



# Assemblée générale

Distr. générale  
11 janvier 2019  
Français  
Original : anglais

## Conseil des droits de l'homme

### Quarantième session

25 février-22 mars 2019

Point 3 de l'ordre du jour

**Promotion et protection de tous les droits de l'homme,  
civils, politiques, économiques, sociaux et culturels,  
y compris le droit au développement**

## Droits des personnes handicapées

### Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées

#### *Résumé*

Dans son rapport, la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées donne un aperçu des activités qu'elle a entreprises en 2018 et présente une étude thématique sur les formes de privation de liberté propres au handicap, à la lumière des normes énoncées dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Elle y passe en revue les formes de détention propres au handicap, leurs causes sous-jacentes et leurs conséquences néfastes, et propose d'autres approches fondées sur les droits. Le rapport contient des recommandations visant à aider les États à élaborer et à engager des réformes pour mettre un terme à la privation de liberté fondée sur le handicap, notamment en abolissant les lois et les règlements qui autorisent cette pratique, en mettant en œuvre des politiques de désinstitutionnalisation et en organisant des campagnes de sensibilisation dans le domaine.



## Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction .....	3
II. Activités de la Rapporteuse spéciale .....	3
A. Visites de pays .....	3
B. Collaboration avec les parties prenantes .....	3
C. Communications .....	4
III. Privation de liberté des personnes handicapées .....	4
IV. Causes sous-jacentes des formes de privation de liberté propres au handicap .....	7
V. Droit à la liberté et à la sécurité des personnes handicapées .....	10
A. Reconnaissance universelle du droit à la liberté de la personne .....	10
B. Contenu normatif de l'article 14 de la Convention .....	11
C. Effets de la Convention sur les normes internationales et régionales .....	14
VI. Abandon de la privation de liberté fondée sur le handicap .....	16
A. Réforme législative .....	16
B. Désinstitutionnalisation .....	16
C. Abandon de la coercition dans le domaine de la santé mentale .....	17
D. Accès à la justice .....	18
E. Appui de proximité .....	18
F. Participation .....	19
G. Renforcement des capacités et sensibilisation .....	19
H. Mobilisation des ressources .....	20
VII. Conclusions et recommandations .....	20

## I. Introduction

1. La Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, Catalina Devandas Aguilar, soumet le présent rapport au Conseil des droits de l'homme conformément à la résolution 35/6 du Conseil. Elle y décrit les activités qu'elle a menées en 2018 et présente une étude thématique sur les formes de privation de liberté propres au handicap. L'étude a pour objectif de fournir aux États des orientations sur la façon de garantir le droit à la liberté et à la sécurité des personnes handicapées, en accordant une attention particulière au processus visant à mettre un terme à la privation de liberté fondée sur l'incapacité.

2. Aux fins de la réalisation de cette étude, la Rapporteuse spéciale a commandé deux études<sup>1</sup> et analysé les réponses à un questionnaire envoyé aux États Membres, aux institutions nationales pour la promotion et la protection des droits de l'homme, aux institutions du système des Nations Unies, aux organisations de la société civile, ainsi qu'à des personnes handicapées et aux organisations qui les représentent. Elle a reçu 40 réponses<sup>2</sup>.

## II. Activités de la Rapporteuse spéciale

### A. Visites de pays

3. En 2018, la Rapporteuse spéciale s'est rendue au Koweït du 26 novembre au 5 décembre (le rapport doit être présenté à la quarante-troisième session du Conseil). Elle remercie le Gouvernement koweïtien de l'esprit de coopération dont il a fait preuve avant, pendant et après sa visite.

4. La Rapporteuse spéciale a décidé d'effectuer des visites au Botswana, au Canada, en Chine et en Norvège. Elle a demandé à être invitée à se rendre au Bénin, au Cambodge, en El Salvador et au Viet Nam, et prend note avec satisfaction des invitations qui lui ont été adressées par l'Algérie, l'Égypte et les Émirats arabes unis.

### B. Collaboration avec les parties prenantes

5. Durant l'année écoulée, la Rapporteuse spéciale a participé à de nombreuses conférences et réunions d'experts, notamment à la cinquante-sixième session de la Commission du développement social, au débat annuel du Conseil des droits de l'homme sur les droits des personnes handicapées, à la réunion d'experts et de parties prenantes européennes visant à apporter des contributions en vue de la neuvième session du Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement, à la consultation du Conseil des droits de l'homme consacrée aux droits de l'homme et à la santé mentale et à la onzième session de la Conférence des États parties à la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Elle a aussi organisé des consultations d'experts sur le droit à la santé, le rôle des notaires et le rôle du pouvoir judiciaire dans la mise en œuvre de la Convention, conjointement avec d'autres experts de l'Organisation des Nations Unies, des organismes, des organisations internationales de la société civile, des organisations de personnes handicapées et le milieu universitaire.

6. La Rapporteuse spéciale a continué de promouvoir activement une démarche globale visant à inclure les droits des personnes handicapées dans les travaux réalisés par toutes les entités du système des Nations Unies, en coordination avec le Cabinet du Secrétaire général et le Groupe d'appui interorganisations pour la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Dans ce cadre, elle a réalisé une étude de référence qui servira de base à l'élaboration d'une stratégie à l'échelle du système des Nations Unies en faveur de l'inclusion des personnes handicapées.

<sup>1</sup> P. Gooding *et al.*, *Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review* (Université de Melbourne, 2018) ; et M. Gómez-Carrillo, E. Flynn et M. Pinilla, *Global Study on Disability-Specific Forms of Deprivation of liberty* (Université nationale d'Irlande à Galway, à paraître).

<sup>2</sup> Voir [www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDIsabilities/Pages/LibertyAndSecurity.aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDIsabilities/Pages/LibertyAndSecurity.aspx).

7. Comme l'Assemblée générale le lui avait demandé, la Rapporteuse spéciale a collaboré avec la Division de statistique de l'ONU, le Groupe d'experts des Nations Unies et de l'extérieur chargé des indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable et diverses institutions du système des Nations Unies afin de promouvoir la collecte et la ventilation de données sur les personnes handicapées.

8. Le 6 mars, la Rapporteuse spéciale a présenté au Conseil des droits de l'homme son rapport annuel sur la capacité juridique et la prise de décisions assistée (A/HRC/37/56). Le 22 octobre, elle a présenté à l'Assemblée générale son rapport annuel sur le droit à la santé des personnes handicapées (A/73/161). Ces deux rapports sont disponibles dans des formats accessibles<sup>3</sup>.

9. La Rapporteuse spéciale a poursuivi son étroite collaboration avec les titulaires de mandat au titre des procédures spéciales et les organes conventionnels, ainsi qu'avec d'autres experts et organismes des Nations Unies, dont l'Organisation internationale du Travail, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, le Fonds des Nations Unies pour la population, l'Organisation mondiale de la Santé et le Partenariat des Nations Unies pour la promotion des droits des personnes handicapées.

10. La Rapporteuse spéciale a aussi échangé avec plusieurs parties prenantes, telles que des institutions nationales pour la promotion et la protection des droits de l'homme, des organisations représentant les personnes handicapées, d'autres organisations non gouvernementales, des universités et la communauté des diplomates.

### C. Communications

11. Un résumé des communications envoyées et des réponses reçues au cours de la période considérée figure dans les rapports sur les communications soumis par les titulaires de mandat au titre des procédures spéciales (A/HRC/37/80, A/HRC/38/54 et A/HRC/39/27).

## III. Privation de liberté des personnes handicapées

12. La privation de liberté des personnes handicapées est un problème majeur de droits de l'homme à l'échelle mondiale. Bien qu'il n'existe pas de données détaillées sur le nombre de personnes handicapées privées de liberté, les statistiques disponibles et les informations administratives provenant de toute une série de pays montrent que des personnes handicapées sont incarcérées, emprisonnées, détenues ou soumises à d'autres formes de restrictions physiques de manière systématique partout dans le monde, quelle que soit la situation économique ou la tradition juridique du pays concerné.

13. Les personnes handicapées sont largement surreprésentées dans les lieux de privation de liberté ordinaires, tels que les prisons et les centres de détention pour migrants. Si l'on estime qu'elles représentent 15 % de l'ensemble de la population, leur proportion peut atteindre jusqu'à 50 % de la population carcérale dans de nombreux pays<sup>4</sup>. Il est également reconnu que les enfants handicapés sont surreprésentés dans les centres de détention pour mineurs et dans les structures résidentielles pour enfants comme les orphelinats, les établissements de protection sociale et les foyers d'hébergement<sup>5</sup>.

14. Les personnes handicapées sont de plus soumises à d'autres formes de privation de liberté qui sont propres au handicap. La privation de liberté est dite propre au handicap lorsque des lois, des règlements ou des pratiques prévoient ou autorisent la privation de liberté sur la base d'une incapacité réelle ou supposée, ou lorsqu'il existe des lieux de détention spécifiques destinés exclusivement ou principalement aux personnes handicapées. Cette pratique peut notamment prendre la forme d'une hospitalisation non consentie dans un service de santé mentale, d'un placement en institution, d'une détention en tant que

<sup>3</sup> Voir [www.ohchr.org/en/issues/disability/srdisabilities/pages/reports.aspx](http://www.ohchr.org/en/issues/disability/srdisabilities/pages/reports.aspx).

<sup>4</sup> J. Bronson, L. Maruschak et M. Berzofsky, « Disabilities among prison and jail inmates, 2011-12, special report » (États-Unis d'Amérique, Département de la justice, 2015) ; et Australie, Australian Institute of Health and Welfare, *The Health of Australia's Prisoners* (Canberra, 2015).

<sup>5</sup> G. Mulheir (2012), « Deinstitutionalisation – a human rights priority for children with disabilities », *Equal Rights Review*, vol. 9, p. 117 à 137 ; et C. A. Mallett (2014), « The “learning disabilities to juvenile detention” pipeline: a case study », *Children & Schools*, vol. 36, n° 3, p. 147 à 154.

mesure de déjudiciarisation, d'un traitement forcé dans des « camps de prière » ou d'un confinement à domicile. Les caractéristiques, motivations et justifications communes à toutes ces formes de privation de liberté découlent du modèle médical du handicap.

