reporting*, nota 155 *supra* [în original], p. 196, parag. 5.

un scop ilegal.⁴ Deși «intenția» joacă un anume rol în încercarea de a decide dacă o practică constituie sau nu o formă de tratament inuman și degradant, ea nu este necesară pentru a demonstra o violare a art. 7.⁵ Distincția se dovedește fundamentală în cazul aplicării art. 7 la tratamentul persoanelor aflate în spitale psihiatrice sau instituții sociale. Majoritatea covârșitoare a medicilor, personalului sau administratorilor din domeniul sănătății mintale nu ar produce suferințe sau vătămări grave unei persoane, însă multe practici ar putea cauza suferință sau constitui un afront față de demnitatea personală. Tratamentul abuziv ca rezultat al neglijenței sau al lipsei măsurilor de prevenire sau împiedicare a abuzurilor se dovedește frecvent. Adesea, neglijența poate fi cauzată de lipsa resurselor sau personalului.⁶ Legătura operată de PIDCP între protecția persoanelor în cercetarea medicală și protecția împotriva torturii și tratamentului inuman indică faptul că nu s-a intenționat ca această protecție să fie limitată la acțiunile motivate politic ale autorităților de stat, ci este aplicabilă și în cazul practicilor medicale și științifice.⁷

⁴ În cauza *Grec*, Comisia Europeană a afirmat următoarele: „Termenul «tortură» este adesea utilizat pentru a descrie tratamentul inuman care are un scop precis, cum ar fi obținerea de informații sau mărturisiri, ori pedepsirea, constituind în general o formă agravantă a tratamentului inuman” 12 – Y.B. Eur. Conv. On H.R. 186 (1969) (Eur. Comm’n. on H.R.). Chiar dacă deciziile lor se aplică formal doar Convenției Europene a Drepturilor Omului, Curtea Europeană și Comisia pentru Drepturile Omului au exercitat o influență importantă în dezvoltarea unei înțelegeri a interdicțiilor împotriva torturii și a tratamentului inuman.

⁵ În cazul *Price c. Marii Britanii*, soluționat în luna august 2001, Curtea Europeană a statuat că o femeie cu dizabilități fusese supusă unui tratament inuman și degradant în timp ce a fost deținută într-o celulă unde toaleta era inaccesibilă și obligată să doarmă în fotoliul rulant. Deși nu existase vreo intenție de a vătăma femeia respectivă, faptul că nu i-au fost respectate nevoile i-a produs acesteia suferințe considerabile. Curtea a afirmat că: „În evaluarea tratamentului «degradant» în sensul Articolului 3”, echivalentul aproximativ din Convenția Europeană al art. 7 al PIDCP, „Curtea va avea în vedere intenția de a umili sau înjosi persoana în cauză, deși absența unui asemenea scop nu poate exclude complet o decizie care să recunoască o încălcare (...)” *Price v. United Kingdom*, nr. 3394/96, 10 iulie 2001, par. 24. În acest caz, Curtea a recunoscut tratamentul degradant constituind o încălcare a Pactului, fără să stabilească „vreo dovadă a unei intenții de a umili sau înjosi reclamantul” – *idem*, par. 30.

⁶ De exemplu, un subgrup semnificativ de persoane cu dizabilități mintale suferă și de atacuri. Instituțiile în care acestea sunt internate nu dispun uneori de medicație specială profi-lactică pentru astfel de cazuri, așa că pacienții suferă atacuri care pot fi vătămătoare, mergând până la a cauza decesul. Instituțiile nu dispun uneori de dotări corespunzătoare pentru monitorizarea periodică a nivelului de sânge pentru pacienții cărora li se administrează medicație împotriva atacurilor sau litii pentru tratamentul maniei. Pacienții pot primi fie prea puțină medicație pentru a avea un efect terapeutic, fie prea multă, caz în care aceasta cauzează toxicitate.

⁷ A se vedea Eric Rosenthal, *The International Covenant on Civil and Political Rights and the Rights of Research Subjects*, în *Ethics in Neurobiological Research with Human Subjects*, pp. 266 (coord. de Adil E. Shamoo, 1997). „Deși Pactul nu a fost adoptat de Adunarea Generală a ONU până în 1966 și nu a intrat în vigoare până în 1976, originile sale merg până în anul 1947 și cele mai timpurii sesiuni ale Comisiei pentru Drepturile Omului a ONU.” S. Perley, S. Fluss, Z. Bankowski, F. Simon, *The Nuremberg Code: An International Overview, in The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: Human Rights in Human Experimentation*, p. 153 (coord. George J. Annas, Michael Grodin, 1992). La momentul respectiv, atrocitățile Holocaustului erau încă proaspete. Pe măsură ce experții se întâlneau pentru a redacta pactele,

În cazul recent *Price c. Marii Britanii*, soluționat de Curtea Europeană a Drepturilor Omului în iulie 2001, se demonstrează aplicarea protecției împotriva tratamentului inuman și degradant persoanelor cu dizabilități.⁸ Dna. Price este o femeie cu dizabilitate fizică care folosește un fotoliu rulant (situația sa este descrisă de Curte ca „deficiență la toate cele patru membre” și „suferă de afecțiuni renale”).⁹ În timpul unei cauze civile a fost închisă pentru o perioadă de șapte zile ca urmare a faptului că ar fi sfidat completul de judecată. Celula în care a fost ținută nu fusese adaptată unei persoane cu dizabilități, așa încât dna. Price s-a văzut forțată să doarmă în fotoliul rulant. Butoanele de urgență și întrerupătoarele de lumină nu se aflau la îndemâna sa, iar toaleta era inaccesibilă. Atunci când a primit, în cele din urmă, accesul la toaletă, a fost lăsată acolo goală, timp de mai multe ore, în fața unor gardieni bărbați.

Curtea Europeană a decis că această formă de tratament constituie tratament degradant în sensul Pactului. A notat că „tratamentul abuziv trebuie să atingă un nivel minim de gravitate pentru a face subiectul Pactului”. Deși nu existase o intenție de a face rău femeii în cauză, faptul că nevoile sale specifice nu au fost satisfăcute i-a cauzat acesteia o suferință semnificativă. Curtea a afirmat că: „În evaluarea tratamentului «degradant» în sensul [Pactului], Curtea va avea în vedere intenția de a umili sau înjosi persoana, deși absența unui asemenea scop nu poate exclude complet o decizie care să recunoască o încălcare (...)”¹⁰. În cazul de față, Curtea a apreciat existența unui tratament degradant cu încălcarea Pactului, fără să poată stabili „vreo dovadă a existenței, aici, a unei intenții clare de a umili sau înjosi reclamantul.”

Recent, Comitetul pentru Drepturile Omului al ONU a adoptat o poziție hotărâtă cu privire la aplicarea art. 7 al PIDCP în cazul tuturor persoanelor în condiții de detenție, inclusiv al persoanelor aflate în instituții psihiatrice. Comentariul General 20(44) afirmă că art. 7 „este completat de obligațiile pozitive impuse de art. 10 par. 1 al Pactului, care stipulează că «Orice persoană privată de libertate va fi tratată cu umanitate și cu respectarea demnității inerente persoanei umane»”. În plus, Comitetul pentru Drepturile Omului a declarat că „este cazul să insistăm asupra faptului că (...) art. 7 protejează, în special, copiii, elevii și pacienții instituțiilor de învățământ și medicale.”¹¹ Manualul ONU privind raportarea arată că „Articolul 7 protejează de tratamentul abuziv al autorităților statului sau al persoanelor care acționează în

medicii naziști care utilizaseră persoanele din lagărele de concentrare pe post de «cobai» în experimente periculoase și adesea fatale erau judecați la Nürnberg. Confrunțați cu imaginea pericolului autorității medicale nelimitate de vreo formă de reglementare și control, autorii au legat principiul alegerii individuale de protecțiile drepturilor omului elementare din pact. *Idem*.

