



Assemblée générale

Distr. générale
1^{er} février 2013
Français
Original: anglais

Conseil des droits de l'homme

Vingt-deuxième session

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**

Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Méndez

Résumé

Le présent rapport traite de certaines formes d'abus dans les établissements de soins de santé qui franchissent parfois un seuil de gravité les rendant constitutifs de torture ou de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Il met à jour les politiques qui favorisent de telles pratiques et fait apparaître les lacunes existantes en matière de protection.

En décrivant certaines de ces pratiques abusives, le rapport fait la lumière sur des formes d'abus, souvent méconnues, qui ont lieu dans le cadre des politiques de santé, et insiste sur la manière dont certains traitements enfreignent l'interdiction de la torture et des mauvais traitements. Il définit la portée des obligations de l'État pour ce qui est de réglementer, contrôler et superviser les pratiques en matière de soins de santé afin de s'assurer qu'il n'y ait de mauvais traitements sous aucun prétexte.

Le Rapporteur spécial examine un certain nombre de pratiques abusives fréquemment signalées dans les établissements de soins et explique en quoi le cadre relatif à la torture et aux mauvais traitements est applicable à ce contexte. Il est probable que les exemples de torture et de mauvais traitements dans les établissements de soins examinés ici ne représentent qu'une petite fraction de ce problème général.

Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction	1–2	3
II. Activités du Rapporteur spécial	3–10	3
A. Prochaines visites de pays et demandes en attente	3–4	3
B. Aperçu des principales interventions et consultations	5–10	3
III. Application du cadre de protection contre la torture et les mauvais traitements dans les établissements de soins	11–38	4
A. L'interprétation évolutive de la définition de la torture et des mauvais traitements	14–16	4
B. L'applicabilité aux établissements de soins du cadre relatif à la torture et aux mauvais traitements	17–26	5
C. Principes d'interprétation et principes directeurs	27–38	7
IV. Vers la reconnaissance de différentes formes d'abus dans les établissements de soins	39–80	9
A. Détention obligatoire pour raisons médicales	40–44	9
B. Atteintes aux droits liés à la procréation	45–50	11
C. Problèmes d'accès au traitement de la douleur	51–56	13
D. Personnes atteintes de troubles psychosociaux	57–70	14
E. Groupes marginalisés	71–80	18
V. Conclusions et recommandations	81–90	22
A. L'importance de qualifier de torture et de mauvais traitements les abus commis dans les établissements de soins	81–84	22
B. Recommandations	85–90	23

I. Introduction

1. Le présent rapport est soumis au Conseil des droits de l'homme conformément à la résolution 16/23 du Conseil.
2. Les rapports sur les missions au Tadjikistan et au Maroc sont publiés sous les cotes A/HRC/22/53/Add.1 et Add.2, respectivement. Le document A/HRC/22/53/Add.3 fait le point des mesures de suivi et le document A/HRC/22/53/Add.4 contient les observations du Rapporteur spécial à propos de certains cas cités dans les rapports sur les communications A/HRC/20/30, A/HRC/21/49 et A/HRC/22/67.

II. Activités du Rapporteur spécial

A. Prochaines visites de pays et demandes en attente

3. Le Rapporteur spécial compte se rendre à Bahreïn en mai 2013 et au Guatemala au cours du deuxième semestre de 2013 et a pris contact avec les gouvernements concernés en vue de rechercher des dates qui conviennent à tous. Le Rapporteur spécial a accepté une invitation à se rendre en Thaïlande en février 2014. Il relève également avec satisfaction que le Gouvernement iraquien lui a adressé une invitation.
4. Le Rapporteur spécial a réaffirmé son intention de se rendre dans les pays suivants, qui lui avaient adressé des invitations: Cuba, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Ghana, Kenya, Ouzbékistan, Venezuela (République bolivarienne du) et Zimbabwe. Récemment, il a également exprimé le souhait de se rendre en Côte d'Ivoire, en Géorgie, au Mexique, en République dominicaine, au Tchad et au Viet Nam.

B. Aperçu des principales interventions et consultations

5. Le 10 septembre 2012, le Rapporteur spécial a participé à une conférence de REDRESS intitulée «Faire respecter l'interdiction absolue de la torture», organisée à Londres par l'Institut royal des affaires internationales (Chatham House).
6. Le 26 septembre 2012, le Rapporteur spécial a rencontré le Directeur général de la Commission nationale des droits de l'homme de la République de Corée, qui était en visite à Washington.
7. Du 22 au 24 octobre 2012, le Rapporteur spécial a présenté son rapport intérimaire (A/67/279) à l'Assemblée générale et a participé à deux manifestations parallèles: la première, qui s'est tenue à la Mission permanente du Danemark auprès de l'Organisation des Nations Unies à New York, était consacrée aux «Représailles contre les victimes de torture et autres mauvais traitements» et la seconde, organisée conjointement avec l'Organisation mondiale contre la torture, Penal Reform International, Centre for Constitutional Rights et Human Rights Watch, était intitulée «La peine de mort et les droits de l'homme: la voie à suivre». Il a également rencontré les représentants des Missions permanentes du Guatemala et de l'Uruguay.
8. Le 17 novembre 2012, le Rapporteur spécial a participé à un colloque organisé par l'Université de New York sur le recours au régime cellulaire, intitulé «Régime cellulaire: idées préconçues et dures réalités».

9. Du 2 au 6 décembre 2012, le Rapporteur spécial a effectué une visite de suivi en Uruguay (A/HRC/22/53/Add.3), à l'invitation du Gouvernement, afin d'évaluer les progrès accomplis et de déterminer les problèmes qui restent à régler en ce qui concerne la torture et les autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

10. Les 13 et 14 décembre 2012, le Rapporteur spécial a organisé une réunion d'experts intitulée «Torture et mauvais traitements dans les établissements de soins de santé» au Centre pour les droits de l'homme et le droit humanitaire de l'American University, à Washington.

III. Application du cadre de protection contre la torture et les mauvais traitements dans les établissements de soins

11. Les mauvais traitements dans les établissements de soins de santé¹ n'ont pas fait l'objet d'une attention particulière de la part du Rapporteur spécial dans l'exercice de son mandat, car le refus des soins est fréquemment considéré comme constituant principalement une atteinte au «droit à la santé».

12. Il est vrai que différents aspects de la torture et des mauvais traitements dans les établissements de soins ont déjà été examinés par les rapporteurs et autres mécanismes de l'Organisation des Nations Unies, mais le Rapporteur spécial estime qu'il est nécessaire de souligner la dimension spécifique et l'intensité de ce problème, lequel, souvent, n'est pas détecté, d'identifier les abus qui vont au-delà de violations du droit à la santé et qui peuvent constituer des tortures et des mauvais traitements, d'accroître la redevabilité et de renforcer les mécanismes de recours.

13. Le Rapporteur spécial est conscient du fait que pour éliminer les actes de torture et les mauvais traitements dans les établissements de soins, il faut surmonter des difficultés particulières liées notamment au fait que, bien qu'elles ne les justifient jamais, il semble que les autorités puissent défendre certaines pratiques dans de tels contextes pour des raisons d'efficacité administrative, parce qu'il y a nécessité médicale ou parce que certains comportements l'exigent. L'objet du présent rapport est d'analyser toutes les formes de mauvais traitements qui sont censées être fondées sur les politiques de santé ou que l'on cherche à justifier en se référant à ces politiques, sous la dénomination commune de prétendus «soins de santé», et de répertorier les questions transversales qui sont pertinentes pour la totalité ou la plupart de ces pratiques.

A. L'interprétation évolutive de la définition de la torture et des mauvais traitements

14. La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) et la Cour interaméricaine des droits de l'homme ont déclaré que la définition de la torture était constamment réévaluée pour tenir compte des circonstances actuelles et de l'évolution des valeurs propres aux sociétés démocratiques².

¹ L'expression «établissements de soins de santé» renvoie aux hôpitaux, cliniques publiques et privées, foyers et institutions où des soins de santé sont dispensés.

² Organisation mondiale contre la torture (OMCT), *The Prohibition of Torture and Ill-treatment in the Inter-American Human Rights System: A Handbook for Victims and Their Advocates* (2006), p. 107, citant *Cantoral-Benavides c. Pérou*, Cour interaméricaine des droits de l'homme, Série C, n° 69 (2000), par. 99; CEDH, *Selmouni c. France*, requête n° 25803/94 (1999), par. 101.

15. Le fait d'assimiler les abus commis dans les établissements de soins à des actes de torture ou des mauvais traitements est un phénomène relativement récent. Dans la présente section, le Rapporteur spécial approuve ce changement de paradigme par lequel différentes formes d'abus commis dans les établissements de soins sont le plus souvent citées dans le discours sur la torture. Il démontre que si, à l'origine, l'interdiction de la torture s'appliquait principalement dans le contexte de l'interrogatoire, du châtement ou de l'intimidation des détenus, la communauté internationale a commencé à admettre que la torture peut également être présente dans d'autres contextes.

16. L'analyse des abus dans les établissements de soins sous l'angle de la torture et des mauvais traitements s'appuie sur la définition de ce type de violation donnée dans la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et sur les interprétations de cette définition qui font autorité. Afin de montrer que les pratiques abusives dans les établissements de soins correspondent à la définition de la torture, la section ci-après passe en revue les principaux éléments de cette définition.

B. L'applicabilité aux établissements de soins du cadre relatif à la torture et aux mauvais traitements

1. Aperçu des principaux éléments de la définition de la torture et des mauvais traitements

17. La définition de la torture donnée au paragraphe 1 de l'article premier de la Convention contre la torture comporte au moins quatre éléments essentiels: un acte infligeant des douleurs ou une souffrance aiguës, physiques ou mentales; le critère de l'intention; les fins précises; et l'implication d'un agent de l'État, au moins par consentement tacite (A/HRC/13/39/Add.5, par. 30). Les actes qui ne relèvent pas de cette définition peuvent constituer des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants au sens de l'article 16 de la Convention (A/63/175, par. 46). Les précédents rapporteurs spéciaux ont examiné très en détail les principaux éléments de la définition de la torture. Certains points importants méritent toutefois d'être développés aux fins du présent rapport.