15. Le placement de personnes handicapées dans des établissements de santé mentale sans leur consentement pour des périodes plus ou moins longues est la forme la plus notoire de détention fondée sur l'incapacité. Le fait que cette pratique soit avérée n'a pas pour autant entraîné son abandon ; au contraire, des lois ont été adoptées afin de définir des critères pour le placement en détention et des garanties de procédure. Ainsi, la majorité des pays réglementent cette pratique au moyen de lois consacrées à la santé mentale. En 2017, 111 États ont indiqué qu'ils disposaient d'une telle loi<sup>6</sup>. En plus du critère principal servant à déterminer si une personne présente une « maladie mentale » ou des « troubles mentaux », le risque qu'une personne présenterait pour elle-même ou pour autrui, ainsi que les besoins qu'elle aurait en matière de soins et de traitement, d'après des professionnels de la santé, sont des critères courants. Dans la plupart des pays, cette forme de privation de liberté entraîne l'administration forcée de médicaments ou d'autres interventions.

16. Le placement non consenti dans un service de santé mentale est normalement considéré comme une exception de dernier recours, mais il a été démontré que ce n'était pas le cas dans la pratique. Même si le nombre de places dans les établissements de santé mentale a diminué à l'échelle mondiale, le taux d'admissions non consenties semble croître dans certaines régions, en particulier dans les pays à revenu élevé. Une nette augmentation a par exemple été signalée dans plusieurs pays d'Europe<sup>7</sup> et ce phénomène devient également plus fréquent dans de nombreux pays du continent américain, du Moyen-Orient et d'Asie orientale<sup>8</sup>. Même lorsque le patient a officiellement consenti à son admission, la plupart des « services psychiatriques de soins aigus » sont fermés et les personnes ne peuvent donc pas quitter les lieux à leur gré. En outre, une admission volontaire n'implique pas forcément que la personne concernée a donné son consentement libre et éclairé, car elle a pu être menacée d'admission forcée en cas de refus. L'hospitalisation de longue durée pour des périodes égales ou supérieures à douze mois reste fréquente dans certains pays<sup>9</sup>.

17. Le placement en institution est une autre forme courante de privation de liberté propre au handicap, qui est souvent justifiée par le besoin de « soins spécialisés » des personnes handicapées. D'après une étude majeure réalisée auprès de 25 États européens, près de 1,2 million de personnes handicapées vivaient en institution ; or, la plupart d'entre elles auraient été placées sans leur consentement et n'auraient pas la possibilité de contester leur situation<sup>10</sup>. Les établissements sociaux destinés aux personnes handicapées restent très répandus dans de nombreux pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine. En l'absence d'institutions publiques, il existe des centres gérés par des associations caritatives et des structures traditionnelles ou religieuses. Les « camps de prière », qui sont dirigés par des guérisseurs traditionnels, sont par exemple courants dans plusieurs pays d'Afrique. Les conditions sanitaires dans ces structures sont souvent déplorable et les personnes handicapées, placées sous l'autorité absolue d'un « guérisseur », sont fréquemment entravées ou soumises à l'isolement<sup>11</sup>.

<sup>6</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Mental Health Atlas 2017* (2018), p. 18.

<sup>7</sup> A. Turnpenny *et al.*, *Mapping and Understanding Exclusion: Institutional, Coercive and Community-based Services and Practices across Europe* (Mental Health Europe et Université du Kent, 2017).

<sup>8</sup> M. Lebenbaum *et al.*, « Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions in Ontario, Canada: a population-based linked administrative database study », *British Journal of Psychiatry Open*, vol. 4, n° 2 (2018), p. 31 à 38 ; J. A. Bustamante Donoso et A. Cavieres Fernández, « Internación psiquiátrica involuntaria. Antecedentes, reflexiones y desafíos », *Revista Médica de Chile*, vol. 146 (2018), p. 511 à 517 ; A. Bauer *et al.*, « Trends in involuntary psychiatric hospitalization in Israel 1991-2000 », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 30, n° 1 (2007), p. 60 à 70 ; et A. Kim (2017), « Why do psychiatric patients in Korea stay longer in hospital? », *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 11, n° 2.

<sup>9</sup> Turnpenny *et al.*, *Mapping and Understanding Exclusion*, p. 41.

<sup>10</sup> J. Mansell *et al.*, *Deinstitutionalisation and Community Living – Outcomes and Costs: Report of a European Study, Volume 2: Main Report* (Canterbury, Université du Kent, 2007).

<sup>11</sup> Human Rights Watch, « Like a death sentence: abuses against persons with mental disabilities in Ghana », 2 octobre 2012.

18. Bien qu'elles diffèrent par leur taille, leur dénomination et leur organisation, les institutions possèdent certaines caractéristiques communes. Par exemple, elles contribuent à l'isolement et à la ségrégation des personnes handicapées, au détriment de leur autonomie de vie et de leur inclusion dans la société ; elles privent les personnes handicapées de la possibilité de décider par elles-mêmes dans la vie de tous les jours ; elles les empêchent de choisir les personnes avec qui elles vivent ; elles imposent un emploi du temps et des habitudes de tous les jours qui ne tiennent pas compte de la volonté ni des préférences de chacun ; elles font participer un groupe de personnes placé sous une certaine autorité à des activités identiques en un même lieu ; elles ont une approche paternaliste dans la prestation des services ; elles encadrent les conditions de vie ; elles sont dans l'obligation de partager les services d'assistants entre plusieurs personnes et l'influence qui peut être exercée sur la personne dont l'aide doit être acceptée est limitée voire inexistante et, généralement, elles se caractérisent aussi par un nombre disproportionné de personnes handicapées qui vivent dans le même environnement<sup>12</sup>. Les personnes handicapées sont privées de liberté dans la mesure où elles sont placées en institution sans leur consentement libre et éclairé ou ne sont pas libres d'en partir.

19. Les enfants risquent tout particulièrement d'être placés en institution au motif de leur incapacité. Dans de nombreux États, il est en effet permis de retirer de force un enfant handicapé à sa famille pour le placer en institution en raison de son handicap et/ou de celui de ses parents ou tuteurs. Ainsi, des millions d'enfants handicapés sont maintenus en institution, isolés et séparés de leurs proches<sup>13</sup>. Ils y sont régulièrement enfermés et forcés à prendre des médicaments, et sont souvent exposés à la torture, à la maltraitance et à la négligence. Il a été amplement prouvé que le fait de placer un enfant dans un établissement résidentiel avait des effets néfastes sur son développement, même lorsqu'il s'agissait de foyers de taille réduite ou d'institutions ayant l'apparence d'un cadre familial<sup>14</sup>. Le placement de tout enfant dans une structure résidentielle hors du cadre familial doit être considéré comme un placement en institution et les mesures de protection contre la privation de liberté doivent être appliquées.

20. La privation de liberté en tant que mesure de déjudiciarisation est une autre pratique courante dans différents pays (A/HRC/37/25). Les personnes présentant un handicap intellectuel ou psychosocial qui ont été jugées inaptes à défendre leurs droits ou déclarées pénalement irresponsables de leurs actes sont généralement réorientées vers un établissement psychiatrique médico-légal ou une institution civile où, souvent, elles n'ont pas accès aux garanties de procédure en place dans le cadre du système de justice pénale et sont soumises à des traitements contre leur gré, à des mesures d'isolement et à des moyens de contrainte physique. Le régime qui leur est imposé est en outre plus strict, leur accès aux activités récréatives et aux services d'éducation et de santé est plus restreint que si elles se trouvaient dans une prison ordinaire, et les garanties de procédure dont elles bénéficient sont moindres. Le critère couramment utilisé pour évaluer s'il est nécessaire d'imposer de telles mesures de sécurité est généralement celui de la « dangerosité ». La police et les services sociaux peuvent aussi avoir pour rôle de réorienter la personne concernée vers d'autres services et sont fréquemment habilités à demander une hospitalisation d'office.

21. Même dans les situations où le placement en institution et l'hospitalisation forcée sont des pratiques rares ou inexistantes, de nombreuses personnes handicapées sont privées de liberté au sein de leur communauté. La pratique consistant à entraver les personnes présentant des handicaps psychosociaux a par exemple été signalée dans un certain nombre

<sup>12</sup> Observation générale n° 5 (2017) sur l'autonomie de vie et l'inclusion dans la société.

<sup>13</sup> Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La situation des enfants dans le monde 2013 : Les enfants handicapés* (New York, mai 2013), p. 46 et 47.

<sup>14</sup> M. Dozier *et al.*, « Consensus statement on group care for children and adolescents: a statement of policy of the American Orthopsychiatric Association », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 84, n° 3 (2014), p. 219 à 225 ; A. E. Berens et C. A. Nelson, « The science of early adversity: is there a role for large institutions in the care of vulnerable children? », *Lancet*, vol. 386, n° 9991 (2015), p. 388 à 398 ; et K. Maclean, « The impact of institutionalization on child development », *Development and Psychopathology*, vol. 15, n° 4 (2003), p. 853 à 884.

de pays<sup>15</sup> : les personnes handicapées sont entravées à l'aide de chaînes ou de cordes par les membres de leur famille ou par des guérisseurs traditionnels et religieux, ou elles sont enfermées dans un espace confiné comme une chambre, un abri ou une cage. Elles sont souvent laissées à l'extérieur, dénudées, plusieurs jours durant, voire plusieurs années. Ces pratiques découlent généralement d'une stigmatisation et de stéréotypes profondément enracinés, mais sont aussi liées à l'insuffisance des services d'appui de proximité.

22. La privation de liberté des personnes handicapées à leur domicile est une pratique qui n'existe pas seulement dans les milieux défavorisés. Dans la plupart des régions du monde, de nombreux enfants handicapés sont enfermés chez eux de manière systématique, et leurs contacts avec la société sont donc rares, voire inexistant<sup>16</sup>. Dans la pratique, de nombreux adultes handicapés vivant dans des logements protégés sont également privés de liberté, en ce qu'ils ne sont pas libres de sortir. De même, il est fréquent que les personnes âgées atteintes de démence soient empêchées de sortir de chez elles, prétendument pour leur propre sécurité<sup>17</sup>.