⁸ *Price v. United Kingdom*, nr. 3394/96, 10 iulie 2001. Curtea Europeană a Drepturilor Omului a examinat cazul în conformitate cu art. 3 al Convenției europene. Articolul 3, ca și art. 7 al PIDCP, afirmă că „Nimeni nu poate fi supus torturii, nici pedepselor sau tratamentelor inumane ori degradante.” Deși interpretarea Curții Europene este obligatorie doar pentru semnatarii Convenției Europene, deciziile sale rămân influente și în cazul interpretării prevederilor similare ale PIDCP.

⁹ *Idem*, par. 7.

¹⁰ *Idem*, par. 24.

¹¹ Comentariul General 20(44), par. 5, *UN Manual on Reporting*, nota 155 *supra* [în original], p. 197.

numele acestora sau fără o autoritate oficială nu doar deținuții, ci și orice persoană în general. Acest punct se dovedește de relevanță specială în situațiile care privesc (...) pacienții (...) instituțiilor medicale, fie acestea publice ori private.”

Atunci când guvernele elaborează rapoartele de implementare a art. 7, Comitetul pentru Drepturile Omului al ONU le încurajează să „aibă în vedere condițiile și procedurile de acordare a asistenței medicale, și în mod special al celei psihiatrice. Trebuie furnizate informații cu privire la condițiile de detenție în spitalele psihiatrice, la măsurile care împiedică abuzurile în acest domeniu, la căile de recurs aflate la dispoziția persoanelor internate în instituții psihiatrice și la orice plângeri înregistrate în perioada de raportare.” Invitând guvernele să întocmească rapoarte cu privire la condițiile din spitalele psihiatrice, procedurile de recurs și plângere, Comitetul pentru Drepturile Omului arată clar că legislația și practica statelor în aceste domenii implică probleme fundamentale ce țin de respectul drepturilor omului protejate prin art. 7 al Pactului. Este nevoie de o legislație care să definească standardul de îngrijire corespunzător și protecția împotriva tratamentului abuziv. Pentru a proteja aceste drepturi, nu e suficient ca statele să adopte o legislație care interzice abuzurile, ci trebuie, de asemenea, să asigure aplicarea legilor.¹² Ar putea fi nevoie de norme care să creeze protecții de tipul sistemelor de inspecție și monitorizare independentă. Trebuie să fie stabilite ca parte a legislației naționale și sistemele de investigare a plângerilor.¹³

A. În cazurile de boală mintală și dizabilitate este nevoie de vigilență suplimentară

Pragul care trebuie depășit de afrontul adus demnității personale sau de suferința provocată pentru a putea constitui tratament inuman și degradant și, deci, o încălcare a art. 7, este foarte ridicat. În timp ce Curtea Europeană s-a arătat deschisă posibilității de a incrimina tratamentul inuman și degradant în instituții, există un lung șir de cazuri în care aceasta a decis că suferința produsă de condițiile improprie nu satisface standardele Pactului.¹⁴ Cu toate acestea, Curtea Europeană a stabilit principiul monitorizării speciale în cazul persoanelor deținute în instituții psihiatrice. În cauza *Herzcegfalvy c. Austriei*, Curtea a notat că „poziția de inferioritate și neputință tipică în cazul pacienților închiși în spitale psihiatrice impune o vigilență sporită atunci când se analizează respectarea Pactului.”

¹² Comentariul General 20(44) afirmă că „Statele Părți trebuie să indice modul în care sistemele lor legislative garantează în mod efectiv încetarea imediată a tuturor actelor interzise de Articolul 7, precum și reparațiile corespunzătoare” – *idem*, parag. 14, p. 199.

¹³ „Dreptul de a face reclamații împotriva tratamentului abuziv interzis de art. 7 trebuie recunoscut în legislația internă” – *idem*.

¹⁴ Un cercetător care a analizat înainte de cazul *Price c. Marii Britanii* deciziile Curții de până în anul 2000 a notat că „autoritățile de la Strasbourg au respectat într-atât autonomia în jurisprudența art. 3 încât Comisia și Curtea nu au decis niciodată că condițiile dintr-un spital psihiatric erau atât de inumane și degradante încât să constituie o violare a art. 3. Cu toate acestea, tratamentul abuziv sever, neglijarea sau umilirea pacienților, ori amplasarea lor în medii punitive și nesigure ar trebui să poată fi acoperite de art. 3” – Lawrence Gostin, *Human Rights of Persons with Mental Disabilities*, 23 *International Journal of Law and Psychiatry* 125, p. 152 (2000).

Cazul lui Victor Rosario Congo – primul care a privit drepturile unei persoane cu dizabilități mintale analizat de Comisia Interamericană a Drepturilor Omului – s-a bazat pe abordarea Curții Europene în cazul *Herzcegfalvy*, demonstrând importanța analizării stării speciale de vulnerabilitate a persoanelor cu dizabilități mintale aflate în detenție. În acest caz, un bărbat ecuadorian de 48 de ani a fost trimis în detenție la un Centru de Reabilitare Socială pe 12 septembrie 1999, după ce a fost acuzat într-un proces penal. Părea să fie deprimat, să nu răspundă întrebărilor gardienilor și „se comporta într-un mod care sugera o afecțiune mintală”. La două zile după ce a fost trimis în detenție, atunci când Congo nu a răspuns gardienilor, unul dintre aceștia din urmă „a strigat în mod repetat întrebări la adresa sa, fapt care l-a scos și mai tare din minți (...)”. Ulterior, gardianul l-a bătut și i-a cauzat o rană pe scalp. Congo nu a primit tratament medical și a fost ținut singur și dezbrăcat într-o celulă de izolare. Un expert medical care l-a intervievat la trei săptămâni după începutul detenției a declarat că pacientul prezenta simptome psihiatrice ca urmare a traumelor suferite în detenție. Pe 23 octombrie 1999 un judecător a decis transferul lui Congo într-un spital în care putea beneficia de atenția medicală corespunzătoare. Atât un spital psihiatric, cât și un spital general au refuzat să îl interneze. Pe 25 octombrie 1999 Congo a fost transferat la un alt Centru de Reabilitare Socială, unde a primit diagnosticul de „stare de sănătate critică” din cauza deshidratării grave. A fost dus imediat la spital, unde a decedat din cauza deshidratării la câteva ore după internare.

Comisia Interamericană a decis că Guvernul statului Ecuador se face vinovat de încălcarea dreptului la viață al lui Congo și de administrarea unui tratament inuman și degradant. Comisia a decis că Congo nu decedase din cauza rănilor produse în urma bătăilor, ci ca urmare a deshidratării cauzate de neglijența față de starea sănătății fizice și mintale a acestuia. Deși guvernul nu l-a privat în mod activ pe Congo de apă și alimente, el nu i-a asigurat îngrijirea, psihiatrică și de altă natură, necesară protecției sale.