18. La jurisprudence des organes internationaux des droits de l'homme et leurs interprétations qui font autorité contiennent des indications utiles sur la manière dont les quatre critères retenus dans la définition de la torture s'appliquent au contexte des établissements de soins. La Cour européenne des droits de l'homme a fait observer qu'il pouvait y avoir violation de l'article 3 lorsque l'acte ou l'omission de l'État n'avait pas pour but ou intention de rabaisser, d'humilier ou de punir la victime mais que tel en avait néanmoins été le résultat³.

19. Les critères de la douleur ou des souffrances aiguës, de l'intention et de l'implication d'un agent de l'État ou de toute autre personne agissant à titre officiel ou avec son consentement exprès ou tacite sont relativement aisés à appliquer aux abus commis dans les établissements de soins. Le critère des fins précises mérite d'être analysé⁴.

20. Dans le cadre du mandat considéré, il a déjà été affirmé que l'existence de l'intention, critère énoncé à l'article premier de la Convention, peut être effectivement établie lorsqu'une personne a été victime de discrimination en raison de son handicap. Cela est particulièrement vrai dans le contexte des traitements médicaux, où des violations et des actes de discrimination graves commis contre des personnes handicapées peuvent être

³ Voir *Peers c. Grèce*, requête n° 28524/95 (2001), par. 68 et 74; *Groni c. Albanie*, requête n° 25336/04 (2009), par. 125.

⁴ Open Society Foundation, *Treatment or Torture? Applying International Human Rights Standards to Drug Detention Centers* (2011), p. 10.

défundus comme relevant de «bonnes intentions» de la part des professionnels de la santé. La négligence pure et simple est dépourvue de l'intention requise à l'article premier, mais peut constituer un mauvais traitement si elle entraîne une douleur ou des souffrances aiguës (A/63/175, par. 49).

21. De plus, l'article premier indique expressément plusieurs des fins pour lesquelles la torture peut être infligée: arracher des aveux, obtenir des renseignements d'une victime ou d'une tierce personne, punir, intimider ou faire pression ou exercer une discrimination. On s'accorde toutefois à reconnaître que cette liste a valeur d'indication et n'est pas exhaustive. Dans le même temps, seules les fins qui ont «quelque chose en commun avec les fins expressément énumérées» sont suffisantes (A/HRC/13/39/Add.5, par. 35).

22. Bien que dans certains cas il puisse être difficile de démontrer l'existence de l'objectif de discrimination requis, car il sera probablement affirmé que le traitement vise le bien du «patient», il est possible d'y parvenir de plusieurs façons⁵. En particulier, la description des abus exposés ci-dessous montre que l'objectif explicite ou implicite d'infliger une punition ou l'objectif d'intimidation coexiste fréquemment avec l'objectif thérapeutique affiché.

2. Portée des principales obligations de l'État découlant de l'interdiction de la torture et des mauvais traitements

23. Le Comité contre la torture interprète les obligations de l'État en matière de prévention de la torture comme étant indissociables, interdépendantes et intimement liées avec l'obligation de prévenir les peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (mauvais traitements) car «les circonstances qui sont à l'origine de mauvais traitements ouvrent souvent la voie à la torture⁶». Il est établi que «chaque État partie doit interdire, prévenir et réparer les actes de torture et mauvais traitements dans toutes les situations de garde ou de surveillance, notamment dans les prisons, les hôpitaux, les écoles, les institutions chargées de la protection de l'enfance, des personnes âgées, des malades mentaux ou des handicapés, et d'autres institutions, dans le cadre du service militaire ainsi que dans les situations où la non-intervention des autorités renforce et accroît le risque que des individus portent atteinte à autrui⁷».

24. De fait, l'obligation faite à l'État de prévenir la torture s'applique non seulement aux agents de l'État comme les membres des forces de l'ordre mais également aux médecins, professionnels de la santé et travailleurs sociaux, y compris ceux qui sont employés dans des hôpitaux privés, d'autres institutions et des centres de détention (A/63/175, par. 51). Comme l'a souligné le Comité contre la torture, l'interdiction de la torture doit s'appliquer dans tous les types d'établissements et les États sont tenus d'exercer la diligence voulue pour prévenir les actes de torture de la part d'agents non étatiques ou d'acteurs privés, enquêter sur de tels actes et poursuivre et juger leurs auteurs⁸.

25. Dans *da Silva Pimentel c. Brésil*, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a fait observer que «l'État est directement responsable des actes des établissements privés lorsqu'il délègue ses services médicaux» et «demeure tenu de réglementer et de superviser les établissements privés de soins de santé⁹». La Cour interaméricaine des droits de l'homme a examiné la responsabilité de l'État à raison

⁵ Ibid., p. 12.

⁶ Observation générale n° 2 (2007), par. 3.

⁷ Ibid., par. 15.

⁸ Observation générale n° 2, par. 15, 17 et 18. Voir également Comité contre la torture, communication n° 161/2000, *Džemajl et consorts c. Serbie-et-Monténégro*, par. 9.2; Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 20 (1992), par. 2.

⁹ Communication n° 17/2008, par. 7.5.

des actes commis par des acteurs privés dans le contexte des soins de santé dans *Ximenes Lopes c. Brésil*¹⁰.

26. Assurer la protection spéciale des groupes et personnes minoritaires et marginalisés est une composante essentielle de l'obligation de prévenir la torture et les mauvais traitements. Le Comité contre la torture et la Cour interaméricaine des droits de l'homme ont confirmé que les États avaient une obligation plus grande encore envers les personnes vulnérables et/ou marginalisées car ces personnes sont généralement plus exposées au risque de torture et de mauvais traitements¹¹.

C. Principes d'interprétation et principes directeurs

1. Capacité juridique et consentement éclairé

27. Dans tous les systèmes juridiques, la capacité est une aptitude attribuée aux agents qui exercent librement leur volonté et leur choix et dont les actes ont des effets juridiques. La capacité est une présomption réfragable; par conséquent, l'«incapacité» doit être prouvée pour qu'une personne puisse être considérée comme incapable de prendre des décisions. Lorsque l'incapacité a été établie, les choix qu'exprime l'intéressé ne sont plus véritablement pris en considération. L'un des principes fondamentaux énoncés dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées est «le respect de la dignité intrinsèque de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes» (art. 3 a)). Le Comité des droits des personnes handicapées a considéré que la principale prescription de l'article 12 était le remplacement de la prise de décisions substitutive par la prise de décisions assistée, qui respecte l'autonomie, la volonté et les préférences de la personne¹².

28. Le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible a fait observer que le consentement éclairé ne représente pas seulement l'acceptation d'une intervention médicale mais aussi une décision volontaire et suffisamment étayée. Il est essentiel de garantir un consentement éclairé pour que soient respectés l'autonomie de la personne, son droit à l'autodétermination et sa dignité dans le cadre d'un continuum approprié de soins de santé volontaires (A/64/272, par. 18).

29. Comme l'a fait observer le Rapporteur spécial sur le droit à la santé, bien que le consentement éclairé soit souvent inscrit dans le cadre juridique national, il est fréquemment compromis dans les établissements de soins. Les inégalités structurelles, telles que celle inhérente à la relation médecin-patient, exacerbées par la stigmatisation et la discrimination, font qu'un nombre anormalement élevé de membres de certains groupes risquent de ne pas pouvoir donner leur consentement éclairé lorsqu'il le faut (ibid., par. 92).

30. Les liens étroits entre les interventions médicales forcées fondées sur la discrimination et la privation de la capacité juridique ont été soulignés par le Comité des droits des personnes handicapées ainsi que le précédent Rapporteur spécial sur la question de la torture¹³.

¹⁰ Cour interaméricaine des droits de l'homme (Série C) n° 149 (2006), par. 103 et 150; voir également Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale n° 19 (1992), par. 9.

¹¹ Comité contre la torture, Observation générale n° 2, par. 21; *Ximenes Lopes c. Brésil*, par. 103.

¹² Voir CRPD/C/ESP/CO/1.

¹³ Convention relative aux droits des personnes handicapées, art. 25 d); voir également CRPD/C/CHN/CO/1 et Corr.1, par. 38; et A/63/175, par. 47 et 74.

2. Les situations d'impuissance et la doctrine de la «nécessité médicale»

31. Les patients des établissements de soins dépendent des soignants qui leur fournissent des services. Comme l'a affirmé le précédent Rapporteur spécial: «La torture, atteinte la plus grave à l'intégrité et à la dignité de la personne, présuppose une situation d'impuissance où la victime est sous le contrôle total d'une autre personne¹⁴». La privation de la capacité juridique, qui ôte à l'intéressé sa capacité décisionnelle pour la confier à des tiers, fait partie de ces situations, comme la privation de liberté dans les prisons ou d'autres lieux (A/63/175, par. 50).

32. Le précédent titulaire du mandat a relevé que les traitements médicaux invasifs et irréversibles dépourvus de fins thérapeutiques peuvent constituer un acte de torture ou de maltraitance s'ils sont administrés sans le consentement libre et éclairé de l'intéressé (ibid., par. 40 et 47). Cela est particulièrement vrai lorsque des traitements de ce type sont administrés à des patients de groupes marginalisés, notamment des personnes handicapées, contre leur gré, quelles que soient les bonnes intentions affichées ou la nécessité médicale invoquée. Par exemple, il a été affirmé que le caractère discriminatoire des traitements psychiatriques forcés de personnes atteintes de troubles psychosociaux satisfait à la fois au critère de l'intention et à celui des fins énoncés à l'article premier de la Convention contre la torture, malgré les «bonnes intentions» affichées par les professionnels de la santé concernés (ibid., par. 47 et 48). De même, il arrive fréquemment que l'administration non consentie d'un médicament ou la stérilisation involontaire soit présentée comme nécessaire et conforme à l'intérêt de la personne concernée.