23. Les formes de privation de liberté propres au handicap touchent tout particulièrement les personnes présentant un handicap intellectuel ou psychosocial, mais elles atteignent l'ensemble des personnes handicapées dans toute leur diversité. Dans certains pays, les enfants sourds et aveugles continuent d'être placés en institution sans autre motif que le problème de leur accès à l'éducation. Les personnes atteintes d'infirmité motrice cérébrale sont souvent placées en institution à des fins de « traitement » et de « réadaptation ». Les personnes atteintes d'albinisme sont, parfois, de facto privées de leur liberté et placées dans des foyers protégés ou des centres de protection. Des personnes touchées par la lèpre ont été quant à elles envoyées dans des léproseries, pour le restant de leur vie.

24. Les personnes handicapées privées de liberté se trouvent inéluctablement dans des situations d'extrême vulnérabilité. Elles sont très exposées aux violences sexuelles et physiques, à la stérilisation et à la traite, et courent également un risque élevé de subir des actes de torture et des traitements inhumains ou dégradants, notamment l'administration forcée de médicaments ou l'électrothérapie et des mesures de contrainte ou d'isolement. Il arrive même qu'elles soient privées de soins médicaux et qu'elles en meurent<sup>18</sup>. Souvent, les personnes handicapées privées de liberté sont en outre officiellement privées de leur capacité juridique, si bien qu'elles ne peuvent contester leur situation et, à terme, finissent par devenir invisibles et être oubliées par la société. De fait, puisque l'on estime généralement que les pratiques décrites ci-dessus sont bienveillantes et partent d'une bonne intention, et qu'elles ne constituent pas une privation de liberté, elles ne font que rarement l'objet d'une surveillance par des mécanismes nationaux de prévention ou des institutions nationales pour la promotion et la protection des droits de l'homme.

#### **IV. Causes sous-jacentes des formes de privation de liberté propres au handicap**

25. Partout dans le monde, les causes à l'origine des formes de privation de liberté propres au handicap sont mal comprises. Si la plupart des personnes pensent que la privation de liberté est déclenchée par la déficience ou l'incapacité, en réalité elle est essentiellement imputable à des considérations sociales.

26. À l'origine des différentes formes de privation de liberté propres au handicap, il y a souvent la stigmatisation dont les personnes handicapées font l'objet. Dans la majorité des pays, cette stigmatisation est extrêmement forte du fait de préjugés très répandus. Par

<sup>15</sup> Human Rights Watch, « Living in hell: abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia », 20 mars 2016.

<sup>16</sup> F. Ellery, G. Lansdown et C. Csáky, « Out from the shadows: sexual violence against children with disabilities » (Save the Children et Handicap International, 2011), p. 14.

<sup>17</sup> J. Askham *et al.*, « Care at home for people with dementia: as in a total institution? », *Ageing & Society*, vol. 27, n° 1 (2007), p. 3 à 24.

<sup>18</sup> Disability Rights International, « Left behind: the exclusion of children and adults with disabilities from reform and rights protection in the Republic of Georgia » (2013).

exemple, l'idée selon laquelle certaines personnes handicapées seraient incapables de vivre en collectivité parce qu'elles doivent recevoir un traitement spécialisé en institution est prédominante. Les pratiques culturelles ou les croyances religieuses peuvent également renforcer la stigmatisation. La croyance selon laquelle les personnes handicapées seraient possédées par des esprits démoniaques, ou le handicap serait le prix à payer pour avoir péché ou serait la manifestation d'un acte de sorcellerie, explique que les proches aient peur ou ressentent de la honte, entraînant le rejet et la mise au ban de la société des personnes handicapées. Certains croient aussi que le handicap est contagieux et qu'il faut donc séparer les personnes handicapées du reste de la société.

27. Au cœur des préjugés à l'encontre des personnes qui présentent un handicap psychosocial se trouve la croyance infondée selon laquelle elles seraient enclines à la violence. Il a été démontré que cet a priori était faux et, de fait, des études montrent qu'en réalité ces personnes risquent davantage d'être victimes de violences<sup>19</sup>. Pourtant, ce stéréotype selon lequel elles seraient dangereuses s'est considérablement renforcé au cours de ces dernières décennies, alimenté par la couverture négative que les médias font de certains incidents, mettant en avant le parcours psychiatrique de l'auteur d'actes de violence ou, à défaut, spéculant sur un possible trouble qui n'aurait pas été diagnostiqué<sup>20</sup>. Cela a également une incidence néfaste sur la manière dont les prestataires de services et le grand public réagissent lorsqu'ils sont confrontés à des personnes qui présentent un handicap psychosocial, qui engendre une mise à distance par la société, des comportements discriminatoires et le recours à des pratiques coercitives<sup>21</sup>.

28. En outre, il est patent que les professionnels de la santé mentale ont eux-mêmes des préjugés quant à la dangerosité des personnes pour lesquelles a été diagnostiquée une schizophrénie, dangerosité qui sert à justifier la mise en place de mesures restrictives dans les établissements psychiatriques<sup>22</sup>. De même, dans de nombreux pays les professionnels de la santé et des services sociaux encouragent les parents à placer leur enfant handicapé dans un établissement au motif fallacieux qu'il y recevra de meilleurs soins qu'à la maison (voir A/HRC/37/56/Add.2). Les autorités de protection de l'enfance peuvent aussi retirer l'enfant à ses parents si ceux-ci présentent un handicap réel ou supposé, sans leur avoir offert les moyens de garder leur enfant avec eux.

29. Parfois, derrière la supposée nécessité de traiter et prendre en charge une personne, raison invoquée pour justifier son placement forcé dans un établissement de santé mentale ou d'autres formes de placement en institution, c'est en réalité l'insuffisance de l'aide fournie par les collectivités qui est en cause. Quel que soit le niveau de revenu d'un pays, toutes les personnes handicapées rencontrent des difficultés considérables pour avoir accès à la santé, à l'éducation, à l'emploi et aux aides financières. De plus, dans leur ensemble, elles ont un accès limité aux services d'aide, notamment l'aide personnelle, l'aide à la prise de décisions et à la communication, l'aide en cas de crise autre que médicale, l'aide à la mobilité et les services de logement (A/HRC/34/58). L'exclusion et la discrimination ont des effets à long terme qui s'accumulent, donnant souvent lieu à une privation de liberté.

30. Régulièrement, des personnes handicapées qui souhaitent accéder à des services que la collectivité aurait dû être en mesure de leur offrir sont privées de leur liberté. Par exemple, de nombreuses familles placent leur enfant handicapé dans un établissement (notamment des internats d'enseignement spécialisé, des établissements sociaux ou des centres d'apprentissage) parce qu'elles n'ont pas d'autre choix pour garantir son accès à l'éducation. Nombre de personnes handicapées sont aussi placées en institution afin qu'elles puissent bénéficier d'une protection sociale. La méconnaissance du sujet joue également un rôle car on imagine souvent que les personnes handicapées ont besoin de soins spécialisés que la collectivité ne peut leur apporter.

<sup>19</sup> S. Desmarais, « Community violence perpetration and victimization among adults with mental illnesses », *American Journal of Public Health*, vol. 104, n° 12 (2014), p. 2342 à 2349.

<sup>20</sup> J. P. Stuber *et al.*, « Conceptions of mental illness: attitudes of mental health professionals and the general public », *Psychiatric Services*, vol. 65, n° 4 (2014), p. 490 à 497.

<sup>21</sup> K. McAleenan, « Perceptions of mental illness and mental health policy », *Psychology Honors Papers*, n° 34 (2013), consultable à l'adresse suivante : <http://digitalcommons.conncoll.edu/psychhp/34>.

<sup>22</sup> J. F. Sowislo *et al.*, « Perceived dangerousness as related to psychiatric symptoms and psychiatric service use – a vignette based representative population survey », *Scientific Reports*, vol. 7, n° 45716 (2017).

31. De plus, lorsque l'État ne parvient pas à fournir l'aide nécessaire aux familles, les proches handicapés risquent d'être placés en institution. Les familles qui n'ont pas l'appui social et financier suffisant pour apporter à la personne handicapée l'assistance voulue, ou qui gèrent mal le stress et la pression associés à une prise en charge 24 heures sur 24, n'ont finalement guère de possibilités et sont forcées de la placer en institution ou en hôpital.

32. Jusqu'à il y a peu, et c'est encore le cas dans de nombreux pays, les services de santé mentale étaient essentiellement assurés en milieu hospitalier. Si certains pays délaissent les soins en établissement pour intervenir au sein des communautés, dans l'ensemble, les situations de grande détresse et de crise (souvent dénommées « situations graves et d'urgence ») continuent d'être gérées en milieu hospitalier et contre le gré des patients, les exposant à une détresse et un traumatisme encore plus grands. Mais il a été démontré que les services d'aide d'urgence de proximité pouvaient assurer les prestations désirées et accompagner les personnes en situation de crise<sup>23</sup>. Il faut que le milieu psychiatrique se transforme et adopte une approche fondée sur les droits de l'homme.

33. Le lien entre pauvreté, sans-abrisme et handicap est bien connu<sup>24</sup>. Les personnes qui présentent un handicap intellectuel ou psychosocial sont surreprésentées chez les sans-abri. Dans un État qui n'est pas en mesure de garantir un revenu et une aide au logement à sa population, il y a une forte probabilité qu'elles soient hospitalisées ou placées en institution contre leur gré. En outre, les sans-abri handicapés courent constamment le risque d'être privés de liberté, les comportements de survie (comme la mendicité, le fait de dormir dans des lieux publics ou d'être assis sur le trottoir, et l'errance) constituant des activités criminelles au regard d'une législation qui pénalise le sans-abrisme<sup>25</sup>.