Decizia Comisiei privind încălcarea dreptului la viață al lui Congo nu este pe atât de senzațională pe cât se arată în analiza privind tratamentul „inuman și degradant”.¹⁵ În scopul unei astfel de analize, Comisia „găsește pertinentă aplicarea unor *standarde speciale* în vederea stabilirii respectării prevederilor Pactului în cazurile persoanelor care suferă de dizabilități mintale.”¹⁶ Comisia afirmă că protecția împotriva tratamentului inuman și degradant conform Pactului American „trebuie interpretată în lumina” Principiilor pentru Protecția Persoanelor cu Boli Mintale [în continuare Principiile MI].¹⁷ Comisia observă că detenția unei persoane într-o celulă mică și izolată „poate să constituie, în sine, tratament inuman. [Dar] (...) cazurile în care persoana deținută, în izolare, într-un penitenciar suferă de dizabilități mintale ar putea constitui o încălcare chiar mai gravă a obligației statului de a proteja integritatea fizică, mintală

¹⁵ Cum Comisia Interamericană este constituită pentru a aplica Convenția Americană, acest caz privește aplicarea art. 5 al actului menționat. Formularea și jurisprudența protecțiilor asigurate sunt foarte similare celor ale art. 7 al PIDCP.

¹⁶ În sprijinul acestei afirmații, Comisia citează Curtea Europeană a Drepturilor Omului în decizia sa din cazul *Herzcegfalvy c. Austriei* (12 septembrie 1994, parag. 84).

¹⁷ Principiile pentru protecția persoanelor cu boli mintale au fost adoptate în 1991 și sunt considerate standardul cel mai înalt din domeniul protecției persoanelor cu dizabilități mintale.

și morală a persoanei aflate în custodia sa.” Comisia a conchis că plasarea în izolare constituia în sine o formă de tratament inuman și degradant și că „această încălcare este agravată de faptul că persoana a fost lăsată în stare de izolare, incapabilă fiind să-și satisfacă nevoile elementare.” Comisia a decis că detenția „în condiții deplorabile și în absența tratamentului medical” constituia o formă suplimentară de tratament degradant și inuman.¹⁸ În fine, Comisia a observat că „dreptul la integritatea fizică este chiar mai puternic în cazul unei persoane ținute în detenție preventivă, suferind de o boală mintală și aflat prin urmare în custodia statului într-o poziție foarte vulnerabilă.”

După decizia din cazul *Congo*, decizia din iulie 2001 a Curții Europene a Drepturilor Omului în cauza *Price c. Marii Britanii* constituie un important pas înainte față de cazurile anterioare în privința recunoașterii circumstanțelor speciale ale persoanelor cu dizabilități. În decizia sa privind supunerea la tratament inuman și degradant a unei femei ținute în închisoare timp de șapte zile, forțată să doarmă într-un fotoliu rulant și lăsată fără acces la toaletă, Curtea a subliniat importanța contextului: „Curtea reamintește faptul că tratamentul abuziv trebuie să atingă un nivel minim de gravitate pentru a face subiectul [Pactului]. Evaluarea acestui nivel minim de gravitate este o chestiune relativă; depinde de toate circumstanțele cazului, printre care durata tratamentului, efectele sale fizice și mintale și, în anumite cazuri, sexul, vârsta și starea sănătății victimei”.

În cazul persoanelor cu dizabilități mintale deținute pentru o durată de timp mai îndelungată și aflate într-o stare de vulnerabilitate sporită, accentul pus pe „toate circumstanțele cazului” se dovedește de importanță extremă. O persoană care suferă într-un mod ce o determină să solicite tratament psihiatric poate să treacă prin suferințe accentuate de pe urma unei anumite practici, care ar provoca doar suferințe minimale unei alte persoane, aflate într-un alt moment al vieții și care poate beneficia de o gamă completă de sisteme de asistență socială și psihologică. De exemplu, o femeie spitalizată pentru PTSD în urma unei agresiuni sexuale sau fizice poate să treacă din nou prin trauma atacului dacă este supusă imobilizării fizice, deși o altă persoană într-o situație similară nu ar face-o. Discuțiile recente ale Curții Europene și Comisiei Interamericane sugerează că standardele care se aplică în cazuri cu dizabilități mintale evoluează rapid și că, în plus, curțile recunosc necesitatea vigilenței suplimentare din partea statului în scopul protejării împotriva tratamentului inuman și degradant a persoanelor care suferă de astfel de dizabilități.¹⁹

Comitetul pentru Drepturile Omului a urmat o linie de analiză similară în explicarea art. 7 al PIDCP. Deși nu există în Pact o definiție explicită a «torturii» și tratamentului «inuman și degradant», și „nici diferențieri clare între diversele forme de pedeapsă și tratament, distincțiile depind de natura, scopul și severitatea tratamentului aplicat.”

¹⁸ Citând Curtea Europeană a Drepturilor Omului în cazul *Ashingdane c. Marii Britanii*, nr. 8225/78, p. 93, 6 E.H.H.R. 50 (1984).

¹⁹ Constituie o regulă acceptabilă de interpretare a CEDO cea potrivit cu care Convenția reprezintă un „instrument viu”, supus unei „interpretări dinamice” în lumina „circumstanțelor contemporane”.

B. Aplicații

Principiile MI stabilesc un domeniu larg de standarde minime pentru tratamentul din instituțiile psihiatrice. După cum s-a observat anterior, ar putea fi nevoie de legi care să asigure îndeplinirea acestor standarde și protejarea dreptului la sănătate în conformitate cu Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale [în continuare, PIDESC]. Atunci când încălcarea acestor standarde produce suferințe importante sau înjosire personală, practicile în cauză trebuie interpretate și ca o violare a art. 7 al PIDCP și a art. 5 din DUDO. Atunci când persoanele deținute în instituții trăiesc în condiții neigienice, de exemplu, tratamentul nu e pur și simplu neigienic, ci produce degradare și suferință fizică și mintală. Pragul necesar pentru a se demonstra o încălcare a art. 7 este ridicat, așa încât nu orice violare a Principiilor MI va constitui o încălcare a PIDCP. Totuși, datoria autorităților de a preveni tratamentul inuman și degradant este mult mai puternică decât obligația lor de a proteja dreptul la sănătate. De fapt, indiferent dacă statul în cauză a ratificat sau nu PIDCP, el este obligat de limbajul identic folosit în DUDO. În timp ce PIDESC recunoaște că autoritățile statului trebuie să facă față unor constrângeri bugetare și că «realizarea treptată» a dreptului la sănătate poate fi un proces care ia timp, PIDCP necesită aplicare imediată în cazul fiecărei persoane. Lipsa resurselor financiare și profesionale nu constituie o scuză pentru tratamentul inuman și degradant. Autoritățile statelor trebuie, prin urmare, să aloce fonduri suficiente pentru acele articole de bază ale protecției împotriva suferinței care ar putea fi generată de lipsa de alimente, haine, personal adecvat într-o instituție, pentru igiena elementară și pentru asigurarea unui mediu care respectă demnitatea personală.

Contururile exacte ale obligațiilor impuse de art. 7 cu privire la condițiile elementare de viață în instituții nu au fost încă testate pe deplin și, prin urmare, nu știm clar în ce măsură Principiile MI ar trebui încălcate înainte de a putea considera că situațiile respective constituie tratament inuman și degradant. Un analist a sugerat că „o politică deliberată de tratare a persoanelor cu dizabilități prin aranjamente separate, pur și simplu datorită convenienței administrative, ar putea rezulta într-un statut de cetățean de rangul doi și ar putea fi «degradantă» în sensul art. 7.”²⁰

Există practicanți care cred în utilizarea terapiei adverse, în care stimulenți toxici sau dureroși se folosesc în mod deliberat asupra unei persoane pentru a modifica ori pune capăt unui comportament despre care se crede că este vătămător sau indezirabil. Tratamentele adverse utilizate pot include pulverizarea cu piper, șocuri electrice, înțepături musculare adânci, lovituri cu palma, camere de privare senzorială, căști cu zgomot de fond, și așa mai departe. În anumite cazuri, aplicarea procedurilor adverse poate fi frecventă și constantă și poate foarte bine fi resimțită de pacient ca inumană și degradantă.