33. Or, en réponse aux informations relatives aux stérilisations de femmes en 2011, la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique a souligné que «la stérilisation aux fins de prévenir une grossesse ne peut être justifiée, au regard de l'éthique, par des raisons d'urgence médicale. Même lorsqu'une grossesse future peut présenter un risque pour la vie ou la santé de la femme, celle-ci doit disposer du temps et du soutien dont elle a besoin pour réfléchir à son choix. Sa décision informée doit être respectée, même si elle est considérée comme susceptible d'être néfaste pour sa santé¹⁵».

34. Dans ce type de situation, des raisons douteuses de nécessité médicale ont pu être invoquées pour justifier l'application de protocoles invasifs et irréversibles sans le plein consentement libre et éclairé des patients. C'est pourquoi il est permis de remettre en question la doctrine de la «nécessité médicale» établie par la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire *Herczegfalvy c. Autriche* (1992)¹⁶, où la Cour a considéré que la sédation et l'alimentation forcées ininterrompues d'un patient soumis à des mesures de contrainte physique (attaché à un lit) pendant une période de deux semaines étaient néanmoins conformes à l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, vu que d'après les principes psychiatriques communément admis à l'époque, un impératif médical justifiait le traitement litigieux.

35. La doctrine de la nécessité médicale demeure un obstacle à la protection contre les pratiques arbitraires dans les établissements de soins. Il importe donc de préciser qu'un traitement administré en violation des dispositions de la Convention relative aux droits des personnes handicapées – qu'il y ait contrainte ou discrimination – ne saurait être légitime ni justifié par la doctrine de la nécessité médicale.

¹⁴ A/63/175, par. 50.

¹⁵ *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (2012), p. 123 et 124.

¹⁶ Requête n° 10533/83, par. 27 et 83.

3. Groupes particulièrement exposés

36. Dans un rapport de 2011 (A/HRC/19/41), la Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme s'est penchée sur les lois et pratiques discriminatoires et les actes de violence motivés par l'orientation sexuelle ou l'identité de genre des personnes visées. Elle a constaté l'émergence d'un ensemble de violations des droits de l'homme qui exigeaient une réponse. Par l'adoption en juin 2011 de la résolution 17/19, le Conseil des droits de l'homme s'est officiellement déclaré «gravement préoccupé» par les actes de violence et de discrimination fondés sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre.

37. Nombre des politiques et pratiques qui conduisent à des abus dans les établissements de soins sont liés à la discrimination contre des personnes marginalisées. La discrimination doit occuper une place essentielle dans l'analyse des atteintes aux droits en matière de procréation en tant que forme de torture ou de mauvais traitements, parce que les préjugés fondés sur le sexe ou le genre sont fréquemment à l'origine de ces violations. Le précédent Rapporteur spécial a déclaré, à propos d'une définition de la torture qui tient compte du genre, que l'élément de finalité est toujours présent en cas de violence sexiste contre des femmes, en ce que pareille violence est intrinsèquement discriminatoire et qu'une des fins mentionnées dans la Convention est la discrimination (A/HRC/7/3, par. 68).

38. À propos de la nécessité de donner la priorité au consentement éclairé en tant qu'élément essentiel d'un continuum de soins de santé volontaires – conseil, dépistage et traitement – le Rapporteur spécial sur le droit à la santé a également indiqué qu'il convenait d'accorder une attention particulière aux groupes vulnérables. Les principes 17 et 18 des Principes de Yogyakarta, par exemple, soulignent qu'il importe de sauvegarder le consentement éclairé des minorités sexuelles. Les prestataires de soins médicaux doivent avoir connaissance des besoins spécifiques des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes, et s'y adapter (A/64/272, par. 46). Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a rappelé que le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels proscrit toute discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux éléments déterminants de la santé ainsi qu'aux moyens et avantages permettant de se les procurer, qu'elle soit fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre¹⁷.

IV. Vers la reconnaissance de différentes formes d'abus dans les établissements de soins

39. De nombreuses informations font état d'un vaste ensemble d'abus commis contre des patients et autres personnes placées sous supervision médicale. En cessant des soins ou en administrant des traitements, des prestataires de soins de santé infligeraient, intentionnellement ou par négligence, des douleurs ou une souffrance aiguës, sans raison médicale légitime. Or, des actes médicaux qui entraînent des souffrances aiguës sans motif justifiable peuvent être considérés comme des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et, s'il y a implication de l'État et intention précise, comme des actes de torture.

A. Détention obligatoire pour raisons médicales

40. La détention obligatoire des toxicomanes dans de prétendus centres de réadaptation est fréquente. Parfois qualifiés de centres de désintoxication, ou de centres ou camps de «rééducation par le travail», ces établissements sont souvent gérés par des groupes militaires ou paramilitaires, des forces de police ou de sécurité ou encore des sociétés privées. Les personnes qui consomment ou sont soupçonnées de consommer des drogues et

¹⁷ Observation générale n° 14 (2000), par. 18.

qui ne se tournent pas volontairement vers la désintoxication et la réadaptation sont enfermées dans ces établissements et contraintes de subir diverses interventions¹⁸. Dans certains pays, un large éventail d'autres groupes marginalisés, notamment des enfants des rues, des personnes atteintes de troubles psychosociaux, des travailleurs du sexe, des sans-abri et des tuberculeux, y seraient détenus¹⁹.

41. De nombreuses informations indiquent que les consommateurs de substances illégales détenus dans ces centres subissent un sevrage douloureux sans assistance médicale, l'administration de médicaments inconnus ou encore au stade expérimental, des passages à tabac, des bastonnades ou des coups de fouet avec l'approbation des autorités, des abus sexuels et des humiliations délibérées²⁰. Parmi d'autres abus signalés figurent la «flagellation thérapeutique», le «traitement au pain et à l'eau», les électrochocs qui entraînent des convulsions, tout cela sous le couvert de la réadaptation. Dans ce type de contexte, il n'y a souvent pas de professionnels de la santé formés à gérer les troubles liés à l'addiction aux drogues comme de véritables maladies²¹.

42. Les programmes de traitement obligatoire qui reposent principalement sur des exercices physiques à visée disciplinaire, incluant souvent les pompes militaires, ne tiennent aucun compte des pratiques médicales éprouvées (A/65/255, par. 31 et 34). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), «ni la détention ni le travail forcé ne sont reconnus scientifiquement comme des moyens de traiter les troubles liés à la consommation de drogues²²». Ce type de détention – souvent sans évaluation médicale, examen judiciaire ni droit de recours – ne permet pas d'administrer un traitement efficace ou fondé sur des données scientifiques²³. La détention et le travail forcé sont donc contraires au droit international des droits de l'homme et se substituent de manière illégitime aux mesures éprouvées, telles que la thérapie de substitution, l'accompagnement psychologique et d'autres formes de traitement dispensés avec le consentement éclairé du patient (A/65/255, par. 31). Les faits montrent que ce type de détention arbitraire et injustifiée s'accompagne fréquemment de mauvais traitements physiques et mentaux particulièrement choquants – et constitue un cadre propice à de telles violations.

Évolution de la situation

43. Les nombreux appels à la fermeture des centres de détention obligatoire pour toxicomanes lancés par différentes organisations internationales et régionales²⁴ ainsi que les nombreuses injonctions et recommandations figurant dans les directives récemment publiées par l'OMS à propos de la pharmacothérapie pour la dépendance aux opiacés²⁵,

¹⁸ Voir Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Assessment of Compulsory Treatment of People Who Use Drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam* (2009).

¹⁹ Human Rights Watch (HRW), *Torture in the Name of Treatment: Human Rights Abuses in Vietnam, China, Cambodia, and LAO PDR* (2012), p. 4.

²⁰ Voir Daniel Wolfe et Roxanne Saucier, «In rehabilitation's name? Ending institutionalized cruelty and degrading treatment of people who use drugs», *International Journal of Drug Policy*, vol. 21, n° 3 (2010), p. 145 à 148.

²¹ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et OMS, «Principles of drug dependence treatment», document de synthèse, 2008.

²² *Ibid.*, p. 15.

²³ Voir par exemple OMS, ONUDC, ONUSIDA, Guide technique pour la définition d'objectifs nationaux pour l'accès à la prévention, aux traitements et aux soins en matière de VIH/sida des usagers de drogues par injection (OMS, 2009).

²⁴ Association médicale mondiale, «Appel à la fermeture des centres de détention obligatoire pour toxicomanes», communiqué de presse, 17 mai 2011; organismes des Nations Unies, «Centres de détention et de réhabilitation obligatoires pour toxicomanes», déclaration commune, mars 2012.

²⁵ Voir Wolfe et Saucier, «In rehabilitation's name».

les grandes orientations de l'UNODC à propos des responsabilités de l'organisation en matière de droits de l'homme dans les centres de détention pour toxicomanes²⁶ et les résolutions de la Commission des stupéfiants²⁷ sont régulièrement ignorés²⁸. Ces centres continuent de fonctionner, fréquemment avec l'appui et l'assistance directe ou indirecte de donateurs internationaux, sans aucune surveillance adéquate pour ce qui est des droits de l'homme²⁹.

44. Malgré l'engagement pris de renforcer l'utilisation de la méthadone et l'administration de traitements fondés sur des données médicales par opposition aux méthodes punitives, le nombre de personnes soumises à des traitements obligatoires dans les centres pour toxicomanes usant de méthodes répressives continue de dépasser de manière exponentielle celui des personnes qui bénéficient de traitements de la toxicomanie fondés sur des pratiques éprouvées³⁰.

B. Atteintes aux droits liés à la procréation

45. À de nombreuses reprises, le Rapporteur spécial a réagi à diverses initiatives relatives à la prise en considération du sexe et à la lutte contre la violence à l'égard des femmes, notamment en étudiant les formes de torture visant spécifiquement les femmes, et a préconisé que le cadre de protection contre la torture soit appliqué en tenant compte du sexe³¹. Le Rapporteur spécial souhaiterait compléter ces efforts en signalant certaines pratiques observées dans des établissements de soins, en lien avec les droits liés à la procréation, dont il est convaincu qu'elles constituent des actes de torture ou de maltraitance.