34. De fait, la pénalisation du handicap est une tendance inquiétante. Dans de nombreuses juridictions, la législation punit de plus en plus les comportements atypiques (comme les personnes qui ont un comportement erratique, qui ont des crises, qui hurlent ou qui s'infligent des blessures) ainsi que le fait d'exposer aux yeux de tous sa pauvreté et l'absence de soutien (par exemple les personnes qui n'entretiennent pas leurs biens)<sup>26</sup>. Une personne handicapée qui viole ce code de conduite peut se voir imposer une sanction pénale, notamment sous forme d'amende, de travail d'intérêt général, voire d'arrestation. L'accumulation d'infractions mineures peut déboucher sur la privation de liberté<sup>27</sup>. De plus, les personnes handicapées sont régulièrement traitées comme des délinquants car la police interprète leur refus de coopérer comme une menace<sup>28</sup>. Les personnes épileptiques ou malentendantes sont également prises pour des personnes indisciplinées<sup>29</sup>.

35. La prévention du suicide et de l'automutilation est fréquemment invoquée pour justifier le placement forcé en établissement psychiatrique. Mais aucune étude médicale n'a prouvé de manière catégorique que le risque de suicide diminuait après un traitement sans consentement<sup>30</sup>. Au contraire, plusieurs ont mis en évidence un taux de suicide plus élevé

<sup>23</sup> Gooding *et al.*, *Alternatives to Coercion*, p. 67 à 81.

<sup>24</sup> C. Mercier et S. Picard, « Intellectual disability and homelessness », *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 55 (2011), p. 441 à 449 ; et K. Salkow et M. Fichter, « Homelessness and mental illness », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 16, n° 4 (2003), p. 467 à 471.

<sup>25</sup> National Law Center on Homelessness and Poverty, *No Safe Place: the Criminalization of Homelessness in U.S. Cities* (2014).

<sup>26</sup> A. Fang, « Hiding homelessness: "quality of life" laws and the politics of development in American cities », *International Journal of Law in Context*, vol. 5, n° 1 (2009), p. 1 à 24.

<sup>27</sup> Australie, Parlement de l'État du Victoria, Commission de révision des lois, *Inquiry into Access to and Interaction with the Justice System by People with an Intellectual Disability and their Families and Carers* (2013).

<sup>28</sup> S. Krishan *et al.*, « The influence of neighbourhood characteristics on police officers' encounters with persons suspected to have a serious mental illness », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 37, n° 4 (2014), p. 359 à 369 ; et K. Gendle et J. Woodhams, « Suspects who have a learning disability: police perceptions toward the client group and their knowledge about learning disabilities », *Journal of Intellectual Disabilities*, vol. 9, n° 1 (2005), p. 70 à 81.

<sup>29</sup> S. Nevins, « The US prison system perpetuates "the criminalization of disability" », 14 novembre 2014.

<sup>30</sup> D. Giacco et S. Priebe, « Suicidality and hostility following involuntary hospital treatment », *PLOS One*, vol. 11, n° 5 (2016) ; C. Katsakou et S. Priebe, « Outcomes of involuntary hospital admission – a review », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 114, n° 4 (2006), p. 232 à 241.

après une hospitalisation en établissement psychiatrique<sup>31</sup>. Les personnes qui ont été placées de force vivent une expérience négative qui peut ensuite réduire la probabilité qu'elles demandent de l'aide ou fassent appel aux services du système de santé mentale. Par ailleurs, il est incontestable qu'il est très difficile, voire impossible, de prédire quand une personne va passer à l'acte<sup>32</sup>. La prévention du suicide doit passer par des stratégies globales et multisectorielles, notamment la création de lieux sûrs et bienveillants où les personnes peuvent évoquer le suicide et l'automutilation sans craindre une éventuelle intervention coercitive.

36. L'engagement des responsabilités en cas de mauvaises pratiques et la philosophie de gestion des risques qui en découle aggravent encore la situation. Dans de nombreuses juridictions, ce sont les prestataires de services et les familles qui ont le devoir de surveiller les personnes qui sont dangereuses pour elles-mêmes. La perspective de plus en plus grande d'être tenu responsable incite les prestataires à la prudence et donc à recourir à des mesures coercitives. De plus, lorsque la responsabilité est étendue aux professionnels de la santé mentale, le taux de suicide augmente car ceux-ci vont alors préférer travailler avec des personnes dont le risque de passage à l'acte est jugé moins élevé<sup>33</sup>.

37. Le handicap, lorsqu'il s'ajoute à d'autres caractéristiques individuelles, entraîne d'autres inégalités qui entravent l'exercice du droit à la liberté de la personne. Les femmes handicapées, du fait de stéréotypes fondés sur le genre et le handicap, notamment l'idée qu'elles sont incapables de jouer le rôle traditionnel de mère et d'aidante, risquent d'être considérées comme un « fardeau » et placées en établissement psychiatrique ou autre. De même, en raison de préjugés liés à l'âge et au handicap, nombre de personnes âgées handicapées sont placées en établissement ou confinées chez elles. De nombreux rapports font état d'informations selon lesquelles les populations minoritaires seraient surreprésentées dans les établissements psychiatriques<sup>34</sup>.

## V. Droit à la liberté et à la sécurité des personnes handicapées

### A. Reconnaissance universelle du droit à la liberté de la personne

38. Le droit à la liberté et à la sécurité est largement reconnu par les instruments internationaux et régionaux comme étant l'un des droits les plus fondamentaux. La liberté de la personne vise le non-enfermement physique, et la sécurité de la personne la protection contre les atteintes corporelles et psychologiques<sup>35</sup>. Liberté et sécurité sont donc intrinsèquement liées à l'exercice d'autres droits de l'homme, notamment le droit à l'intégrité de la personne, le droit à la vie privée, le droit à la santé, le droit à la liberté de circulation et le droit à la liberté de réunion, d'association et d'expression. De plus, les personnes privées de liberté se retrouvent inévitablement dans une position d'extrême vulnérabilité et courent davantage le risque d'être la cible d'actes de torture et de traitements inhumains et dégradants ou de sanctions.

39. Le droit à la liberté de la personne, tel que défini par le droit international des droits de l'homme, n'est pas un droit absolu. Il peut être restreint, en conformité avec la loi, par exemple dans le cadre d'une procédure pénale ou dans l'intérêt de la sécurité ou de la santé

<sup>31</sup> D. Chung *et al.*, « Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis », *JAMA Psychiatry*, vol. 74, n° 7 (2017), p. 694 à 702.

<sup>32</sup> M. Chan *et al.*, « Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales », *British Journal of Psychiatry*, 209 (4) (2016), p. 277 à 283.

<sup>33</sup> S. Dillbary, G. Edwards et F. E. Vars, « Why exempting negligent doctors may reduce suicide: an empirical analysis », *Indiana Law Journal*, vol. 93, n° 2 (2018).

<sup>34</sup> R. Gajwani *et al.*, « Ethnicity and detention: are Black and minority ethnic (BME) groups disproportionately detained under the Mental Health Act 2007? », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 51, n° 5 (2016), p. 703 à 711 ; L. Snowden, J. F. Hastings et J. Alvidrez, « Overrepresentation of black Americans in psychiatric inpatient care », *Psychiatric Services*, vol. 60, n° 6 (2009), p. 779 à 785.

<sup>35</sup> Comité des droits de l'homme, observation générale n° 35 (2014) sur la liberté et la sécurité de la personne, par. 3.

publique. Toutefois, le droit à la liberté et à la sécurité est une garantie de fond que la privation de liberté ne sera pas décidée illégalement ou arbitrairement. Un acte est considéré comme illégal lorsqu'il est contraire au droit national ou au droit international des droits de l'homme, et jugé arbitraire lorsqu'il est décidé de manière inappropriée, injuste, disproportionnée, imprévisible et discriminatoire et sans garanties d'une procédure régulière. Souvent, ces deux interdictions se recourent<sup>36</sup>.

40. La privation de liberté est une restriction de la liberté physique plus sévère qu'une simple restriction de la liberté de circulation. Une personne est dite privée de liberté lorsqu'elle est confinée dans un espace restreint ou placée dans une institution ou autre lieu sans son consentement libre et éclairé, et qu'elle ne peut en partir librement<sup>37</sup>. Parmi les exemples de privation de liberté, on peut citer la garde à vue, la détention provisoire, l'incarcération après condamnation, l'assignation à résidence, l'internement administratif, l'hospitalisation sans consentement et le placement des enfants en institution. La privation de liberté peut également prendre la forme d'autres types de restrictions sévères de la liberté, comme la mise à l'isolement ou l'utilisation de moyens de contention.

41. Le caractère universel des droits de l'homme signifie qu'on ne peut nier le droit à la liberté et à la sécurité d'une personne pour des motifs tels que sa couleur de peau, son sexe, son âge, son handicap, sa religion, son origine nationale, ethnique ou sociale, son appartenance à une population autochtone ou toute autre caractéristique. Ces formes de privation de liberté sont discriminatoires et donc illégales et arbitraires. Mais trop longtemps, on a abondamment justifié le recours à la privation de liberté par une déficience réelle ou supposée. Comme il a été dit plus haut, dans la plupart des juridictions, la législation administrative, civile ou pénale autorise la privation de liberté fondée sur l'incapacité, seule ou associée à d'autres facteurs (par exemple lorsqu'une personne est supposée « dangereuse pour elle-même ou pour les autres » ou a besoin d'être traitée ou prise en charge).

42. En outre, la jurisprudence des organes internationaux et régionaux chargés des droits de l'homme appuie généralement ces exceptions, et ce, bien qu'aucun instrument fondamental relatif aux droits de l'homme ne dispose que le handicap peut être un motif légitime de privation de liberté. C'est pourquoi toutes ces pratiques ont été normalisées : partout dans le monde, les personnes handicapées sont, de manière disproportionnellement élevée, visées par différentes formes illégales et arbitraires de privation de liberté, allant de celles propres au handicap au placement en détention dans des structures traditionnelles.