Indiferent dacă cazuri de acest tip vor fi sau nu în cele din urmă considerate de organismele de supraveghere internaționale ca în mod inerent degradante, un număr de dispoziții ale Principiilor MI privind drepturile persoanelor aflate în instituții

²⁰ Gerard Quinn, *The International Covenant on Civil and Political Rights*, în *Human Rights and Disabled Persons*, p. 84 (coord. Theresia Degener și Yolán Koster-Dreese, 1995).

psihiatrice pot fi înțelese ca o parte esențială a protecției conferite de art. 7 al PIDCP. Printre acestea:

1. Neglijarea și condițiile de trai inumane sau degradante

Conform Principiului MI 13, „mediul și condițiile de viață în instituțiile de sănătate mintală se vor apropia cât de mult posibil de acelea adecvate unor persoane normale de vârstă similară (...)”. Aceasta implică facilități pentru petrecerea timpului liber, educație și reabilitare profesională. Principiile MI recunosc dreptul la libertatea de comunicare, de a primi vizite private, „și libertatea de acces la servicii poștale și telefonice, ca și la ziare, radio și televiziune.” Principiul MI 8(1) stipulează următoarele: „Fiecare pacient are dreptul de a primi îngrijirea socială și de sănătate corespunzătoare nevoilor sale medicale și, de asemenea, dreptul la îngrijire și tratament în conformitate cu standarde egale care se aplică și altor persoane bolnave.” Pentru a face posibil acest lucru, Principiul 14(1) obligă la alocarea unor resurse care să asigure „personal medical calificat și de altă natură într-un număr suficient de mare și cu spații adecvate pentru a oferi fiecărui pacient un spațiu privat și un program de terapie adecvată și activă.”

Punerea la dispoziție a unui mediu sigur și igienic nu ține doar de sănătatea fizică, ci și de sănătatea psihică și bunăstarea generală a persoanei. Orice persoană obligată să se supună unor condiții nesigure sau nesănătătoare ca o condiție pentru a beneficia de tratament psihiatric sau asistență socială ar trebui protejată de suferința care ar putea fi cauzată de condițiile respective. Anumite instituții pot fi lipsite de hrană sau îmbrăcăminte adecvată pentru toți rezidenții; se pot dovedi incapabile să ofere suficientă căldură sau haine groase iarna, ducând la îmbolnăvirea ori decesul rezidenților; sau pot fi în situația de a nu putea acorda asistență medicală și facilități adecvate pentru a preveni răspândirea bolilor contagioase. Absența personalului suficient poate duce la practici în care pacienții sunt forțați să presteze activități de întreținere a instituției fără a fi recompensați sau în schimbul unor privilegii minore. Nu numai că asemenea practici constituie forme de tratament inuman și degradant în conformitate cu art. 7 al PIDCP, ci ar putea constitui și încălcări ale art. 7 al PIDESC și ale art. 23 din DUDO.²¹

Principiul MI 13(2) obligă în mod explicit la asigurarea unor condiții corespunzătoare vârstei pacienților. În anumite instituții, adulții cu dizabilități mintale sunt în mod frecvent limitați la efectuarea de activități care ar fi complet nepotrivite pentru persoane de vârstă similară în societatea largă. Adulților li se dau uneori jucării pentru copii sau sunt supuși unor activități repetitive, pe care le-ar putea găsi extrem de plictisitoare. Mai des chiar, adulții din asemenea instituții își petrec ziua întreagă fără nici un fel de activitate bine precizată. Absența oportunităților pentru desfășurarea de activități normale pentru adulți contribuie la deteriorarea treptată a abilității lor de a funcționa și la pierderea îndemnărilor. Văzute izolat, e greu de imaginat că

²¹ Pactul Internațional cu privire la Drepturile Economice, Sociale și Culturale recunoaște, în art. 7, „dreptul pe care îl are orice persoană de a se bucura de condiții de muncă juste și prielnice, care să asigure îndeosebi: (a) remunerația care asigură tuturor muncitorilor cel puțin: (i) un salariu echitabil și o remunerație egală pentru o muncă de valoare egală, fără nici o distincție (...)” [Principiul 13(3)(4)].

asemenea practici ar putea constitui forme de tratament inuman și degradant. În decursul unor luni sau ani de lipsă a oricărei activități educative sau de agrement, asemenea practici pot cu ușurință deveni inumane și degradante. Comitetul pentru Drepturile Omului a afirmat că durata unei anumite practici reprezintă un factor ce va fi avut în vedere în decizia cu privire la natura inumană și degradantă a unui anumit tratament. Persoanele deținute fără consimțământ sau forțate să trăiască în asemenea condiții pentru o perioadă de timp îndelungată trebuie să se bucure de protecții sporite.

2. Protejarea de vătămare

După cum s-a notat anterior, art. 7 al PIDESC include și dreptul de a fi protejat împotriva unor practici care presupun o amenințare directă față de sănătatea persoanei. În acest sens, dreptul la sănătate în conformitate cu PIDESC este legat direct de «dreptul la viață» din art. 6 al PIDCP, care obligă autoritățile statelor la protecția împotriva condițiilor ce pot amenința viața persoanei. Ambele drepturi presupun o protecție «negativă» împotriva acțiunii guvernamentale care ar putea amenința viața sau sănătatea, precum și o protecție «pozitivă» din partea autorităților, obligate să ia măsuri concrete pentru protejarea vieții și a sănătății.²²

Principiile MI conțin un număr de prevederi importante care extind tema acestui aspect al dreptului la sănătate. Conform Principiului MI 8, „fiecare pacient va fi protejat de vătămare, inclusiv de medicație necorespunzătoare, abuzurile cauzate de alți pacienți, de personal sau alte persoane, precum și de acte care produc suferință psihică sau fizică.” Principiul 8 se dovedește foarte important fiindcă enunță clar faptul că tratamentul medical și psihiatric necorespunzător constituie o formă interzisă de «vătămare», similară abuzului cauzat de către alți pacienți sau de personalul instituțional. Mecanismele de protecție împotriva acestor abuzuri constituie, așadar, o parte integrantă a respectării dreptului la sănătate.

Există un număr de implicații ale dreptului persoanei la protecție împotriva vătămării în ceea ce privește obligațiile autorităților și ale agenților acestora. Dacă nu se poate pretinde prevenirea oricărei forme de vătămare, în schimb există multe cazuri previzibile și care necesită atenție specială. De pildă, în instituțiile care servesc persoanelor cu dizabilități mintale trebuie depuse eforturi rezonabile în planificarea proceselor de diagnosticare și tratament individual pentru a separa persoanele violente de cele mai vulnerabile, a asigura supravegherea necesară prevenirii atacurilor de natură sexuală sau fizică între pacienți și a pregăti personalul în mod adecvat, echipându-l cu abilitățile necesare muncii sale.²³ Practica anumitor instituții de a delega

²² Comitetul pentru Drepturile Omului al ONU, stabilit prin PIDCP pentru a interpreta Pactul, afirmă că „dreptul la viață a fost prea des interpretat în mod restrictiv. Expresia «dreptul inerent la viață» nu poate fi însă interpretată adecvat în sens restrâns, iar protecția acestui drept necesită adoptarea de măsuri pozitive de către state” – *Comentariul General asupra Articolului 6, Raportul Comitetului pentru Drepturile Omului, Sesiunea 37, A/37/40/*, pp. 93, 94.