46. Les organes internationaux et régionaux des droits de l'homme ont commencé à prendre conscience du fait que les abus et la maltraitance infligés à des femmes qui recherchent des services de santé de la procréation peuvent engendrer des souffrances physiques et émotionnelles considérables et durables infligées en raison du sexe³². Il s'agit notamment de mauvais traitements et d'humiliations dans un cadre institutionnel³³, de stérilisations involontaires, de refus d'administrer des soins conformes à la loi³⁴, notamment lors d'une interruption volontaire de grossesse ou après, d'avortements et de stérilisations forcés³⁵, de mutilations génitales féminines³⁶, de violations du secret médical et de la confidentialité dans les établissements de soins, de la dénonciation par le personnel médical de femmes ayant avorté illégalement, et de la pratique consistant à solliciter des aveux en échange de la promesse de soins salvateurs après un avortement³⁷.

47. Dans l'affaire *R.R. c. Pologne*, par exemple, la Cour européenne des droits de l'homme a constaté une violation de l'article 3 dans le cas d'une femme qui s'était vu refuser l'accès à un diagnostic génétique prénatal après qu'une échographie avait révélé

²⁶ «UNODC and the promotion and protection of human rights», document de synthèse, 2012, p. 8.

²⁷ Notamment les résolutions 55/12 (2012), 55/2 (2012) et 55/10 (2012).

²⁸ Voir Wolfe et Saucier, «In rehabilitation's name».

²⁹ HRW, communication adressée au Rapporteur spécial sur la question de la torture, 2012.

³⁰ Voir Wolfe et Saucier, «In rehabilitation's name».

³¹ Voir A/54/426 et A/55/290.

³² CAT/C/CR/32/5, par. 7 m); Observation générale n° 28 (2000) du Comité des droits de l'homme, par. 11.

³³ Voir Center for Reproductive Rights, *Reproductive Rights Violations as Torture and Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment: A Critical Human Rights Analysis* (2011).

³⁴ Voir CAT/C/PER/CO/4, par. 23.

³⁵ E/CN.4/2005/51, par. 9 et 12.

³⁶ A/HRC/7/3, par. 50, 51 et 53; CAT/C/IDN/CO/2, par. 16.

³⁷ CAT/C/CR/32/5, par. 6 j).

la possibilité d'une anomalie fœtale. La Cour a reconnu que la requérante était dans une situation de grande vulnérabilité³⁸ et que l'accès de R. R. au diagnostic génétique avait été entravé par la procrastination, la confusion et le fait que la requérante n'avait pas été correctement conseillée et informée³⁹. L'accès à l'information en matière de santé de la procréation est indispensable pour qu'une femme puisse exercer son autonomie en la matière ainsi que ses droits à la santé et à l'intégrité physique.

48. Certaines femmes sont exposées à des formes multiples de discrimination liées à la fois à leur sexe et à d'autres éléments de leur statut ou de leur identité. Le fait de cibler particulièrement les femmes issues de minorités ethniques et raciales, les femmes membres de communautés marginalisées⁴⁰ et les femmes handicapées⁴¹ pour les soumettre à la stérilisation involontaire⁴² en raison de considérations discriminatoires liées à l'idée qu'il serait inopportun qu'elles aient des enfants⁴³ représente un phénomène dont l'ampleur devient mondiale. La stérilisation forcée est un acte de violence⁴⁴, une forme de contrôle social et une violation du droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants⁴⁵. Un précédent titulaire du mandat a affirmé que «les avortements ou stérilisations forcés pratiqués par des professionnels employés par l'État en vertu de lois ou politiques coercitives en matière de planification familiale peuvent constituer des actes de torture⁴⁶».

49. Pour de nombreuses femmes qui ont survécu au viol, il est pratiquement impossible d'obtenir une interruption de grossesse dans des conditions sûres en raison des innombrables obstacles administratifs ainsi que de la négligence et l'obstruction de la part de personnes au service de l'État. Dans ses constatations concernant l'affaire *K. N. L. H. c. Pérou*, qui ont fait date, le Comité des droits de l'homme a considéré que le refus d'un avortement pour raison médicale constituait une violation du droit de ne pas être soumis à des mauvais traitements⁴⁷. Dans *P. et S. c. Pologne*, la Cour européenne des droits de l'homme a déclaré que la déconsidération liée à l'avortement et à la violence sexuelle causait beaucoup de détresse et de souffrance, physiques et mentales⁴⁸.

50. Le Comité contre la torture s'est déclaré à maintes reprises préoccupé par les restrictions en matière d'accès à l'avortement et l'interdiction absolue de l'avortement, qui vont à l'encontre de l'interdiction de la torture et des mauvais traitements⁴⁹. À diverses occasions, des organismes des Nations Unies se sont dits inquiets de constater que les soins de santé nécessaires après une interruption volontaire de grossesse étaient refusés ou soumis à conditions⁵⁰, souvent à des fins inacceptables de sanction ou d'extorsion d'aveux⁵¹. Le Comité des droits de l'homme a expressément déclaré que les violations de l'article 7 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques englobent l'avortement

³⁸ CEDH, *R. R. c. Pologne*, requête n° 27617/04 (2011), par. 159.

³⁹ *Ibid.*, par. 153.

⁴⁰ Voir CEDH, *V. C. c. Slovaquie*, requête n° 18968/07 (2011).

⁴¹ A/67/227, par. 28; A/HRC/7/3, par. 38.

⁴² A/64/272, par. 55.

⁴³ Voir Open Society Foundations, *Against Her Will: Forced and Coerced Sterilization of Women Worldwide* (2011).

⁴⁴ Voir Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale n° 19, par. 22; Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 28, par. 11 et 20.

⁴⁵ A/HRC/7/3, par. 38 et 39.

⁴⁶ *Ibid.*, par. 69.

⁴⁷ Communication n° 1153/2003 (2005), par. 6.3.

⁴⁸ CEDH, requête n° 57375/08 (2012), par. 76.

⁴⁹ Voir CAT/C/PER/CO/4, par. 23.

⁵⁰ Voir CAT/C/CR/32/5, par. 7 m); A/66/254, par. 30.

⁵¹ CAT/C/CR/32/5, par. 7 m).

forcé, ainsi que le refus de l'accès à un avortement sans danger à des femmes enceintes à la suite d'un viol⁵², et s'est inquiété des obstacles à l'avortement lorsque celui-ci est légal.

C. Problèmes d'accès au traitement de la douleur

51. En 2012, l'OMS estimait que 5,5 milliards de personnes vivaient dans des pays où il n'y avait pas ou pratiquement pas de médicaments soumis à un contrôle et n'avaient pas accès, ou avaient insuffisamment accès, au traitement des douleurs modérées à sévères⁵³. Bien que la Commission des stupéfiants ait, de manière répétée, rappelé les États à leurs obligations⁵⁴, 83 % de la population mondiale n'a pas accès, ou a insuffisamment accès, au traitement des douleurs modérées à sévères. Chaque année, plusieurs dizaines de millions de patients subissent des douleurs modérées à sévères sans traitement, dont 5,5 millions de patients en phase terminale d'un cancer et 1 million de patients en phase terminale de l'infection par le VIH⁵⁵.

52. De nombreux pays ne font pas le nécessaire pour se procurer ces médicaments⁵⁶. Les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire représentent 6 % de l'utilisation de morphine dans le monde alors qu'ils comptent environ la moitié des malades de cancer et 95 % des nouvelles infections par le VIH⁵⁷. En Afrique, 32 pays n'ont presque pas de morphine⁵⁸. Aux États-Unis, plus d'un tiers des patients ne sont pas convenablement traités contre la douleur⁵⁹. En France, une étude a révélé que les médecins sous-estimaient la douleur endurée par plus de la moitié de leurs patients atteints de VIH/sida⁶⁰. En Inde, plus de la moitié des centres régionaux de cancérologie ne disposent pas de morphine ou de médecins formés à son utilisation. Or, 70 % de leurs patients, voire davantage, en sont à un stade avancé de cancer et ont probablement besoin de traitements contre la douleur⁶¹.

53. Bien que des médicaments relativement peu onéreux et très efficaces comme la morphine et d'autres stupéfiants se soient révélés indispensables pour soulager la douleur et les souffrances⁶², ils sont pratiquement inaccessibles dans plus de 150 pays⁶³. Parmi les obstacles qui entravent inutilement l'accès à la morphine et sa disponibilité figurent des réglementations excessivement strictes de contrôle des drogues⁶⁴ et, plus fréquemment, l'interprétation erronée d'une réglementation appropriée⁶⁵; des lacunes dans la gestion de l'approvisionnement; l'inadéquation des infrastructures⁶⁶; le fait que les soins palliatifs ne sont pas prioritaires⁶⁷; les préjugés tenaces à l'égard de l'utilisation d'opiacés à des fins

⁵² Observation générale n° 28, par. 11; voir également CCPR/CO/70/ARG, par. 14.

⁵³ OMS, «Access to Controlled Medicines Programme», note d'information (2012), p. 1.

⁵⁴ Résolutions 53/4 (2010) et 54/6 (2011).

⁵⁵ OMS, «Access», p. 1.

⁵⁶ Voir HRW, «Please Do Not Make Us Suffer Any More...»: Access to Pain Treatment as a Human Right (2009).

⁵⁷ Open Society Foundations, «Palliative care as a human right», Public Health Fact Sheet, 2012.

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ Ibid.

⁶¹ HRW, *Unbearable Pain: India's Obligation to Ensure Palliative Care* (2009), p. 3.

⁶² Convention unique sur les stupéfiants, 1961, préambule.

⁶³ Joseph Amon et Diederik Lohman, «Denial of pain treatment and the prohibition of torture, cruel, inhuman or degrading treatment or punishment», *INTERIGHTS Bulletin*, vol. 16, n° 4 (2011), p. 172.

⁶⁴ Voir HRW, «Please Do Not Make Us Suffer».

⁶⁵ E/INCB/1999/1, p. 7.

⁶⁶ A/65/255, par. 40.