43. Dans ce contexte, l'adoption de la Convention relative aux droits des personnes handicapées a marqué un tournant dans la reconnaissance du droit à la liberté des personnes handicapées. Réaffirmant l'universalité des droits de l'homme, la Convention rappelle aux États parties qu'il leur incombe de respecter, protéger et concrétiser le droit à la liberté de toutes les personnes handicapées. L'article 14 dispose que les personnes handicapées doivent jouir du droit à la liberté sur la base de l'égalité avec les autres et, par conséquent, qu'elles ne peuvent être privées de leur liberté de façon illégale ou arbitraire. Il précise également que la privation de liberté fondée sur l'incapacité<sup>38</sup> est discriminatoire et donc contraire à la lettre et à l'esprit de la Convention. Cette dernière a profondément changé l'interprétation du droit à la liberté des personnes handicapées qui prévalait jusqu'alors, remplaçant les normes et interprétations antérieures.

## B. Contenu normatif de l'article 14 de la Convention

44. L'article 14 de la Convention définit le contenu du droit à la liberté et à la sécurité des personnes tel qu'appliqué aux personnes handicapées. L'alinéa a) du paragraphe 1 réaffirme le droit à la liberté et à la sécurité de toutes les personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres. L'alinéa b) du paragraphe 1 dispose que les personnes handicapées ne peuvent être privées de leur liberté de façon illégale ou arbitraire et précise

<sup>36</sup> Ibid., par. 11.

<sup>37</sup> Ibid., par. 5 et 6.

<sup>38</sup> Voir Comité des droits des personnes handicapées, « Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: the right to liberty and security of persons with disabilities » (Directives relatives au droit à la liberté et à la sécurité des personnes handicapées) (2015), par. 6 (une version en français figure à l'annexe du document publié sous la cote A/72/55).

que l'existence d'un handicap ne justifie en aucun cas une privation de liberté. Enfin, au paragraphe 2 il est rappelé que toutes les personnes handicapées privées de liberté ont droit à des garanties de procédure et de fond, sur la base de l'égalité avec les autres, y compris en bénéficiant de bonnes conditions d'accessibilité et d'aménagements raisonnables. Les États parties ont l'obligation, avec effet immédiat : a) de s'abstenir de toute décision illégale ou arbitraire interférant avec le droit à la liberté et de condamner de telles pratiques ; b) de protéger ce droit contre les pratiques des acteurs du secteur privé tels que les professionnels de la santé, les fournisseurs de services liés au logement ou les services sociaux ; c) de prendre des mesures positives afin de faciliter l'exercice du droit à la liberté.

45. Le droit à la liberté recoupe et vient compléter d'autres droits de l'homme et libertés fondamentales garantis par la Convention, notamment : l'égalité et la non-discrimination (art. 5), le droit à la vie (art. 10), la reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité (art. 12), l'accès à la justice (art. 13), le droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (art. 15), le droit de ne pas être soumis à l'exploitation, à la violence et à la maltraitance (art. 16), la protection de l'intégrité de la personne (art. 17), le droit de circuler librement et le droit à la nationalité (art. 18), l'autonomie de vie et l'inclusion dans la société (art. 19), la liberté d'expression et d'opinion et l'accès à l'information (art. 21), le respect de la vie privée (art. 22), la santé, notamment le droit à un consentement libre et éclairé (art. 25), le travail et l'emploi (art. 27), un niveau de vie adéquat et une protection sociale (art. 28), et la participation à la vie politique et à la vie publique (art. 29).

46. L'article 14 établit une interdiction absolue de la privation de liberté fondée sur le handicap. Une personne handicapée peut être arrêtée ou placée en détention légalement, dans des conditions d'égalité avec les autres, mais, conformément à l'alinéa b) du paragraphe 1 de l'article 14, elle ne peut en aucun cas être privée de sa liberté en raison d'une déficience réelle ou supposée. Toute privation de liberté pour ce motif serait discriminatoire et donc illégale et arbitraire. C'est notamment le cas lorsqu'une personne handicapée est placée en institution, qu'elle est placée dans un établissement de santé mentale contre son gré, qu'elle est placée en détention après avoir été déclarée inapte à subir un procès ou exemptée de toute responsabilité pénale ou qu'elle bénéficie d'autres mécanismes de déjudiciarisation.

47. Le Comité des droits des personnes handicapées précise en outre que cette interdiction absolue vaut également pour d'autres facteurs invoqués pour justifier la privation de liberté, notamment le fait de considérer que la personne concernée est « dangereuse pour elle-même ou pour les autres » ou qu'elle a besoin d'être traitée ou prise en charge<sup>39</sup>. À cet égard, le Comité rappelle que, lors de l'élaboration de la Convention, la question de savoir s'il fallait préciser cette interdiction en ajoutant un adverbe (« seulement » ou « exclusivement ») avait fait l'objet de longs débats<sup>40</sup>. Les États s'y étaient opposés en faisant valoir que l'adverbe pourrait donner lieu à des erreurs d'interprétation et conduire des personnes dites dangereuses pour elles-mêmes ou pour les autres à être privées de leur liberté sur la base d'une déficience. Ils avaient également débattu de la mise en place de réexamens périodiques mais cette proposition n'avait pas été retenue car elle contrevenait à l'interdiction catégorique de priver une personne de sa liberté pour cause de déficience et aurait pu ouvrir la voie, avec des garde-fous, à la détention pour cause de handicap. Les travaux préparatoires de la Convention confirment l'intention des États d'en faire une interdiction absolue.

48. Placer une personne handicapée dans une institution, que ce soit contre son gré ou avec le consentement d'un tiers chargé de prendre les décisions à sa place, est contraire au droit à la liberté de la personne et au droit de vivre de manière autonome dans la société (art.19). Le fait qu'un État n'est pas en mesure de fournir l'aide adéquate qui permettrait à une personne handicapée de vivre de manière autonome au sein de sa communauté ne saurait constituer un motif légitime de privation de liberté. De même, placer un enfant dans une institution ou structure d'accueil autre que sa famille en raison d'une déficience réelle ou supposée de l'enfant et/ou d'un de ses parents ou des deux ou encore de son représentant légal est discriminatoire et, par conséquent, arbitraire et illégal.

<sup>39</sup> Ibid.

<sup>40</sup> Ibid., par. 7.

49. Placer une personne dans un établissement de santé mentale contre son gré pour cause de maladie ou de trouble mental supposé est contraire au droit à la liberté et à la sécurité, et au principe du consentement libre et éclairé (art. 25 d)). Toute personne, y compris celle qui est dans un état de détresse profonde ou présente un trouble mental grave, a le droit de bénéficier des services de santé mentale ou autres dispositifs d'aide souhaités si elle a donné son consentement libre et éclairé, et de refuser tous services non souhaités sans pour autant se voir privée de sa liberté. Si le placement forcé en institution donne lieu à un traitement sans consentement et à une prise de médicaments forcée, il constitue aussi une violation du droit à la sécurité de la personne, du droit à l'intégrité de la personne (art. 17) et du droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (art. 15).

50. Priver une personne de sa liberté après l'avoir déclarée inapte à subir un procès ou irresponsable du point de vue pénal au motif qu'elle est « folle » ou « démente » est contraire au droit à la liberté de la personne et au droit d'accès à la justice (art. 13). En pareil cas, la personne est généralement écartée de la procédure et soumise à des mesures de sécurité se traduisant par une privation de liberté et un traitement contre son gré, pour une durée souvent indéterminée ou bien plus longue que si elle avait été reconnue coupable de délit dans le cadre d'une procédure ordinaire, ce qui la prive des garanties d'une procédure régulière, sur la base de l'égalité avec les autres (A/HRC/37/25, par. 36). Les États ont l'obligation de veiller à ce que les garanties et les garde-fous judiciaires visant à protéger les droits d'une personne accusée de délit s'appliquent à toutes les personnes handicapées, en insistant sur la présomption d'innocence, le droit de faire valoir ses droits devant un tribunal et le droit à un procès équitable, notamment dans des conditions adaptées à l'âge et au sexe de la personne.

51. Placer des enfants handicapés dans des institutions ou des structures d'accueil loin de leur famille afin qu'ils y soient pris en charge constitue une privation arbitraire de liberté qui contrevient également au droit au respect du domicile et de la famille (art. 23). Ainsi, lorsque la famille proche n'est pas en mesure de s'occuper d'un enfant handicapé, l'État doit assurer la prise en charge de l'enfant par la famille élargie et, si cela n'est pas possible, dans un cadre familial au sein de la communauté. La notion d'« établissement pour enfants approprié » au sens de l'article 20 de la Convention relative aux droits de l'enfant et les Lignes directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants devraient être revues à l'aune des normes plus strictes de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Comme le dispose l'article 41 de la Convention relative aux droits de l'enfant, la mise en œuvre de la Convention ne devrait porter atteinte à aucune des dispositions du droit international qui sont plus propices à la réalisation des droits de l'enfant.

52. Les États ont l'obligation de prendre les mesures voulues pour protéger le droit à la liberté et à la sécurité des personnes handicapées contre les atteintes de tiers<sup>41</sup>. Ils doivent les protéger contre la détention dans des établissements ou structures locales gérés par des acteurs non gouvernementaux ou privés. Ils devraient également les protéger contre la privation illégitime de liberté par des employeurs, des établissements scolaires et des hôpitaux. Ils doivent, en outre, les protéger contre la privation de liberté au sein de leur foyer, notamment le confinement, le recours à des entraves et la pratique du « pasung »<sup>42</sup>.

53. Le déni de capacité juridique est souvent à la fois une cause et une conséquence de la privation de liberté ; il peut être utilisé pour déclencher le placement en institution ou l'hospitalisation sans consentement et est largement lié à la procédure consistant à retirer une personne du système de justice pénale pour le confier aux services de médecine légale. La privation de liberté peut également donner lieu à des restrictions de la capacité juridique. Ainsi, dans certaines juridictions, la personne qui est placée en institution perd automatiquement et formellement sa capacité juridique et l'institution devient son

<sup>41</sup> Comité des droits de l'homme, observation générale n° 35, par. 7.