²³ A se vedea: Clarence J. Sundram, *Strategies to Prevent Patient Abuse in Public Institutions*, New England Journal of Human Services, Vol. VI, Issue 2, 1986; Clarence J. Sundram, *Obstacles to Reducing Patient Abuse in Public Institutions*, Hospital & Community Psychiatry, Vol. 35, No. 3, pp. 238-243 (March 1984).

sarcini proprii personalului unor pacienți «supraveghetori» și de a-i investi pe aceștia cu puterea de a disciplina alți pacienți creează riscuri grave de abuzuri și violare a Principiului MI 8.

3. Experimentele medicale și științifice

După cum am menționat mai sus, clauza secundă a art. 7 al PIDCP prevede că „este interzis ca o persoană să fie supusă, fără consimțământul său, unei experiențe medicale sau științifice”. Asemenea referiri precise nu sunt tocmai caracteristice PIDCP, fiind de aceea evident că autorii Pactului au intenționat să lege protecția împotriva torturii și tratamentului inuman și degradant de protecțiile împotriva practicilor medicale coercitive și potențial periculoase.

Comitetul pentru Drepturile Omului al ONU dă o interpretare foarte strictă art. 7 în ceea ce privește protejarea consimțământului voluntar. Atunci când o persoană este subiectul oricărei forme de detenție, Comentariul General 20(44) al Comitetului pentru Drepturile Omului interpretează PIDCP ca interzicând *orice* formă de experiment asupra persoanelor incapabile să consimtă atunci când respectivul experiment presupune un pericol la adresa sănătății acestora.²⁴ Prevederea de față recunoaște faptul că mediul prin definiție coercitiv al instituțiilor compromite natura voluntară a consimțământului. Principiile etice privind cercetarea medicală asupra pacienților umani din Declarația de la Helsinki a OMS se ocupă de condițiile strict precizate în care o astfel de cercetare poate fi desfășurată. Principiul 24 prevede că subiecții cercetării care sunt din punct de vedere juridic incompetenți sau fizic ori psihic incapabili să-și dea consimțământul nu trebuie incluși în cercetare, cu excepția cazului în care aceasta din urmă este necesară pentru a promova sănătatea populației reprezentate, iar cercetarea nu poate fi efectuată asupra unor persoane capabile din punct de vedere juridic.²⁵

Prevederea citată a art. 7 are o mare importanță și o largă aplicabilitate. Utilizarea rezidenților instituțiilor în experimente științifice care necesită utilizarea subiecților umani a constituit o practică comună în multe state,²⁶ mai ales în domeniul experimentării cu medicamente noi. Anumite teste cu medicamente pot avea efecte benefice asupra pacienților recrutați; altele, însă, ar putea să nu presupună efecte pozitive directe, implicând în schimb riscuri medicale semnificative. Articolul 7 obligă, cel

²⁴ Comentariul General 20(44) afirmă că „Articolul 7 interzice în mod expres experimentele medicale sau științifice fără consimțământul liber al persoanei implicate (...) Comitetul observă, de asemenea, că o protecție specială în cadrul acestor experimente este necesară în cazul persoanelor incapabile să-și exprime consimțământul și, în mod special, al celor deținute sau închise în orice formă. Aceste persoane nu trebuie supuse experimentelor medicale sau științifice de nici un tip care ar putea fi vătămătoare pentru sănătatea lor” – *UN Manual on Human Rights Reporting*, p. 197, parag. 7.

²⁵ The World Medical Association, Inc., *World Medical Association Declaration of Helsinki: The Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* (accesată la 22 ianuarie 2002) <http://www.wma.net/e/policy/17-c_e.html>.

²⁶ Clarence J. Sundram, *In Harm's Way: Research Subjects Who Are Decisionally Impaired*, J. Health Care L. & Policy, Vol. 1, 36-65 (1998).

puțin, la o evaluare clinică efectuată de personal calificat, înainte de înregistrarea pacientului pentru tratamentul experimental, menită să determine dacă pacientul este competent să consimtă și dacă consimte în fapt pe baza cunoașterii complete a riscurilor și beneficiilor. Articolul 7 nu admite existența unui consimțământ al reprezentantului în cazul persoanelor incapabile de consimțământ în cunoștință de cauză,²⁷ iar îngrijorarea menționată de Comitetul pentru Drepturile Omului al ONU oferă un argument puternic împotriva participării consensuale la cercetarea non-terapeutică din cauza mediului inerent coercitiv în care se află persoana internată.

Cu toate acestea, și în acest domeniu formula utilizată de Principiile MI pare să ofere un grad mai scăzut de protecție decât PIDCP. Principiul 11 stipulează următoarele: „Testele clinice și tratamentul experimental nu vor fi efectuate asupra unui pacient fără consimțământ în cunoștință de cauză”, însă admite apoi o excepție care pune în pericol chiar regula prevăzând că „un pacient care nu își poate exprima consimțământul în cunoștință de cauză va fi acceptat pentru teste clinice sau tratamente experimentale exclusiv cu aprobarea unui organism de evaluare independent, special stabilit în acest scop.” Nu există nici un fel de prevedere împotriva experimentării non-terapeutice. Experiența a demonstrat că această protecție este foarte limitată.²⁸

4. Protecția împotriva tratamentului coercitiv

În timp ce clauza secundă a art. 7 se aplică doar tratamentului experimental, protecția de bază împotriva tratamentului inuman și degradant, atât prin PIDCP, cât și prin art. 5 din DUDO, se poate aplica în mod mai general tratamentului coercitiv cu potențial periculos sau degradant. Principiul MI 11 stipulează că „pacienților nu li se va administra nici o formă de tratament fără consimțământul lor în cunoștință de cauză (...)”, însă Principiile MI admit multe excepții la prevederea citată și nu recunosc un drept afirmativ de refuz al tratamentului. Este probabil ca art. 7 al PIDCP să acorde protecții sporite. Formele concrete de protecție oferite de acest articol cu privire la tratamentul non-experimental nu au fost clarificate pe deplin de Comitetul pentru Drepturile Omului al ONU, însă tratamentul coercitiv ar putea satisface definiția generală a tratamentului inuman și degradant atunci când generează suferințe sau înjosire semnificativă.

O decizie anume se poate dovedi contrară valorilor fundamentale de natură socială, medicală, politică sau religioasă ale unei persoane cu dizabilități mintale. Tratamentul coercitiv poate duce la o încălcare a sentimentului personal de control asupra propriei vieți, sănătăți și asupra propriului corp. Atunci când medicii nu țin seama de decizia unei persoane cu privire la îngrijirea, tratamentul sau serviciile medicale, cei dintâi pot priva persoana respectivă de sentimentul că este respectată de autoritățile medicale sau publice. Odată ce o persoană a fost supusă unui tratament fără consimțământ într-o instituție psihiatrică, ea ar putea să nu își recapete niciodată

²⁷ Cu toate acestea, Principiile etice privind cercetarea medicală asupra pacienților umani din Declarația de la Helsinki a OMS prevăd posibilitatea consimțământului reprezentantului în conformitate cu legislația aplicabilă, deși impun restricții importante tipurilor de cercetare admisibile. A se vedea principiile 24 și 26.

²⁸ A se vedea Sundram, *supracit.*

sentimentul de siguranță sau încredere în serviciile psihiatrice ori de altă natură. Persoanele care trec printr-o perioadă de puternice suferințe și nevoi psihologice se pot dovedi deosebit de sensibile la asemenea stări. Deși se poate dovedi foarte dificil de cuantificat exact starea de umilire și degradare cauzată de tratamentul coercitiv, nu există nici un dubiu că astfel de sentimente pot fi foarte intense. Protecția asigurată de Articolul 7 recunoaște importanța suferinței mintale și fizice, ca și contextul în care aceasta se petrece.