⁶⁷ Les soins palliatifs visent à améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies incurables, grâce à la prévention et au soulagement des souffrances. Définition des soins palliatifs, OMS (voir www.who.int/cancer/palliative/definition/en/).

médicales⁶⁸; et l'absence de politiques relatives à la gestion de la douleur ou de directives à l'intention des praticiens⁶⁹.

Applicabilité du cadre relatif à la torture et aux mauvais traitements

54. D'une manière générale, les problèmes d'accès au traitement de la douleur ne sont pas liés à des actes, mais plutôt à des omissions⁷⁰ et découlent de la négligence ou encore de l'insuffisance des politiques publiques plutôt que de l'intention délibérée de provoquer des souffrances. Cependant, lorsqu'une personne qui souffre de douleurs sévères n'a pas accès à un traitement approprié, cela n'est pas nécessairement constitutif d'une peine ou d'un traitement cruel, inhumain ou dégradant. Pour que tel soit le cas, les critères suivants doivent être réunis: la douleur est sévère et dépasse le seuil minimum fixé en vertu de l'interdiction de la torture et des mauvais traitements; l'État a, ou devrait avoir, connaissance de la souffrance, y compris lorsqu'aucun traitement approprié n'a été proposé; l'État n'a pas pris toutes les mesures raisonnables⁷¹ pour protéger l'intégrité physique et mentale des personnes⁷².

55. Faire en sorte que les médicaments inscrits sur la liste Modèle de l'OMS des médicaments essentiels soient disponibles et accessibles ne constitue pas seulement une mesure raisonnable mais aussi une obligation juridique en vertu de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961. Lorsqu'en ne prenant pas les mesures énergiques voulues, ou en s'abstenant d'intervenir dans les services de soins de santé, les États condamnent des patients à souffrir inutilement, ils ne portent pas seulement atteinte au droit à la santé mais peuvent également enfreindre une obligation positive découlant de l'interdiction de la torture et des mauvais traitements (A/HRC/10/44 et Corr.1, par. 72).

56. Dans une déclaration publiée conjointement avec le Rapporteur spécial sur le droit à la santé, le Rapporteur spécial sur la question de la torture a réaffirmé que le fait de ne pas garantir l'accès aux médicaments soumis à un contrôle afin de soulager la douleur et les souffrances menaçait les droits fondamentaux à la santé et à la protection contre les traitements cruels, inhumains ou dégradants⁷³. Les gouvernements doivent garantir l'accès aux médicaments essentiels – qui comprennent notamment les analgésiques opiacés – au titre de leurs obligations fondamentales minimales découlant du droit à la santé, et prendre des mesures pour protéger contre les traitements inhumains ou dégradants les personnes placées sous leur juridiction.

D. Personnes atteintes de troubles psychosociaux

57. Selon l'article premier de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, les personnes handicapées sont notamment des personnes qui présentent des incapacités intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres. Il peut s'agir de personnes qui ont été victimes de négligence ou détenues dans des institutions d'aide psychiatrique et sociale, des services de psychiatrie, des camps

⁶⁸ E/INCB/1999/1, p. 7.

⁶⁹ HRW «*Please Do Not Make Us Suffer*», p. 2.

⁷⁰ Amon et Lohman, «Denial», p. 172.

⁷¹ Voir par exemple, CEDH, *Osman c. Royaume-Uni*, requête n° 23452/94 (1998), par. 115 à 122; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14.

⁷² Amon et Lohman, «Denial», p. 172.

⁷³ Lettre conjointe adressée au Président de la cinquante-deuxième session de la Commission des stupéfiants, 2008, p. 4.

de prière, des internats thérapeutiques, laïques ou religieux, des camps d'entraînement, des centres thérapeutiques résidentiels privés ou des centres de médecine traditionnelle⁷⁴.

58. En 2008, le titulaire du mandat a apporté une contribution importante à l'élaboration de normes interdisant les traitements psychiatriques forcés motivés uniquement par le handicap en tant que forme de torture et de mauvais traitement (voir A/63/175). La Convention relative aux droits des personnes handicapées fournit également des orientations faisant autorité sur les droits des personnes handicapées et interdit le traitement involontaire et l'isolement involontaire au motif du handicap, supplantant des normes antérieures telles que les Principes de 1991 pour la protection des personnes atteintes de maladies mentales et pour l'amélioration des soins de santé mentale (Principes de 1991).

59. Des abus graves, tels que négligence, sévices physiques et psychologiques et violence sexuelle, continuent d'être commis dans des établissements de soins contre des personnes atteintes de troubles psychosociaux ou de handicaps intellectuels⁷⁵.

60. Il existe plusieurs domaines dans lesquels le Rapporteur spécial souhaiterait suggérer des mesures allant au-delà de ce qui a déjà été proposé par les précédents titulaires du mandat en vue de promouvoir la Convention relative aux droits des personnes handicapées en tant que nouveau cadre normatif et d'appeler à la lutte contre l'impunité.

1. Un nouveau cadre normatif

61. Les titulaires du mandat ont lancé de nombreux appels à un réexamen du cadre de lutte contre la torture qui tient compte des personnes handicapées⁷⁶, mais ces appels sont restés sans réponse. C'est pourquoi il est nécessaire de réaffirmer que la Convention relative aux droits des personnes handicapées constitue l'ensemble le plus complet de normes relatives aux droits des personnes handicapées, en particulier dans le contexte des soins de santé, où les choix des personnes handicapées sont fréquemment ignorés au motif de leur prétendu «intérêt supérieur» et où des violations et des actes de discrimination graves peuvent être déguisés en «bonnes intentions» par des professionnels de la santé (A/63/175, par. 49).

62. Il convient de déterminer les mesures supplémentaires nécessaires pour prévenir la torture et les mauvais traitements contre les personnes handicapées, en procédant à une synthèse des normes et en coordonnant les actions conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées⁷⁷.

2. Interdiction absolue de la contention et de l'isolement

63. Le titulaire du mandat a précédemment déclaré qu'il ne saurait y avoir de justification thérapeutique du recours à l'isolement ni de l'utilisation prolongée de moyens de contention pour les personnes handicapées dans les institutions psychiatriques; la contention et l'isolement peuvent constituer des actes de torture ou des mauvais traitements (A/63/175, par. 55 et 56). Le Rapporteur spécial a abordé la question de l'isolement et a estimé que l'imposition de cette mesure, quelle qu'en soit la durée,

⁷⁴ Voir HRW, «*Like a Death Sentence*»: *Abuses against Persons with Mental Disabilities in Ghana* (2012).

⁷⁵ En novembre 2012, la Commission interaméricaine des droits de l'homme a approuvé des mesures de précaution visant à protéger 300 personnes dans l'établissement psychiatrique de Guatemala City, où des formes d'abus inqualifiables avaient été signalées.

⁷⁶ Voir A/58/102; A/63/75, par. 41.

⁷⁷ Voir par exemple: Organisation des États américains, Comité pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des personnes handicapées, résolution CEDDIS/RES.1 (I-E/11) (2011), annexe.

à des personnes présentant un handicap mental, constituait un traitement cruel, inhumain ou dégradant (A/66/268, par. 67, 68 et 78). De même, tout moyen de contention appliqué à une personne atteinte d'un handicap mental, même pour une courte durée, peut constituer une torture ou un mauvais traitement⁷⁸. Il est essentiel que l'interdiction absolue de toutes les mesures coercitives et imposées, notamment le recours aux moyens de contention et à l'isolement pour des personnes souffrant d'un handicap psychologique ou intellectuel, soit appliquée dans tous les lieux de privation de liberté, y compris les institutions psychiatriques et les centres de soins sociaux. La situation d'impuissance des patients et les traitements abusifs de personnes handicapées assortis de l'utilisation de la contention et de l'isolement peuvent ouvrir la voie à d'autres traitements non consentis, comme la médication forcée et les électrochocs.

3. Lois nationales autorisant les traitements forcés

64. Le titulaire du mandat continue de recevoir des informations faisant état du recours systématique aux traitements forcés dans le monde entier. Tant le précédent titulaire du mandat que des organismes conventionnels de l'ONU ont établi que les traitements involontaires et autres interventions psychiatriques forcées dans des établissements de soins constituent des formes de torture ou de mauvais traitements⁷⁹. Les interventions forcées, que l'on essaie souvent de justifier par des arguments relatifs à l'incapacité et à la nécessité thérapeutique contraires à la Convention relative aux droits des personnes handicapées, sont légitimées par les lois nationales, et elles peuvent recueillir l'adhésion du public lorsqu'elles sont présentées comme servant «l'intérêt supérieur» de la personne concernée. Néanmoins, dans la mesure où elles infligent une souffrance et des douleurs aiguës, elles enfreignent l'interdiction absolue de la torture et des traitements cruels, inhumains ou dégradants (A/63/175, par. 38, 40 et 41). Le souci de l'autonomie et de la dignité des personnes handicapées amène le Rapporteur spécial à demander instamment le réexamen des lois nationales autorisant les interventions forcées.

4. Le plein respect de la capacité juridique de chacun comme première étape dans la prévention de la torture et des mauvais traitements

65. Dans le monde entier, à cause de la stigmatisation et de la discrimination, des millions de personnes handicapées sont privées de leur capacité juridique par une déclaration judiciaire d'incapacité ou la simple affirmation d'un médecin indiquant qu'elles n'ont pas la capacité de prendre une décision. Privées de capacité juridique, elles se voient assigner un tuteur ou une autre personne qui décidera à leur place et dont le consentement sera jugé suffisant pour justifier un traitement forcé (E/CN.4/2005/51, par. 79).

66. Comme l'a indiqué le précédent titulaire du mandat, les critères qui déterminent les motifs pour lesquels un traitement peut être administré en l'absence du libre consentement éclairé de l'intéressé devraient être clarifiés dans la loi, et aucune distinction entre personnes handicapées et personnes non handicapées ne devrait être faite⁸⁰. Ce n'est que lorsque la vie d'un patient est en danger et qu'il n'existe aucun désaccord quant à son absence de capacité juridique qu'un prestataire de soins de santé peut, sans obtenir de consentement éclairé, procéder à une intervention salvatrice⁸¹. Dans cette perspective, il conviendrait de réexaminer plusieurs des Principes de 1991 qui vont à l'encontre

⁷⁸ Voir CAT/C/CAN/CO/6, par. 19 d); CEDH, *Bures c. République tchèque*, requête n° 37679/08 (2012), par. 132.