<sup>42</sup> Le « pasung » est la pratique qui consiste à confiner et négliger une personne qui est entravée. Voir N. H. Laila *et al.*, « Perceptions about pasung (physical restraint and confinement) of schizophrenia patients: a qualitative study among family members and other key stakeholders in Bogor Regency, West Java Province, Indonesia 2017 », *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 12, n° 35 (2018).

représentant légal. De même, dans la plupart des cas, une hospitalisation sans consentement passe par une intervention forcée du corps médical. En outre, les personnes privées de leur capacité juridique n'ont que peu de moyens de contester leur placement ou hospitalisation sans consentement, puisque la possibilité d'être représentées en justice et de prendre part à un procès leur est souvent refusée.

54. Les personnes handicapées privées de leur liberté doivent bénéficier de toutes les garanties de procédure et de fond établies par le droit national et international, sur la base de l'égalité avec les autres, notamment le droit d'être informées, au moment de l'arrestation, des raisons de cette arrestation, le droit d'introduire un recours devant un tribunal afin que celui-ci statue sur la légalité de la détention et le droit d'être libérées immédiatement et de recevoir une indemnisation en cas d'arrestation ou de détention illégale ou arbitraire<sup>43</sup>. Au paragraphe 2 de l'article 14 de la Convention, il est précisé que toutes les garanties de procédure et de fond s'appliquent aux personnes handicapées privées de leur liberté « à l'issue d'une quelconque procédure », c'est-à-dire une arrestation ou détention relevant du droit pénal, civil ou administratif, y compris une privation de liberté pour des raisons liées à la santé mentale.

55. L'accès à la justice est essentiel pour protéger le droit à la liberté de la personne. Les États ont l'obligation de garantir l'accès effectif des personnes handicapées privées de liberté à la justice, dans des conditions d'égalité avec les autres, afin qu'elles puissent participer à toutes les procédures judiciaires visant à établir la légalité de leur détention et à faire en sorte qu'elles obtiennent réparation et reçoivent une indemnisation. Cette obligation porte également sur l'accessibilité des commissariats et des tribunaux, l'accès effectif à l'information et à la communication, et la mise en place d'aménagements procéduraux.

56. La notion d'appui inscrite dans la Convention peut contribuer à dissuader de recourir aux régimes de détention et autres mesures coercitives spécifiquement destinées aux personnes handicapées (voir A/HRC/34/58). La réaction par défaut de la plupart des juridictions en situation de crise est de priver la personne de sa capacité juridique et d'ordonner son placement en institution sans son consentement. Or, en prônant une démarche axée sur l'appui, la Convention préconise que le secteur de la santé et les autres acteurs apportent des solutions d'assistance non coercitives. Toutefois, il convient de souligner que l'obligation d'en finir avec la privation de liberté fondée sur le handicap est indépendante de la fourniture d'un appui. Les États doivent s'acquitter parallèlement de leur obligation de fournir un appui et de leur obligation de mettre fin à la privation de liberté pour cause de handicap. L'absence de dispositif d'appui au sein de la communauté ne peut en aucun cas justifier la privation de liberté.

### C. Effets de la Convention sur les normes internationales et régionales

57. Le changement de paradigme de la Convention en faveur d'une interdiction absolue de la privation de liberté fondée sur l'incapacité a déjà eu des effets importants sur les activités de l'ONU. Des entités, organes conventionnels et mécanismes relevant des procédures spéciales ont fait leurs les normes énoncées à l'article 14 de la Convention, notamment le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme<sup>44</sup>, l'Organisation mondiale de la Santé<sup>45</sup>, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW/C/IND/CO/4-5, par. 37), le Groupe de travail sur la détention arbitraire<sup>46</sup> et le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (A/HRC/35/21, par. 66).

<sup>43</sup> Pacte international relatif aux droits civils et politiques, art. 9.

<sup>44</sup> A/HRC/10/48, par. 43 à 47 ; A/HRC/34/32, par. 25 à 28 ; A/HRC/36/28, par. 32, 40, 42 et 50 ; et A/HRC/39/36, par. 46.

<sup>45</sup> Organisation mondiale de la Santé, guides et outils de formation proposés dans le cadre de l'initiative QualityRights, disponibles à l'adresse suivante : [www.who.int/mental\\_health/policy/quality\\_rights/en/](http://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/) (en anglais seulement), ou à l'adresse : [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/fr/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/fr/) (version succincte en français).

<sup>46</sup> Principes de base et lignes directrices des Nations Unies sur les voies et procédures permettant aux personnes privées de liberté d'introduire un recours devant un tribunal, par. 38 et 103.

58. Cependant, depuis l'adoption de la Convention, trois mécanismes des droits de l'homme ont remis en question l'interdiction absolue de la privation de liberté fondée sur l'incapacité : le Comité des droits de l'homme<sup>47</sup>, le Sous-Comité pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (CAT/OP/27/2, par. 5 à 11) et l'ancien Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan Méndez (A/HRC/22/53, par. 69). Bien qu'ils aient exclu la possibilité de priver une personne de sa liberté au motif d'un impératif médical ou de soins, ils conservent encore une exception en cas de risque pour la personne elle-même ou pour autrui.

59. Au niveau régional, ni la Cour interaméricaine des droits de l'homme ni la Cour africaine des droits de l'homme et des peuples n'ont abordé la question de la privation de liberté fondée sur l'incapacité depuis l'adoption de la Convention. Cependant, le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits des personnes handicapées en Afrique, récemment adopté, se fonde sur l'article 14 de la Convention et interdit toute privation de liberté fondée sur le handicap (art. 9, al. 5)). Dans le système interaméricain, la Cour interaméricaine des droits de l'homme a souscrit au paragraphe 2 de l'article 14 de la Convention en estimant que les détenus handicapés devaient bénéficier de mesures d'accessibilité et d'aménagement raisonnable<sup>48</sup>, tandis que la Commission interaméricaine des droits de l'homme s'est référée à l'alinéa b) du paragraphe 1 de l'article 14 dans le contexte d'une mesure de précaution concernant un établissement psychiatrique et dans un récent rapport de pays<sup>49</sup>.

60. La Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales de 1950 constitue l'unique instrument relatif aux droits de l'homme, régional ou mondial, qui envisage, pour le droit à la liberté et à la sûreté, une exception fondée sur l'incapacité (art. 5, par. 1, al. e)). À cet égard, la Cour européenne des droits de l'homme a élaboré un ensemble de normes visant à déterminer les cas dans lesquels un individu peut être privé de sa liberté au motif de « l'aliénation »<sup>50</sup>. Non seulement ces normes sont en contradiction avec l'article 14 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, mais elles sont également inférieures à celles élaborées par les mécanismes internationaux des droits de l'homme précités.

61. Dans ce contexte, la Rapporteuse spéciale réaffirme que la détention d'une personne handicapée au motif du « danger qu'elle représente pour elle-même ou pour autrui », de « l'impératif de soins » ou d'un « impératif médical » est illégale et arbitraire. Premièrement, cette détention est discriminatoire en ce qu'elle concerne uniquement, ou de façon disproportionnée, les personnes présentant une déficience réelle ou supposée, en particulier les personnes atteintes de déficiences intellectuelles ou psychosociales, les personnes autistes et les personnes atteintes de démence. Deuxièmement, elle prive la personne de sa capacité juridique de décider si elle souhaite ou non faire l'objet de soins et de traitements, être hospitalisée ou être placée en institution, et viole le droit à l'intégrité de la personne et le droit de ne pas être soumis à la torture et à de mauvais traitements. Troisièmement, elle n'est ni nécessaire ni proportionnée en ce qu'elle porte atteinte au fondement du droit à la liberté et à la sécurité de la personne et qu'elle ne permet pas d'atteindre le but visé par le législateur. De plus, elle peut faire obstacle au rétablissement de la personne et constituer un nouveau traumatisme pour les victimes de mauvais traitements. En outre, les pratiques d'accompagnement non coercitives font de plus en plus la preuve de leur utilité à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé<sup>51</sup>.

62. Le critère du « danger pour autrui » est intrinsèquement arbitraire et injuste en ce qu'il entraîne la privation de liberté de personnes handicapées qui n'ont commis aucune infraction, ce qui contrevient au principe général de la présomption d'innocence. Une

<sup>47</sup> Comité des droits de l'homme, observation générale n° 35, par. 19.

<sup>48</sup> *Chinchilla Sandoval et al. c. Guatemala*, exceptions préliminaires, fond, réparations et dépens, arrêt du 29 février 2016, par. 209.

<sup>49</sup> Mesure de précaution n° 440-16, *Zaheer Seepersad c. Trinité-et-Tobago*, 4 août 2017, par. 21 ; et rapport sur la situation des droits de l'homme au Guatemala, *Situation of Human Rights in Guatemala*, OEA/Ser.L/V/II, Doc. 208/17 (2017).

<sup>50</sup> *Stanev c. Bulgarie* (requête n° 36760/06), arrêt du 17 janvier 2012, par. 153.

<sup>51</sup> *Gooding et al., Alternatives to Coercion*.

personne qui a effectivement commis une infraction devrait avoir accès à la justice sur la base de l'égalité avec les autres, en bénéficiant des mêmes garanties procédurales. Il est néanmoins nécessaire d'adopter une approche radicalement différente en matière de sanction pénale afin d'éviter une surreprésentation des personnes handicapées dans les prisons en raison de la discrimination dans les procédures judiciaires et de l'exclusion sociale. L'approche suivie par la justice réparatrice, qui met l'accent sur la réinsertion des délinquants au moyen de la réparation du préjudice causé aux victimes et à la communauté dans son ensemble, constitue une voie à explorer.

63. Seuls quatre des 177 États parties à la Convention ont formulé des déclarations dans l'intention de limiter l'application de l'article 14<sup>52</sup>. En outre, d'autres pays ont émis des réserves et fait des déclarations au sujet des articles 12 et 15 qui pourraient avoir des répercussions sur la réalisation du droit à la liberté individuelle<sup>53</sup>. En vertu de l'article 19 de la Convention de Vienne sur le droit des traités et de l'article 46 de la Convention elle-même, les réserves et les déclarations incompatibles avec l'objet et le but du traité ne sont pas admises. Étant donné le rôle central du droit à la liberté individuelle pour la jouissance et l'exercice de tous les droits énoncés dans la Convention, ces réserves et ces déclarations sont contraires à son objet et à son but. La Rapporteuse spéciale prie instamment les États parties concernés de retirer toutes leurs réserves et déclarations.