5. Izolarea și imobilizarea

Izolarea și imobilizarea persoanelor în instituțiile psihiatrice reprezintă practici comune, care pot cauza suferințe și sentimente de degradare de mare intensitate. În multe state persoanele pot fi imobilizate la discreția personalului medical, în absența unor standarde în raport cu care să se poată determina dacă astfel de constrângeri sunt adecvate, fiind de asemenea lipsite de protecții procedurale împotriva abuzurilor de acest tip. Într-un număr de state din Europa Centrală, organizațiile de drepturile omului au pus în evidență deținerea persoanelor în cuști.²⁹ Uneori cuștile se ridică deasupra paturilor, astfel încât persoanele în cauză nu pot sta în picioare. Incapabile să meargă la toaletă, persoanele din cuști rămân timp de ore sau zile întregi acoperite de urină și fecale. Conform celor declarate de personalul de la o asemenea instituție, autoritățile ar fi raportat că un număr mare de persoane erau plasate în cuști seara sau peste weekend, în perioadele în care personalul disponibil devenea insuficient. La o instituție psihiatrică personalul obișnuia să încuie fiecare pacient în cameră între ora 3 după-amiaza și dimineața zilei următoare datorită personalului insuficient pentru monitorizarea pacienților.

Anumite persoane sunt deținute pentru perioade lungi de timp datorită faptului că membrii personalului le consideră «potențial» periculoase pentru ele însele sau pentru alții, ori fiindcă că nu există suficient personal medical care să poată acorda tratamentul adecvat. O organizație pentru drepturile omului a anunțat că a găsit, la o instituție din Europa Centrală, o persoană cu istorie de alcoolism ținută în cușcă luni de zile la rând pentru a fi împiedicată să părăsească instituția în căutare de băutură. În America Latină, o organizație de drepturile omului a observat o instituție în care copiii erau legați de pat, de fotoliile rulante, sau lăsați timp de mai multe ore în cămăși de forță.³⁰ Personalul unei instituții a explicat că în situațiile amintite copiii se abuzau singuri și trebuiau ținuți în stare de imobilizare în marea parte a timpului din cauza lipsei oricărei forme de tratament sau de asistență profesională pentru controlul abuzului de sine.

Comitetul pentru Drepturile Omului al ONU menționează în mod direct «izolarea prelungită» printre practicile care pot constitui o încălcare a art. 7.³¹ Principiile MI stipulează că „imobilizarea fizică sau izolarea fără consimțământ a unui pacient nu va

²⁹ A se vedea, de exemplu, Mental Disability Rights International, *Human Rights and mental Health: Hungary (1997)*. A se vedea și www.amnesty.org EUR 15/002/2001, Bulgaria Action Alert.

³⁰ Mental Disability Rights International, *Human Rights and mental Health: Mexico (2000)*.

³¹ Comentariul General 20(44), în UN Manual on Reporting, *supracit.*, par. 6.

fi utilizată decât în conformitate cu procedurile aprobate oficial ale instituției psihiatrice respective și numai atunci când aceasta reprezintă singurul mod de a împiedica vătămarea *imediată sau iminentă* a pacientului sau a altor persoane. Aceste practici nu vor fi prelungete dincolo de perioada în care se dovedesc strict necesare pentru scopurile menționate. [s.a.]”³²

Principiile MI creează un standard subiectiv care definește scopurile izolării sau imobilizării (protejarea de vătămarea iminentă), în scopul limitării acestor practici la un set restrâns de circumstanțe. Utilizarea metodelor de imobilizare fizică ca o unealtă a comodității administrative sau de management al saloanelor este interzisă în mod clar. Principiile MI interzic și utilizarea de către instituțiile psihiatrice a izolării sau imobilizării din cauza lipsei de personal sau a incapacității de a supraveghea pacienții. În astfel de cazuri, utilizarea imobilizării și izolării nu reprezintă «singurul mijloc disponibil» de a proteja împotriva vătămării – asigurarea personalului corespunzător pentru supravegherea și monitorizarea pacienților ar reprezenta o alternativă cu mult mai umană. Limitând durata de timp în care se poate folosi imobilizarea la perioada de «strictă necesitate», Principiile MI afirmă clar că practica reprezintă doar o formă de management al crizelor. Dacă o persoană este foarte afectată însă se calmează după o scurtă perioadă de timp, ea trebuie eliberată din starea de izolare și imobilizare.

Principiile MI prevăd că „pacientului imobilizat sau izolat i se vor asigura condiții umane, îngrijire și supraveghere atentă și constantă de către membrii calificați ai personalului.” Faptul că Principiile MI impun supravegherea atentă și constantă de către personalul calificat reafirmă ideea că aceste practici nu trebuie folosite pentru a ține locul personalului corespunzător, deoarece acesta va fi deja disponibil pentru a observa și monitoriza persoana ținută în izolare sau imobilizată. Orice sistem de imobilizare care lasă persoana acoperită de propria urină sau fecale ori incapabilă să se ridice sau să se deplaseze pentru perioade îndelungate de timp ar fi cu siguranță considerat inuman.

Principiile MI aduc cu sine și protecții de natură procedurală împotriva abuzurilor. Acestea prevăd că „toate cazurile de imobilizare fizică sau izolare fără consimțământ, motivația lor, precum și natura și durata lor vor fi înregistrate în fișa pacientului.” În plus, „un reprezentant personal, acolo unde acesta există și este relevant, va fi imediat notificat cu privire la orice imobilizare fizică sau izolare fără consimțământ a pacientului.”

6. Protecția împotriva pedepselor

Ca și art. 7 al PIDCP, art. 5 al DUDO prevede că „Nimeni nu va fi supus torturii, nici pedepselor sau tratamentului crud, inuman sau degradant.”

Constituie, totuși, o realitate nefericită faptul că, uneori, metodele de tratament se utilizează și ca forme de pedeapsă. Acestea includ terapia electro-convulsivă (ECT) și cea mai comună formă de tratament psihiatric, medicația psihotropă. Utilizarea «ECT nemodificat» fără anestezie sau relaxanți musculari generează riscul unor

³² A se vedea Principiul 11(11).

vătămări serioase ale pacienților, inclusiv prin fracturi și alte răni. În anumite instituții, personalul de salon neinstruit și nesupravegheat folosește medicația ca o formă de control a pacienților, pedepsindu-i pe aceștia din urmă pentru transgresări, sedându-i pentru a-i face mai ușor de îngrijit și pentru a reduce presiunile la care este supus personalul limitat însărcinat cu supravegherea sau alte programe terapeutice.

Principiul 10 interzice utilizarea medicației ca o formă de pedeapsă sau pentru confortul altor persoane. Se întăresc astfel noțiunile de bază ale Principiilor tratamentului profesional, diagnosticării în conformitate cu standarde acceptate internațional, personalului corespunzător, tratamentului individualizat și utilizării medicației exclusiv în scopuri terapeutice. Astfel, Principiul 10 și protecția complementară împotriva utilizării nejustificate a medicației oferită de Principiul 8(2) aduc mecanismele de protecție din PIDCP și DUDO în interiorul instituției psihiatrice.