⁷⁹ A/63/175, par. 44, 47, 61 et 63; Comité des droits de l'homme, communication n° 110/1981, *Viana Acosta c. Uruguay*, par. 2.7, 14 et 15.

⁸⁰ Voir également A/64/272, par. 74.

⁸¹ *Ibid.*, par. 12.

des dispositions de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (A/63/175, par. 44).

5. Internement forcé dans les institutions psychiatriques

67. Dans de nombreux pays dotés de lois et de politiques en matière de santé mentale, les personnes atteintes de troubles mentaux sont fréquemment internées dans des établissements psychiatriques, mais leurs droits de l'homme ne sont pas effectivement protégés⁸².

68. La question de l'internement forcé dans des institutions psychiatriques a été amplement examinée⁸³. Il existe des exemples bien documentés de personnes ayant passé toute leur vie dans des établissements psychiatriques ou des institutions d'aide sociale⁸⁴. Le Comité des droits des personnes handicapées a expressément appelé à l'interdiction de la détention motivée par le handicap, c'est-à-dire de l'internement civil, du placement forcé en institution et de la mise à l'isolement des personnes handicapées⁸⁵. Il souligne que vivre en communauté, avec l'aide nécessaire, n'est plus seulement une solution qu'il convient de favoriser mais un droit internationalement reconnu⁸⁶. La Convention s'écarte radicalement de la conception ancienne en interdisant, parce qu'elle est discriminatoire, la privation de liberté fondée sur l'existence de tout handicap, y compris mental ou intellectuel. Le paragraphe 1 b) de l'article 14 de la Convention est sans équivoque à cet égard: «... en aucun cas l'existence d'un handicap ne justifie une privation de liberté». Les dispositions législatives autorisant le placement en institution de personnes handicapées en raison de leur handicap sans leur consentement libre et éclairé doivent être abolies. Cela suppose l'abrogation des dispositions autorisant le placement de personnes handicapées en vue de leur administrer des soins et un traitement sans qu'elles y aient consenti librement et en connaissance de cause, ainsi que des dispositions autorisant la privation de liberté de personnes handicapées à titre préventif au motif qu'il y aurait danger pour elles-mêmes ou pour autrui, dans tous les cas où les arguments des soins, du traitement et de la sécurité publique sont liés, dans la législation, à une maladie mentale apparente ou diagnostiquée (A/HRC/10/48, par. 48 et 49).

69. La privation de liberté pour raison de maladie mentale est injustifiée si elle est fondée sur la discrimination ou le préjugé à l'encontre des personnes handicapées. Selon la Convention européenne des droits de l'homme, les troubles mentaux doivent être d'une certaine gravité pour justifier la détention⁸⁷. Le Rapporteur spécial est convaincu que la gravité de la maladie mentale ne suffit pas à elle seule à justifier la détention; l'État partie doit également montrer que la détention est nécessaire pour protéger la sécurité de l'intéressé ou d'autrui. Sauf en cas d'urgence, la personne concernée ne doit pas être privée de sa liberté, à moins que son «aliénation» n'ait été établie d'une manière digne de foi⁸⁸. Vu que la détention dans un contexte psychiatrique peut aboutir à un traitement

⁸² OMS, «Mental health legislation and human rights – denied citizens: including the excluded», p. 1.

⁸³ Voir Thomas Hammarberg, «Traitement inhumain des personnes handicapées en institution», Observation du Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe (2010).

⁸⁴ Voir Dorottya Karsay et Oliver Lewis, «Disability, torture and ill-treatment: taking stock and ending abuses», *The International Journal of Human Rights*, vol. 16, n° 6 (2012), p. 816 à 830.

⁸⁵ Voir également CRPD/C/HUN/CO/1, par. 27 et 28.

⁸⁶ Voir CRPD/C/CHN/CO/1 et Corr.1, par. 92 et 93.

⁸⁷ Voir Peter Bartlett, «A mental disorder of a kind or degree warranting confinement: examining justifications for psychiatric detention», *The International Journal of Human Rights*, vol. 16, n° 6 (2012), p. 831 à 844.

⁸⁸ Voir CEDH, *Winterwerp c. Pays-Bas*, requête n° 6301/73 (1979) et CEDH, *E. c. Norvège*, requête n° 11701/85 (1990).

psychiatrique forcé⁸⁹, le précédent titulaire du mandat a affirmé qu'une privation de liberté motivée par le handicap et qui engendre une douleur ou des souffrances aiguës peut relever de la Convention contre la torture (A/63/175, par. 65). Pour déterminer si tel est le cas, il conviendrait de prendre en compte des facteurs tels que la crainte et l'anxiété suscitées par une détention d'une durée indéfinie, l'administration forcée de médicaments ou d'électrochocs, le recours à la contention et à l'isolement, la séparation de la famille et de la communauté, entre autres⁹⁰.

70. De plus, les effets du placement en institution de personnes qui ne satisfont pas à des critères d'admission appropriés, comme c'est le cas dans la plupart des institutions qui échappent aux mécanismes de surveillance et où les admissions ne sont pas supervisées de manière adéquate⁹¹, soulèvent des questions particulières au regard de l'interdiction de la torture et des mauvais traitements. Le placement forcé, inopportun ou inutile en institution peut constituer un acte de torture ou un mauvais traitement en ce qu'il représente un recours à la force allant au-delà de ce qui est strictement nécessaire⁹².

E. Groupes marginalisés

1. Personnes vivant avec le VIH/sida

71. De nombreuses informations indiquent que des personnes vivant avec le VIH/sida sont victimes de mauvais traitements et de refus de soins de la part de prestataires de soins de santé⁹³. Certains de ces patients seraient écartés des hôpitaux, il serait mis fin à leur hospitalisation de manière intempestive, ils seraient privés d'accès aux services médicaux à moins qu'ils n'acceptent la stérilisation⁹⁴, ou ils recevraient une prise en charge insuffisante, à la fois déshumanisante et néfaste vu leur état de santé déjà fragile⁹⁵. Le dépistage du VIH forcé ou obligatoire fait partie des abus fréquents qui peuvent constituer un traitement dégradant s'il est «effectué sur une base discriminatoire sans respect des obligations de consentement et de l'impératif de nécessité» (A/HRC/10/44 et Corr.1, par. 65). La révélation de la sérologie VIH aux partenaires sexuels, membres de la famille, employeurs et autres professionnels de la santé sans l'autorisation de l'intéressé fait partie des abus fréquents à l'encontre des personnes qui vivent avec le VIH et peut conduire à la violence physique.

2. Consommateurs de drogues

72. Les consommateurs de drogues représentent une population fortement stigmatisée et criminalisée dont l'expérience des soins de santé est souvent marquée par l'humiliation, la répression et la cruauté. Les toxicomanes qui vivent avec le VIH sont souvent privés de soins médicaux d'urgence⁹⁶. Dans certains cas, les lois énoncent expressément

⁸⁹ Voir Bartlett, «A mental disorder».

⁹⁰ Stop Torture in Healthcare, «Torture and ill-treatment of people with disabilities in healthcare settings», Note de campagne, 2012.

⁹¹ Voir CAT/C/JPN/CO/1, par. 26.

⁹² CEDH, *Mouisel c. France*, requête n° 67263/01 (2002), par. 48; voir également Nell Monroe, «Define acceptable: how can we ensure that treatment for mental disorder in detention is consistent with the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities?», *The International Journal of Human Rights*, vol. 16, n° 6 (2012).

⁹³ Campaign to Stop Torture in Health Care, «Torture and ill-treatment in health settings: a failure of accountability», *Interights Bulletin*, vol. 16, n° 4 (2011), p. 162.

⁹⁴ Open Society Foundations, *Against Her Will* (note 43 ci-dessus).

⁹⁵ Voir HRW, *Rhetoric and Risk: Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight against HIV/AIDS* (2006).

⁹⁶ *Ibid.*, p. 44.

la toxicomanie parmi les motifs permettant de déchoir une personne de ses droits de garde ou autres droits parentaux. L'utilisation de registres relatifs à l'usage de drogues – où les consommateurs de drogues sont identifiés et répertoriés par la police et les professionnels de la santé, et où leurs droits civiques sont restreints – constitue des violations de la confidentialité des patients⁹⁷ qui engendrent des mauvais traitements supplémentaires de la part des prestataires de soins de santé.

73. Parmi les formes particulières de mauvais traitements, voire de torture, infligées aux toxicomanes figure le refus d'un traitement de substitution aux opiacés, y compris en vue d'extorquer des aveux d'infraction pénale en provoquant des symptômes de sevrage douloureux (A/HRC/10/44 et Corr.1, par. 57). Le refus de traitement à la méthadone en détention a été considéré comme une violation du droit de ne pas être soumis à la torture ni à un mauvais traitement dans certaines circonstances (ibid., par. 71). Un raisonnement similaire devrait s'appliquer dans les cas où il n'y a pas de privation de liberté, en particulier lorsque des gouvernements prononcent l'interdiction absolue des traitements substitutifs et des mesures de réduction des risques⁹⁸. La pratique courante qui consiste à priver des patients séropositifs qui consomment des drogues de médicaments antirétroviraux, en partant du principe qu'ils ne seront pas capables de respecter le traitement, constitue un traitement cruel et inhumain, étant donné les souffrances physiques et psychologiques qui vont de pair avec la progression de la maladie; elle constitue également un traitement abusif fondé sur une discrimination injustifiée, elle-même motivée uniquement par l'état de santé.

74. En les privant d'un traitement efficace de la toxicomanie, certaines politiques publiques en la matière exposent délibérément un grand nombre de personnes à des douleurs physiques aiguës, à la souffrance et à l'humiliation, les punissant parce qu'elles consomment des drogues et tentant de les contraindre à l'abstinence, au mépris total du caractère chronique de la dépendance et des preuves scientifiques qui attestent de l'inefficacité des mesures répressives.