## VI. Abandon de la privation de liberté fondée sur le handicap

### A. Réforme législative

64. Les États sont tenus d'abroger immédiatement l'ensemble des textes législatifs qui permettent la privation de liberté fondée sur une déficience réelle ou supposée, dans les établissements publics comme dans les établissements privés. Ils doivent également abroger les textes législatifs apparemment neutres du point de vue du handicap qui ont des effets disproportionnés et préjudiciables sur le droit à la liberté des personnes handicapées. Un texte législatif relatif à la santé mentale, dès lors qu'il autorise et réglemente la privation de liberté involontaire et le traitement forcé de personnes au motif d'une déficience réelle ou supposée (c'est-à-dire sur la base d'un diagnostic concernant « l'état de santé mentale » ou un « trouble mental »), doit être aboli. À cette fin, les États devraient entreprendre de réexaminer l'ensemble de leurs textes législatifs, dans différents domaines du droit, processus auquel ils devraient associer activement des personnes handicapées et les organisations qui les représentent.

65. Les États doivent reconnaître le droit qu'ont les personnes handicapées d'accéder à un large éventail de services d'appui fondés sur les droits de l'homme, dont ceux destinés aux personnes en situation de crise ou en souffrance morale. Les textes législatifs doivent garantir que les dispositifs d'appui sont disponibles, accessibles, appropriés et abordables ; qu'ils sont fournis sur la base du volontariat ; et qu'ils respectent les droits et la dignité des personnes handicapées (A/HRC/34/58). En outre, les États doivent mettre en place un cadre juridique propice à la création et à la mise en œuvre de ces mesures de soutien.

66. Les États devraient revoir leur législation civile et pénale de sorte que les règles concernant la responsabilité juridique et le devoir de protection des prestataires de services et des familles n'encouragent ni n'entraînent des pratiques coercitives. Le droit pénal doit également être examiné en vue d'en éliminer les lois et les pratiques qui incriminent le sans-abrisme et/ou le handicap.

### B. Désinstitutionnalisation

67. Les États doivent éliminer toutes les formes de placement en institution de personnes handicapées et mettre en place des modalités claires de désinstitutionnalisation.

<sup>52</sup> Australie, Irlande, Norvège et Pays-Bas.

<sup>53</sup> Canada, Égypte, Estonie, France, Géorgie, Koweït, Malaisie, Pologne, Singapour et Venezuela (République bolivarienne du).

Cette opération devrait inclure l'adoption d'un plan d'action assorti d'échéances précises et de critères concrets, un moratoire sur les nouvelles admissions, la redistribution aux prestataires de services de proximité des fonds publics alloués aux institutions et le développement de services de proximité satisfaisants, comme des services d'aide au logement, d'aide à domicile, de soutien par les pairs et de prise en charge temporaire (A/HRC/34/58). Les mesures de désinstitutionnalisation devraient concerner tous les types d'institution, y compris les établissements psychiatriques. L'expérience a montré qu'une désinstitutionnalisation mal conçue et privée de moyens suffisants était contre-productive et qu'elle portait préjudice aux droits des personnes handicapées. Les stratégies de désinstitutionnalisation ne doivent pas être limitées à un simple déménagement des personnes vers des établissements plus petits, des foyers d'hébergement ou des lieux gérés par des congrégations religieuses.

68. Il est nécessaire de prendre toute une batterie de mesures pour mettre un terme au placement en institution des enfants handicapés. Il s'agit notamment de renforcer le soutien familial, de proposer des services de proximité pour les enfants, de protéger les enfants, d'offrir une éducation inclusive et de mettre en place une protection de remplacement inclusive fondée sur la famille, y compris la prise en charge par des proches de manière prolongée, le placement dans une famille d'accueil et l'adoption. Toutes ces formes de protection de remplacement doivent être accompagnées de la formation, du soutien et de la surveillance adéquats afin d'en garantir la viabilité. Les États devraient adopter immédiatement un moratoire sur le placement en institution des enfants de moins de 3 ans.

69. Les États doivent prendre immédiatement des mesures pour mettre un terme à la privation de liberté au sein d'établissements privés et/ou religieux, tels qu'orphelinats, petits foyers d'hébergement, centres de réadaptation ou camps de prière. Ils sont tenus de protéger les personnes handicapées contre la privation illégitime de liberté par des tiers, notamment au moyen de cadres institutionnels de prévention, de l'éducation et d'activités de contrôle. Ils doivent faire sans délai le nécessaire pour mettre un terme à toutes les formes de confinement à domicile et au recours à des entraves.

### C. Abandon de la coercition dans le domaine de la santé mentale

70. Les États doivent mettre un terme à toutes les formes de privation de liberté et de coercition dans le domaine de la santé mentale. Pour ce faire, ils doivent transformer leurs systèmes de santé mentale afin de garantir une approche fondée sur les droits et d'apporter des réponses dûment financées et ancrées dans la communauté locale, notamment en mettant en place des services dirigés par des pairs. Il est démontré que l'action des gouvernements, des prestataires de services, des tribunaux et des communautés a beaucoup plus de chances d'aboutir lorsque ces acteurs œuvrent de manière concertée pour abandonner les pratiques coercitives.

71. Les États doivent créer des services d'appui pour les personnes en situation de crise. Les services de proximité existants qui n'emploient ni la force ni la contrainte ont fait la preuve de leur efficacité et sont essentiels pour apporter une réponse fondée sur les droits. Dans plusieurs pays, des programmes de proximité non coercitifs et non médicaux à destination des personnes en situation d'extrême détresse ont été mis en place en tant que solution de remplacement à l'internement (par exemple, maisons pour les situations de crise ou centres de prise en charge temporaire, services de prise en charge dans les situations de crise, familles d'accueil ou placement familial d'urgence pour les enfants)<sup>54</sup>. Dans ces configurations, les résidents sont moins nombreux que dans un service hospitalier, ils vivent dans un environnement de type familial, ils ont davantage de contacts avec le personnel et l'accent est moins mis sur les médicaments. Il a été démontré que de tels programmes permettent de réduire le nombre d'hospitalisations sans consentement et d'augmenter le taux de satisfaction<sup>55</sup>.

<sup>54</sup> Gooding *et al.*, *Alternatives to Coercion*, p. 67 à 81.

<sup>55</sup> C. Obuaya, E. Stanton et M. Baggaley, « Is there a crisis about crisis houses? », *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 106, n° 8 (2013), p. 300 à 302.

72. La planification peut être utile pour aider la personne en crise à exercer sa capacité juridique<sup>56</sup>. Les directives anticipées permettent aux personnes d'indiquer leur volonté et leurs préférences quant à la façon dont elles souhaiteraient être prises en charge le cas échéant. Les directives peuvent également mentionner le refus de certains traitements et/ou comporter des vœux formulés à l'avance quant à certaines solutions que la personne a jugées utiles par le passé. Pour que la directive anticipée soit efficace, il est essentiel qu'elle ait été librement choisie par la personne, que celle-ci ait l'entière maîtrise du moment où il faudra l'appliquer et qu'elle conserve la possibilité de revenir à tout moment sur les volontés et préférences qu'elle y a énoncées.

## D. Accès à la justice

73. Les personnes handicapées devraient avoir accès à la justice sur la base de l'égalité avec les autres afin de pouvoir contester toute privation de liberté. À cette fin, les États sont tenus de garantir aux personnes handicapées l'accès à des aménagements procéduraux et à des aménagements selon leur âge et leur sexe, y compris la prise de décisions accompagnée, dans toutes les procédures judiciaires avant, pendant et après le procès. Ils doivent également favoriser la formation appropriée des personnels concourant à l'administration de la justice.

74. Les États doivent garantir que toutes les personnes handicapées ayant été victimes d'une quelconque forme de privation arbitraire de liberté et/ou d'exploitation, de violence ou de maltraitance dans ce cadre ont accès à des moyens de réparations efficaces, notamment la restitution, l'indemnisation, la satisfaction et les garanties de non-répétition, selon qu'il convient. Lorsque la détention est jugée arbitraire, la restitution entraîne nécessairement la remise en liberté<sup>57</sup>.

75. Les mécanismes nationaux de prévention, les institutions nationales des droits de l'homme et les mécanismes indépendants de promotion, de protection et de suivi de l'application de la Convention doivent être expressément compétents pour mener des enquêtes et des investigations en rapport avec la privation de liberté des personnes handicapées et fournir une assistance à celles qui souhaitent être représentées en justice et former des recours juridiques. Les lieux de privation de liberté réservés spécifiquement aux personnes handicapées, tels les établissements psychiatriques, doivent faire l'objet d'un véritable contrôle. Disposer de données précises sur le nombre de personnes handicapées privées de liberté facilitera la surveillance de l'évolution de ce nombre au fil du temps, ce qui permettra d'améliorer les stratégies de prévention et de désinstitutionnalisation.

## E. Appui de proximité

76. Les États devraient mettre en place un système global qui permette de coordonner l'accès effectif des personnes handicapées à un appui fondé sur les droits, y compris à une gamme de services à domicile ou en établissement et autres services d'appui de proximité (A/HRC/34/58). Les services et programmes d'ordre général, dont l'éducation, les soins de santé, l'emploi et le logement, ainsi que d'autres services de proximité, doivent également être inclusifs et accessibles aux personnes handicapées. Les personnes handicapées devraient avoir la possibilité de choisir où et avec qui elles vont vivre et ne pas être obligées de vivre selon des modalités particulières.