7. Dreptul la spațiul privat

Violarea dreptului la spațiul privat reprezintă una dintre încălcările cele mai frecvente ale drepturilor omului în instituțiile psihiatrice. Persoanele pot fi obligate să trăiască timp de ani de zile în saloane comune în care nu au parte de nici un moment de singurătate. Uneori nu dispun de un loc sigur în care să-și depoziteze articolele personale sau hainele. Alteori nu se bucură de respectarea spațiului privat nici când fac baie sau la toaletă. Instituțiile adoptă uneori practici convenabile însă degradante, de tipul «dușurilor comune» în care grupuri de pacienți sunt dezbrăcați și spălați cu furtunul. Chiar și atunci când aceștia din urmă dispun de camere cu unul sau două paturi, personalul sau alți pacienți le încalcă spațiul privat. Întâlnirile intime cu prietenii, familia sau chiar partenerul pot fi restricționate. Comunicarea cu familia și prietenii este adesea monitorizată, iar scrisorile sunt deschise.

Principiul MI 13(1) protejează dreptul la spațiul privat, la libertatea de comunicare și la vizitele private. Dreptul la spațiul privat este protejat ca drept în sine și în conformitate cu art. 12 din DUDO și art. 17 al PIDCP, care prevede că „Nimeni nu va putea fi supus vreunor imixțiuni arbitrare sau ilegale în viața particulară, în familia, domiciliul sau corespondența sa (...)”. Articolul 17 specifică faptul că „Orice persoană are drept la protecția legii împotriva unor asemenea imixțiuni sau atingeri.”

V. Libertatea și securitatea persoanei

Articolul 9 al PIDCP stipulează că „Orice om are dreptul la libertate și la securitatea persoanei sale. Nimeni nu poate fi arestat sau deținut în mod arbitrar. Nimeni nu poate fi privat de libertatea sa decât pentru motive legale și în conformitate cu procedura prevăzută de lege.” Articolele 3 și 9 ale DUDO conferă protecții similare.

Articolul 9 obligă autoritățile statului să adopte legi în vederea protejării împotriva deținerii arbitrare în instituțiile psihiatrice. Principiile MI conțin linii directoare detaliate, care se dovedesc utile pentru interpretarea mijloacelor de protecție împotriva deținerii abuzive în instituțiile psihiatrice. Principiile MI stabilesc atât standarde subiective, cât și mecanisme procedurale necesare protejării împotriva deținerii arbitrare în instituțiile psihiatrice. Jurisprudența substanțială a sistemului european de

drepturile omului care interpretează protecția împotriva deținerii abuzive în conformitate cu Convenția Europeană stabilește un număr de drepturi suplimentare, care ar putea fi mai mare decât cel statuat prin Principiile MI. Deși jurisprudența în cauză este obligatorie doar în cazul țărilor care au ratificat Convenția Europeană, ea poate oferi o imagine a obligațiilor impuse de PIDCP.

Spre deosebire de protecția împotriva tratamentului inuman și degradant din art. 7 al PIDCP, de la care nu se poate deroga, protecțiile stabilite prin art. 9 pot fi limitate în cazuri foarte bine precizate. „Principiile de la Siracusa” au stipulat standarde acceptate internațional pentru derogarea de la anumite drepturi.³³ Protecțiile oferite de Principiile MI împotriva internării civile abuzive în instituții psihiatrice reiau o mare parte dintre Principiile de la Siracusa. În mod compatibil cu Principiile MI, cele din urmă insistă asupra principalelor scopuri ale politicilor publice care trebuie încorporate în legislația privind sănătatea mintală. Orice limitare a dreptului persoanei de a nu fi deținută trebuie să fie „strict necesară” pentru atingerea unui scop public legitim – cum ar fi siguranța publică.³⁴ În plus, nu trebuie să existe „alte mijloace mai puțin intruzive” prin care să poată fi atinse aceleași scopuri.

Principiile MI permit deținerea pentru „o perioadă scurtă”, care trebuie menționată în legile interne, „în scopul ținerii sub observație și a tratamentului preliminar în așteptarea evaluării cazului” de un organism independent.³⁵ Orice internare fără consimțământ după această perioadă trebuie decisă de către „un organism independent judiciar sau de altă natură înființat de legislația internă în conformitate cu procedurile prevăzute de aceasta.” Organismul de evaluare stabilește dacă persoana care face subiectul detenției împlinește criteriile substantive menționate anterior. Prin urmare, decizia de internare, deși inițial una medicală sau psihiatrică, face în cele din urmă obiectul unei verificări judiciare pentru a determina respectarea standardelor legale. Organismul de evaluare are la dispoziție unul sau mai mulți psihiatrii practicanți, care trebuie să nu întrețină legături cu instituția care încearcă să interneze persoana în cauză.³⁶ O persoană internată fără consimțământ „va avea drept de recurs la o instanță superioară (...)”³⁷.

Persoanele supuse la internare fără consimțământ au dreptul de „a alege și a numi reprezentanți legali pentru a reprezenta pacientul, inclusiv pentru orice procedură de

³³ Conform Principiilor de la Siracusa, orice limitare a drepturilor trebuie să îndeplinească următoarele cinci criterii: 1. Restricția trebuie să fie prevăzută de lege și aplicată în conformitate cu aceasta; 2. Restricția trebuie să fie făcută în interesul unui obiect legitim al interesului general; 3. Restricția trebuie să fie strict necesară într-o societate democratică în vederea îndeplinirii respectivului obiectiv; 4. Nu trebuie să existe mijloace disponibile mai puțin intruzive și restrictive de a atinge același obiectiv; 5. Restricția nu este definită sau impusă arbitrar, i.e. în mod nerezonabil sau discriminator. A se vedea și *WHO, Twenty Five Questions*, p. 23.

³⁴ Principiul MI 9 recunoaște că „fiecare pacient are dreptul să fie tratat în mediul cel mai puțin restrictiv”, în timp ce Principiul MI 15(1) stabilește că „se vor depune toate eforturile pentru a împiedica internarea fără consimțământ”.

³⁵ A se vedea G.A. Res. 46/119, 46 U.N. GAOR Supp. (No. 49) Annex at 188-192, U.N. Doc. A/46/49 (1991), Principiul 16(2).

³⁶ *Idem*, Principiul 17(1).

³⁷ *Idem*, Principiul 17(7).

reclamație sau recurs.”³⁸ Reprezentarea este gratuită dacă persoana în cauză nu dispune de mijloacele de a o plăti. Acolo unde este necesar, autoritățile statului vor pune la dispoziție și un interpret.³⁹ Persoana supusă procedurilor de internare și reprezentantul său legal au dreptul de a „fi de față, participa și a fi audiați în persoană în cadrul oricărei ședințe.”⁴⁰ Persoana sau reprezentantul său pot solicita un raport psihiatric independent și prezenta „probe verbale, scrise sau de altă natură (...)”⁴¹ Principiile MI stabilesc și proceduri de consultare de către pacient sau reprezentantul acestuia a fișelor medicale ale celui dintâi.⁴²

Persoanele supuse internării civile fără consimțământ au dreptul de a le fi examinat periodic dosarul. Conform Principiului MI 17(3), legislația internă trebuie să stabilească „intervale rezonabile” de reevaluare, care va fi înfăptuită de organismul evaluator independent. La reevaluarea periodică pacientul se bucură de aceleași drepturi ca și în cazul procedurilor de internare.

C. Ghidul oferit de sistemul european al drepturilor omului

Jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului arată cât sunt de apropiate multe dintre prevederile Principiilor MI de obligațiile impuse de legislația bazată pe pacte. În anumite cazuri, drepturile stabilite prin pacte precum PIDCP ori Convenția Europeană a Drepturilor Omului conferă chiar protecții sporite în comparație cu Principiile MI. Există o suită de cazuri care interpretează art. 5 al CEDO și care trebuie avute în vedere mai ales în statele care sunt parte la Convenție.⁴³ Cazurile care interpretează obligațiile impuse de art. 5 al CEDO ar putea fi relevante și în cazul statelor semnatare a PIDCP din afara Europei, întrucât protecția oferită de art. 5 este similară – deși nu identică – cu aceea a art. 9 al PIDCP.⁴⁴ (...)