3. Travailleurs du sexe

75. Un rapport sur les travailleurs du sexe a décrit les attitudes négatives et préjudiciables de certains professionnels de la santé, notamment le refus de fournir les services de santé nécessaires⁹⁹. De prétendus impératifs de santé publique ont dans certains cas abouti au dépistage obligatoire du VIH et à la révélation de la sérologie VIH de ces personnes, assortis de mesures répressives¹⁰⁰. Les atteintes à la vie privée et à la confidentialité font également partie des humiliations subies par les travailleurs du sexe dans les établissements de soins¹⁰¹. Plus récemment, le Comité contre la torture a relevé «des allégations faisant état d'un manque de respect de l'intimité des personnes et de l'existence de circonstances humiliantes assimilables à un traitement dégradant lors d'examens médicaux¹⁰²». Le précédent titulaire du mandat a fait observer que les actes visant à humilier la victime peuvent constituer des peines ou traitements dégradants, même quand il n'a pas été infligé de douleur aiguë, en raison de la souffrance mentale endurée (E/CN.4/2006/6, par. 35).

⁹⁷ A/65/255, par. 20.

⁹⁸ Voir HRW, *Lessons Not Learned: Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation* (2004).

⁹⁹ Campaign to Stop Torture in Health Care, «Torture», p. 163; voir également A/64/272, par. 85.

¹⁰⁰ OMS et Global Coalition on Women and AIDS, «Violence against sex workers and HIV prevention» (OMS, 2005), p. 2.

¹⁰¹ Campaign to Stop Torture in Health Care, «Torture», p. 163.

¹⁰² CAT/C/AUT/CO/4-5, par. 22.

4. Personnes lesbiennes, bisexuelles, transsexuelles et transgenres

76. L'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a conclu que les comportements homophobes de la part de professionnels de la santé étaient inacceptables et devaient être proscrits et dénoncés¹⁰³. Nombre de récits et de témoignages font état de personnes privées de traitement médical, exposées aux insultes et à l'humiliation publique et subissant des évaluations psychiatriques, un éventail d'interventions forcées comme la stérilisation, des examens forcés de l'anus approuvés par les autorités en vue de la sanction d'éventuelles activités homosexuelles, des tests de virginité intrusifs réalisés par des prestataires de soins de santé¹⁰⁴ ainsi que des traitements hormonaux et des «corrections» chirurgicales de l'appareil génital présentées comme des «thérapies réparatrices¹⁰⁵». Rarement nécessaires d'un point de vue médical¹⁰⁶, ces procédures peuvent provoquer des cicatrices, la perte des sensations sexuelles, des douleurs, de l'incontinence et une dépression chronique et ont été en outre critiquées comme étant dénuées de fondement scientifique, potentiellement préjudiciables et propices à la stigmatisation (A/HRC/14/20, par. 23). Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a relevé avec préoccupation que des femmes lesbiennes, bisexuelles, transgenres ou intersexes étaient «victimes de sévices et de maltraitance de la part de prestataires de services de santé» (A/HRC/19/41, par. 56).

77. Les enfants qui présentent à la naissance des caractères sexuels atypiques subissent fréquemment, sans leur consentement éclairé ou celui de leurs parents et dans le but de «rectifier leur sexe¹⁰⁷», une intervention d'assignation sexuelle irréversible, une stérilisation forcée ou une chirurgie normalisatrice de l'appareil génital, qui engendre une infertilité définitive et des souffrances psychologiques aiguës.

78. Dans de nombreux pays les personnes transgenres sont tenues de subir une stérilisation souvent non désirée pour obtenir la reconnaissance juridique du sexe dont elles se sentent le plus proche. En Europe, 29 États exigent la stérilisation avant de reconnaître le sexe légal d'une personne transgenre. Dans 11 États qui n'ont pas encore de législation relative à la reconnaissance juridique du sexe¹⁰⁸, la stérilisation forcée est encore pratiquée. En 2008, aux États-Unis d'Amérique, 20 États exigeaient qu'une personne transgenre subisse une «chirurgie de confirmation du sexe» ou une «chirurgie de changement de sexe» comme préalable à la reconnaissance de leur sexe légal¹⁰⁹. Au Canada, seule la province de l'Ontario n'exige pas de «chirurgie transsexuelle» avant de rectifier le sexe enregistré sur le certificat de naissance¹¹⁰. Certaines juridictions nationales ont estimé que la chirurgie forcée, outre qu'elle provoquait une stérilité définitive et des modifications corporelles irréversibles et qu'elle constituait une immixtion dans la vie de famille et la sphère de la procréation, constituait également une atteinte grave et irrémédiable à l'intégrité physique de la personne. En 2012, la Cour d'appel administrative suédoise a déclaré que l'exigence de stérilisation constituait une atteinte à l'intégrité physique et qu'une telle intervention

¹⁰³ PAHO, «Cures' for an illness that does not exist» (2012), p. 3.

¹⁰⁴ Voir HRW, *In a Time of Torture: The Assault on Justice in Egypt's Crackdown on Homosexual Conduct* (2003).

¹⁰⁵ OPS/OMS, «“Therapies” to change sexual orientation lack medical justification and threaten health», news statement, 17 mai 2012; et communication d'Advocates for Informed Choice adressée au Rapporteur spécial sur la question de la torture, 2012.

¹⁰⁶ OPS/OMS, «Therapies».

¹⁰⁷ A/HRC/19/41, par. 57.

¹⁰⁸ Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, *La discrimination fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre en Europe* (2011), p. 86 et 87.

¹⁰⁹ D. Spade, «Documenting gender», *Hastings Law Journal*, vol. 59, n° 1 (2008), p. 830 et 831.

¹¹⁰ Tribunal des droits de la personne de l'Ontario (TDPO), *X. Y. c. Ontario*, 2012 HRTO 726 (CanLII), jugement du 11 avril 2012.

ne pouvait être considérée comme volontaire¹¹¹. En 2011, la Cour constitutionnelle allemande a déclaré que l'exigence de chirurgie de réassignation sexuelle constituait une violation du droit à l'intégrité physique et à l'autodétermination¹¹². En 2009, la Haute Cour administrative autrichienne a également considéré que la réassignation sexuelle obligatoire comme condition de la reconnaissance juridique de l'identité sexuelle était illégale¹¹³. En 2009, l'ancien Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe a fait observer que le fait d'exiger comme préalable la stérilisation était de toute évidence contraire au respect de l'intégrité physique de la personne¹¹⁴.

79. Le précédent titulaire du mandat a fait observer que «les membres des minorités sexuelles sont plus souvent victimes de torture et d'autres formes de sévices, parce qu'ils n'entrent pas dans les schémas sexuels habituels de la société. En fait, la discrimination fondée sur la préférence ou l'identité de genre contribue souvent au processus de déshumanisation de la victime, qui précède généralement les actes de torture et les sévices¹¹⁵». Les pratiques «sans aucune utilité médicale» consistant à soumettre les hommes soupçonnés d'homosexualité à un examen non consenti de l'anus pour «prouver» leur homosexualité¹¹⁶ ont été condamnées par le Comité contre la torture, le Rapporteur spécial sur la question de la torture et le Groupe de travail sur la détention arbitraire, qui ont affirmé que ces pratiques contrevenaient à l'interdiction de la torture et des mauvais traitements (A/HRC/19/41, par. 37).

5. Personnes handicapées

80. Les personnes handicapées sont particulièrement concernées par les interventions médicales forcées et demeurent exposées aux pratiques médicales non consenties (A/63/175, par. 40). Dans le cas des enfants en établissement de soins, un handicap perçu ou effectif peut diminuer le poids accordé aux opinions de l'enfant¹¹⁷ lorsqu'il s'agit de déterminer son intérêt supérieur, ou de motiver le transfert du pouvoir de décision aux parents, aux tuteurs, aux soignants ou aux autorités publiques¹¹⁸. Les femmes handicapées, en particulier sur le plan psychiatrique, sont exposées à des formes multiples de discrimination et d'abus dans les établissements de soins. La stérilisation forcée de filles et de femmes handicapées est largement attestée¹¹⁹. En Espagne, comme dans d'autres pays¹²⁰, les lois nationales autorisent la stérilisation de mineurs qui présentent un handicap intellectuel grave. Le Parlement égyptien a omis d'incorporer dans sa loi sur la protection des patients une disposition interdisant le recours à la stérilisation comme «traitement» des maladies mentales. Aux États-Unis, 15 États ont des lois qui ne protègent pas les femmes handicapées contre la stérilisation involontaire¹²¹.

¹¹¹ Mål nr 1968-12, Kammarrätten i Stockholm, Avdelning 03, http://du2.pentagonvillan.se/images/stories/Kammarrtens_dom_-_121219.pdf, p. 4.

¹¹² Cour constitutionnelle fédérale, *1 BvR 3295/07*. Peut être consulté à l'adresse suivante: www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20110111_1bvr329507.html.

¹¹³ Haute Cour administrative, n° 2008/17/0054, jugement du 27 février 2009.

¹¹⁴ «Droits de l'homme et identité de genre», document thématique (2009), p. 19.

¹¹⁵ A/56/156, par. 19. Voir également E/CN.4/2001/66/Add.2, par. 199.

¹¹⁶ Groupe de travail sur la détention arbitraire, avis n° 25/2009 (2009), par. 29.

¹¹⁷ Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 12 (2009), par. 21.

¹¹⁸ Voir A/HRC/20/5, par. 53 d); A/63/175, par. 59.

¹¹⁹ Voir le rapport de l'expert indépendant chargé de l'étude du Secrétaire général sur la violence à l'encontre des enfants, *Rapport mondial sur la violence contre les enfants* (2009).

¹²⁰ Open Society Foundations, *Against Her Will* (note 43 ci-dessus), p. 6, A/64/272, par. 71.

¹²¹ Open Society Foundations, *Against Her Will*, p. 6.