77. Les enfants handicapés et leur famille doivent bénéficier de différents types de services d'information et d'appui, notamment en ce qui concerne les interventions précoces, les garderies, l'éducation, les services de protection de l'enfance et les services sociaux, afin d'éviter la séparation des familles et le placement en institution. Les familles peuvent également avoir besoin d'aide pour appréhender le handicap de manière positive et pour savoir comment aider leur enfant selon son âge et son degré de maturité. Lorsque la

<sup>56</sup> M. H. de Jong *et al.*, « Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a systematic review and meta-analysis », *JAMA Psychiatry*, vol. 73, n° 7 (2016), p. 657 à 664.

<sup>57</sup> Principes de base et lignes directrices des Nations Unies sur les voies et procédures permettant aux personnes privées de liberté d'introduire un recours devant un tribunal, par. 26.

séparation d'avec la famille est inévitable, les États doivent veiller à ce que l'enfant soit placé dans le cadre d'une protection de remplacement familial adaptée et dans le respect de son intérêt supérieur. De petites institutions, des foyers d'hébergement ou des institutions « de type familial » ne peuvent remplacer le droit et le besoin qu'ont tous les enfants de vivre avec une famille.

78. Des systèmes de protection sociale qui tiennent compte du handicap peuvent contribuer à une forte diminution des cas de privation de liberté de personnes handicapées en garantissant des moyens d'existence et l'accès aux services sociaux. Les États doivent mettre en place des systèmes de protection sociale complets et inclusifs qui intègrent le handicap dans l'ensemble des programmes et des interventions, et ils doivent garantir l'accès à des programmes et des services spécialement adaptés aux besoins des personnes handicapées (A/70/297). Les allocations pour handicap doivent favoriser l'indépendance et l'inclusion sociale des personnes handicapées et ne pas conduire à la privation illégale de leur liberté dans des institutions. Toutes les personnes handicapées, y compris les personnes polyhandicapées et les personnes atteintes de déficiences sévères, ont le droit de vivre dans la société et de bénéficier de l'appui nécessaire à cette fin.

## **F. Participation**

79. Dans le cadre de la réforme des textes législatifs et des orientations visant à mettre un terme à toutes les formes de privation de liberté motivées par une incapacité, les États doivent travailler en étroite concertation avec les personnes handicapées et les organisations qui les représentent, en particulier les groupes dont les droits sont directement touchés, y compris les enfants handicapés. De même, les personnes handicapées et les organisations qui les représentent doivent participer à tous les mécanismes décisionnels liés à la conception, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation des systèmes de santé mentale, y compris à l'élaboration de mesures de proximité non coercitives.

80. Les États devraient mettre en place des dispositifs de communication adaptables qui permettent de garantir une véritable participation de groupes de personnes handicapées privées de manière disproportionnée de leur liberté en raison d'une incapacité, compte tenu qu'ils ne sont peut-être pas correctement représentés par les organisations existantes (A/HRC/31/62)<sup>58</sup>. Ils devraient également promouvoir des collaborations et des partenariats entre les autorités publiques et les organisations de la société civile, y compris les organisations qui représentent les personnes handicapées, dans le domaine de la prestation de services d'appui.

## **G. Renforcement des capacités et sensibilisation**

81. La modification des cadres juridiques et stratégiques ne suffira pas à faire évoluer la situation, sauf si elle s'accompagne d'un changement radical du regard que la société pose sur les personnes handicapées. Outre l'action menée pour réformer la législation et revoir les orientations, les États doivent dispenser des activités de formation et de sensibilisation à l'intention des agents de l'administration, des fonctionnaires, des prestataires de services, du secteur privé, des médias, des personnes handicapées, des familles et de l'ensemble de la population.

82. Il faut d'urgence changer la façon dont la violence et les personnes présentant des handicaps psychosociaux sont évoquées dans le discours public. Les États doivent adopter de véritables mesures pour lutter contre les stéréotypes, les attitudes négatives et les pratiques préjudiciables et non consenties à l'égard des personnes handicapées. Les établissements d'enseignement supérieur, en particulier les facultés de médecine, de droit et de travail social, devraient revoir leurs programmes et faire en sorte qu'ils reflètent dûment les nouveautés apportées par la Convention.

<sup>58</sup> Voir également Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 7 (2018) sur la participation des personnes handicapées, y compris des enfants handicapés, par l'intermédiaire des organisations qui les représentent, à la mise en œuvre de la Convention et au suivi de son application.

## H. Mobilisation des ressources

83. Les États ne doivent plus financer des services qui privent des personnes de leur liberté au motif d'une incapacité. Non seulement le placement non consenti, en institution ou ailleurs, n'est pas une bonne solution mais il représente une utilisation inutile et vaine des ressources publiques. Les faits montrent qu'il est beaucoup plus utile et rentable d'apporter aux personnes handicapées un appui adéquat que de les placer dans une institution, quelle qu'elle soit<sup>59</sup>. De plus, l'admission obligatoire dans un établissement psychiatrique ou dans une autre institution engendre, pour les gouvernements, des systèmes de garanties onéreux et ouvre la voie à des contentieux interminables et coûteux.

84. Les États sont tenus de prendre immédiatement des dispositions, dans toute la mesure des ressources dont ils disposent, y compris celles découlant de la coopération internationale, pour garantir le respect et la protection du droit à la liberté individuelle des personnes handicapées. Lors de la planification et de l'établissement du budget, l'État devrait inclure le financement des services d'appui aux personnes handicapées, ainsi que les activités de contrôle. La coopération internationale devrait s'abstenir de financer des pratiques contraires à l'approche fondée sur les droits en matière de handicap (par exemple, le placement en institution ou les interventions psychiatriques coercitives).

## VII. Conclusions et recommandations

85. La privation de liberté fondée sur l'incapacité constitue une violation des droits de l'homme à grande échelle. Les personnes handicapées sont systématiquement placées dans des institutions ou des établissements psychiatriques, ou détenues chez elles ou dans d'autres lieux appartenant à la collectivité, au motif d'une déficience réelle ou supposée. Elles sont également surreprésentées dans les lieux de privation de liberté habituels, tels les établissements pénitentiaires, les centres de détention pour migrants, les centres de détention pour mineurs et les établissements de prise en charge institutionnelle d'enfants. Dans tous ces lieux, elles sont exposées à d'autres violations des droits de l'homme, par exemple à des traitements forcés, à la mise à l'isolement et à des mesures de contrainte.

86. La privation de liberté fondée sur l'incapacité ne constitue pas un « mal nécessaire » mais est la conséquence du fait que les États ne s'acquittent pas de leurs obligations en matière de droits de l'homme à l'égard des personnes handicapées. Comme le montre le présent rapport, la privation de liberté des personnes handicapées procède de l'intolérance et du fait que les États ne mettent pas en œuvre les droits de l'homme, en particulier les droits à la capacité juridique, à l'intégrité, à l'accès à la justice, à la vie au sein de la communauté de façon indépendante, au meilleur état de santé possible, à un niveau de vie adéquat et à la protection sociale. En l'absence du soutien et des moyens d'existence voulus, les personnes handicapées sont placées dans des institutions ou dans des établissements de santé mentale comme s'il n'y avait pas d'autre possibilité. Tels qu'ils sont conçus, les soins en institutions et les services de santé mentale ne font qu'ajouter à la discrimination structurelle accumulée.

87. La Rapporteuse spéciale fait les recommandations ci-après pour aider les États à élaborer et à mettre en œuvre des réformes visant à assurer la pleine application du droit à la liberté et à la sécurité de la personne :

- a) Reconnaître, en droit interne, le droit des personnes handicapées à la liberté et à la sécurité sur la base de l'égalité avec les autres ;
- b) Procéder à un examen complet de la législation en vue d'abolir toutes les lois et tous les règlements qui permettent la privation de liberté au motif d'une incapacité, par eux-mêmes ou en conjonction avec d'autres facteurs ;

<sup>59</sup> D. Tobis, *Moving from Residential Institutions to Community-based Services in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union* (Washington, Banque mondiale, 2000).

c) Mettre en place une politique de désinstitutionnalisation des personnes handicapées dans tous les types d'institution, comprenant l'adoption d'un plan d'action assorti d'échéances précises et de critères concrets, un moratoire sur les nouvelles admissions et le développement de services de proximité satisfaisants ;

d) Mettre un terme à toutes les formes de pratiques coercitives, y compris dans les établissements de santé mentale, et garantir que la personne concernée donne son consentement éclairé en tous temps ;

e) Garantir l'accès à des voies de recours efficaces à toutes les personnes handicapées arbitrairement privées de liberté et prendre immédiatement des mesures pour leur rendre leur liberté ;

f) Assurer la mise en place de services d'appui pour les personnes en situation de crise et en souffrance morale, notamment d'espaces sûrs et protecteurs où l'on peut aborder les questions du suicide et de l'automutilation ;

g) Consulter les personnes handicapées et les organisations qui les représentent et les associer activement à tous les processus de prise de décisions afin de mettre un terme à toutes les formes de privation de liberté fondée sur l'incapacité ;

h) Sensibiliser la population, en particulier les responsables de l'élaboration des politiques, les agents de l'État, les prestataires de services et les médias, au droit à la liberté et à la sécurité des personnes handicapées, notamment en luttant contre les stéréotypes, les préjugés et les pratiques préjudiciables ;

i) S'abstenir d'allouer des financements à des services qui ne respectent pas le droit à la liberté et à la sécurité des personnes handicapées et augmenter progressivement les fonds alloués à la recherche et à l'assistance technique en vue de mettre un terme à toutes les formes de privation de liberté spécifiquement liées au handicap et garantir l'accès des personnes handicapées aux services de proximité et aux programmes de protection sociale ;

j) Encourager les acteurs de la coopération internationale, y compris les organisations à but non lucratif, à s'abstenir de financer des lieux ou des établissements de privation de liberté des personnes handicapées.

88. La Rapporteuse spéciale recommande également au système des Nations Unies de renforcer ses capacités et de prendre dûment en considération les normes relatives au droit à la liberté et à la sécurité des personnes protégé par la Convention relative aux droits des personnes handicapées, ce dans tous ses travaux, notamment lorsqu'il soutient les réformes du droit et des politiques des États.