³⁸ *Idem*, Principiul 18(1).

³⁹ *Idem*, Principiul 18(2).

⁴⁰ *Idem*, Principiul 18(5).

⁴¹ *Idem*, Principiul 18(3).

⁴² *Idem*, Principiul 18(4). Deși persoana internată are un drept general de acces la propriile dosare, acesta poate fi limitat atunci când „dezvăluirea datelor ar putea cauza prejudicii sănătății pacientului sau aduce cu sine riscuri la adresa siguranței altor persoane.” În funcție de legislația internă, dosarele trebuie puse la dispoziția reprezentanților legali.

⁴³ Pentru o analiză a jurisprudenței, a se vedea: Gostin, *Human Rights of Persons with Mental Disabilities*, 23 Int'l J. L. Psychiatry 125 (2000), pp. 136-48; Wachenfeld, *The Human Rights of the Mentally III In Europe* (1992).

⁴⁴ Articolul 5(1) prevede că „Nimeni nu poate fi lipsit de libertatea sa, cu excepția următoarelor cazuri și potrivit căilor legale.” Articolul 5(1)(e) permite „detenția legală a unei persoane susceptibile să transmită o boală contagioasă, a unui alienat, a unui alcoolic, a unui toxicoman sau a unui vagabond”. Articolul 5(2) protejează dreptul persoanelor de a fi informate asupra motivelor arestării (interpretată ca incluzând detenția psihiatrică). Articolul 5(4) prevede dreptul la un „termen scurt” de judecare a recursului de către o curte sau tribunal independent iar art. 5(5) prevede dreptul la reparații pentru persoanele arestate sau deținute abuziv.

VI. Mecanisme de protecție

Așa cum istoria a demonstrat-o, inclusiv prin rapoartele Raportorilor speciali, persoanele cu dizabilități mintale sunt vulnerabile la abuzuri, neglijență, tratament abuziv și exploatare, în special atunci când se află închise în instituții specializate. Motivele pentru care lucrurile arată astfel sunt multe la număr și afectează instituțiile din țările dezvoltate și în curs de dezvoltare deopotrivă. Cele mai importante privesc rolul neprioritar al serviciilor destinate persoanelor cu dizabilități mintale, care restrâng gama opțiunilor serviciilor ce pot fi furnizate în interiorul comunității. Aceasta duce la un rol excesiv al instituțiilor, care, la rândul său, conduce la supra-aglomerare, personal insuficient, depășit și slab pregătit. Combinația de factori de mai sus creează o cultură a toleranței față de condiții inadecvate și un nivel redus de raportare și reacție în fața problemelor relevante.

Standardele internaționale de drepturile omului recunosc importanța sentimentului de siguranță al persoanei. Declarația Universală a Drepturilor Omului prevede în art. 3 că „Orice ființă umană are dreptul la viață, la libertate și la securitatea persoanei sale.” Ideea este surprinsă în mod mai precis de către Principiile MI. Principiul 8(2) prevede că „Fiecare pacient va fi protejat de vătămare, inclusiv de medicație necorespunzătoare, abuzurile comise de către alți pacienți, personal sau alte persoane, precum și de alte acțiuni care generează suferință mintală și fizică.”

Este important ca atunci când se adoptă mecanisme de protecție să existe o recunoaștere pe deplin conștientă a pericolelor și riscurilor la care sunt expuse persoanele cu dizabilități mintale, ca și a surselor acestor pericole. Secțiunea de față enumeră câteva motive care fac necesară existența acestor mecanisme de protecție și discută mai multe tipuri de activități care oferă protecția amintită.

A. Pericolele neputinței

Multe persoane cu dizabilități mintale internate în instituții suferă de o formă gravă sau alta de neputință de a-și purta singure de grijă. Ele depind de alții, fiind necesar să fi ajutate în multe privințe, uneori chiar pentru funcțiuni critice și îngrijire medicală elementară. Altele nu își pot comunica nevoile și dorințele. Nevoile critice pot fi greșit înțelese de cei care iau decizii în numele lor. Dorințele exprimate pot fi trecute cu vederea sau lăsate la o parte tocmai din cauza dizabilităților de care suferă. Natura acestora din urmă le face în mod special vulnerabile la abuzul sexual și la exploatare. Dizabilitățile, care pot afecta sănătatea fizică, capacitatea mintală și cea de autoprotecție, diminuează și posibilitatea de a cere ajutor în cazurile în care sunt victimizate. Segregarea în instituții specializate poate îngreuna cunoașterea suferințelor lor de către ceilalți. Chiar și atunci când se plâng, ceilalți pot pune la îndoială seriozitatea sau adevărul reclamațiilor datorită etichetei pe care stă scris diagnosticul. Prin urmare, asemenea persoane sunt nu doar vulnerabile la abuzuri și neglijență, ci suportă și un handicap rezultând din dizabilități și circumstanțe atunci când solicită ajutor.

B. Pericole ale sistemului de servicii

În ciuda accentului pus în ultima perioadă pe definirea așteptărilor în documente precum Principiile MI, distanța dintre aspirații și realitate rămâne considerabilă. Pentru mulți dintre cei care ar trebui să beneficieze de aceste servicii, tratamentul, serviciile și asistența necesare ar putea să nu fie pur și simplu disponibile în instituția în care se află, sau nicăieri altundeva. Personalul pe care se bazează pentru a fi ajutați ar putea avea așteptări foarte scăzute în privința a ceea ce se poate face, după cum ar putea fi dezinteresat de nevoile lor. Prin urmare, nevoile importante ale acestor persoane pot rămâne fie necunoscute, fie neglijate.

C. Ce mecanisme de protecție sunt necesare?

Atunci când se adoptă mecanisme de protecție, multe pericole pot fi anticipate pe baza experiențelor trecute (de exemplu, faptul că nu toți angajații au pregătirea corespunzătoare, că unii dintre ei nu știu cum să acționeze în situații de urgență, că alții își vor neglija datoriile, că unii vor fura bani, vor exploata persoanele vulnerabile sau se vor comporta în mod abuziv, că acțiuni bine intenționate au uneori consecințe perverse etc.). Măsurile de protecție pot fi implementate în avans pentru a preîntâmpina, descoperi și minimiza problemele anticipate (de exemplu, prin asigurarea unui personal adecvat, selectare înainte de angajare, pregătirea și supravegherea angajaților etc.).

Cu toate acestea, mecanismele de protecție pot să dea greș chiar ele (în ciuda pregătirii și supravegherii angajaților, pot să apară greșeli). Din acest motiv sunt necesare măsuri multiple și redundante la diverse niveluri și independente unele față de celelalte: dacă una dintre acestea eșuează, altele pot fie împiedica, fie descoperi și corecta problemele apărute.

Unul dintre avantajele reale ale unui sistem comunitar este acela că se creează oportunități de folosire a mecanismelor de protecție *naturale* ale comunității, care pot fi deosebit de eficiente. În măsura în care serviciile și asistența sunt integrate în comunitate, legăturile create între persoanele deservite și cei care nu fac parte din sistemul de servicii devin ele însele mecanisme de protecție. «Ochii și urechile» independente pot avertiza sistemul cu privire la problemele apărute și pot determina o intervenție promptă în scopul rezolvării acestora.