V. Conclusions et recommandations

A. L'importance de qualifier de torture et de mauvais traitements les abus commis dans les établissements de soins

81. Les exemples de torture et de mauvais traitements dans des établissements de soins exposés ci-dessus ne représentent probablement qu'une petite fraction de ce problème mondial. Dans tous les cas, ces actes constituent pour le moins des traitements inhumains et dégradants, dont il est souvent possible d'affirmer qu'il s'agit de torture, et tous sont interdits par le droit international.

82. L'interdiction de la torture fait partie des quelques droits de l'homme absolus et non susceptibles de dérogation¹²²; elle relève du *jus cogens*¹²³ et constitue une norme obligatoire du droit international coutumier. Un examen des abus commis dans les établissements de soins fondé sur le cadre de protection contre la torture permet de mieux comprendre ce type de violations et de mettre à jour les obligations positives qui incombent aux États pour ce qui est de les prévenir, de les poursuivre et de les réparer.

83. Le droit à des soins de santé adéquats («droit à la santé») détermine les obligations des États à l'égard des personnes atteintes de maladie. Pour sa part, le caractère absolu et non dérogeable du droit d'être protégé contre la torture et les mauvais traitements suscite des restrictions objectives à l'égard de certaines thérapies. Dans le contexte des abus liés aux soins de santé, l'accent mis sur l'interdiction de la torture renforce l'exigence de redevabilité et établit un juste équilibre entre la liberté et la dignité de la personne et les préoccupations de santé publique. Ainsi, l'attention prêtée au cadre relatif à la torture permet d'éviter que les mauvais traitements ne soient justifiés par les défaillances systémiques, la pénurie de ressources ou l'insuffisance des services. Le manque de ressources peut expliquer que certains aspects du droit à la santé ne soient que partiellement réalisés, mais un État ne saurait justifier la non-exécution de ses obligations fondamentales, telles que l'interdiction absolue de la torture, en aucune circonstance¹²⁴.

84. Le fait de reconnaître les actes de violence et les abus commis dans les établissements de soins comme des mauvais traitements interdits offre aux victimes et à leurs défenseurs une meilleure protection juridique et un recours contre les violations de droits de l'homme. À cet égard, l'Observation générale n° 3 (2012) concernant le droit à un recours et à réparation, que le Comité contre la torture a adoptée récemment, contient des indications précieuses sur les mesures proactives requises pour prévenir les interventions forcées. En particulier, le Comité considère que l'obligation d'offrir un recours et une réparation s'applique à tous les types de mauvais traitements¹²⁵, de sorte qu'il n'est pas nécessaire à cette fin de déterminer si les abus commis dans les établissements de soins correspondent aux critères de définition de la torture. Ce cadre dégage de nouvelles possibilités d'évolutions sociales globales qui prennent en compte le vécu des personnes et qui se traduisent notamment par des mesures de satisfaction, des garanties de non-répétition et l'abrogation des dispositions législatives inacceptables.

¹²² Convention contre la torture, art. 2, par. 2; Pacte international relatif aux droits civils et politiques, art. 7.

¹²³ Voir Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie, *Le Procureur c. Furundzija*, affaire n° IT-95-17/1-T, jugement (1998).

¹²⁴ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14.

¹²⁵ Observation générale n° 3, par. 1.

B. Recommandations

85. Le Rapporteur spécial engage tous les États à:

a) Veiller au respect de l'interdiction de la torture dans toutes les institutions de soins de santé, publiques et privées, notamment en déclarant que les abus commis dans le contexte des soins de santé peuvent constituer des actes de torture ou des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, en réglementant les pratiques en matière de soins de santé afin qu'il n'y ait de mauvais traitements sous aucun prétexte et en intégrant les dispositions relatives à la prévention de la torture et des mauvais traitements dans les politiques de santé;

b) Renforcer la redevabilité pour les actes de torture et les mauvais traitements commis dans les établissements de soins en recensant les lois, politiques et pratiques propices aux abus; habiliter les mécanismes nationaux de prévention à exercer une surveillance systématique, à recevoir des plaintes et à tenter des actions en justice;

c) Mener rapidement des enquêtes impartiales et approfondies sur toutes les allégations de torture ou de mauvais traitements dans des établissements de soins; lorsque les éléments de preuve le justifient, poursuivre et punir les auteurs; et offrir aux victimes un recours utile ainsi que des mesures de réparation et de satisfaction, des garanties de non-répétition et des mesures de restitution, d'indemnisation et de réadaptation;

d) Dispenser aux professionnels de la santé une éducation et une information appropriées relatives aux droits de l'homme mentionnant l'interdiction de la torture et des mauvais traitements ainsi que l'existence, la portée, la gravité et les conséquences de différentes situations assimilables à la torture et aux peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants; et promouvoir une culture de respect de la diversité, de l'intégrité et de la dignité de la personne et favoriser l'élimination des attitudes de pathologisation et des comportements homophobes. Dispenser aux médecins, aux juges, aux procureurs et aux policiers une formation relative aux normes en matière de consentement libre et éclairé;

e) Préserver le droit au consentement libre et éclairé de tous les individus sans exception, sur un pied d'égalité, grâce à un cadre juridique et à des mécanismes judiciaires et administratifs, notamment des politiques et pratiques de protection contre les abus. Toutes les dispositions législatives contraires à ce principe, comme celles qui autorisent l'isolement ou le traitement forcé dans les établissements de santé mentale, y compris par le biais de la tutelle et autres régimes de prise de décisions au nom d'autrui, doivent être modifiées. Adopter des politiques et protocoles qui respectent l'autonomie, l'autodétermination et la dignité humaine. Veiller à ce que les informations relatives à la santé soient véritablement disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité et qu'elles soient communiquées et comprises grâce à des initiatives d'accompagnement et de protection, notamment un large éventail de services communautaires (A/64/272, par. 93). L'administration d'un traitement sans le consentement éclairé du patient devrait donner lieu à une enquête et la victime devrait recevoir réparation;

f) Assurer une protection spéciale aux minorités et aux groupes et personnes marginalisés, élément essentiel de l'obligation de prévenir la torture et les mauvais traitements¹²⁶, notamment en investissant dans toute une gamme de services d'aide acceptés librement qui leur permettent d'exercer leur capacité juridique et qui respectent pleinement leur autonomie individuelle, leur volonté et leurs préférences.

1. Problèmes d'accès au traitement de la douleur

86. Le Rapporteur spécial engage tous les États à:

a) Adopter à titre prioritaire une stratégie de contrôle des drogues fondée sur les droits de l'homme afin de prévenir les violations persistantes découlant des stratégies actuelles qui visent à réduire l'offre et la demande (A/65/255, par. 48). Veiller à ce que la législation nationale relative au contrôle des drogues reconnaisse que les narcotiques et les substances psychotropes sont indispensables pour atténuer la douleur et les souffrances; revoir les lois et procédures administratives nationales afin de garantir que ces médicaments soient disponibles à des fins médicales légitimes;

b) Garantir le plein accès aux soins palliatifs et surmonter les obstacles actuels sur les plans réglementaire et éducatif et sur le plan des mentalités, qui restreignent la disponibilité de médicaments essentiels pour les soins palliatifs, en particulier de la morphine par voie orale. Les États devraient concevoir et mettre en œuvre des politiques de nature à promouvoir une meilleure compréhension de l'utilité thérapeutique des substances soumises à un contrôle et à faciliter leur utilisation rationnelle;

c) Développer les soins palliatifs et les intégrer dans le système de santé publique en les inscrivant dans tous les plans et politiques, programmes d'enseignement et de formation relatifs à la santé à l'échelon national, et mettre au point les normes, directives et protocoles cliniques nécessaires.

2. Détention obligatoire pour raisons médicales

87. Le Rapporteur spécial engage tous les États à:

a) Fermer sans délai les centres de détention obligatoire et de «réadaptation» pour toxicomanes et mettre en place au niveau communautaire des services de santé et des services sociaux d'acceptation volontaire, s'appuyant sur des méthodes éprouvées et fondées sur les droits. Mener des enquêtes pour s'assurer qu'il n'y ait pas d'abus, y compris d'actes de torture ou de traitements cruels, inhumains ou dégradants, dans les établissements privés de traitement de la toxicomanie;

b) Cesser tout appui au fonctionnement des centres de détention pour toxicomanes existants ou à la création de nouveaux centres. Toute décision de financement devrait être précédée d'une évaluation des risques approfondie. Si des fonds sont versés, ce devrait être pour une période clairement limitée et à condition que les autorités: a) s'engagent à prendre rapidement des mesures en vue de fermer les centres de détention pour toxicomanes et de réallouer les ressources en question au renforcement des services de traitement de la toxicomanie d'acceptation volontaire, fondés sur la communauté et s'appuyant sur des méthodes éprouvées; et b) remplacer les approches répressives et les éléments obligatoires du traitement de la toxicomanie par des efforts fondés sur des données médicales probantes en vue de prévenir le VIH/sida et autres problèmes liés à la consommation de drogues. Dans l'attente de

¹²⁶ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, par. 43 a) à f).

la fermeture des centres en question, les autorités les soumettront à une surveillance pleinement indépendante;

c) Établir un mécanisme efficace de surveillance des méthodes de traitement de la dépendance et du respect des normes internationales;

d) Veiller à ce que toutes les mesures de réduction des risques et tous les services de traitement de la toxicomanie, notamment la thérapie de substitution aux opiacés, soient accessibles aux consommateurs de drogues, en particulier ceux qui se trouvent en milieu carcéral (A/65/255, par. 76).

3. Personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes

88. Le Rapporteur spécial demande instamment à tous les États d'abroger toute loi qui autorise les traitements médicaux invasifs ou irréversibles, notamment la chirurgie normalisatrice de l'appareil génital imposée, la stérilisation involontaire, ainsi que les expérimentations non conformes à l'éthique, les atteintes à la confidentialité des patients et les «thérapies réparatrices» ou «thérapies de conversion» pratiquées sans le consentement libre et éclairé de la personne concernée. Il les engage également à prohiber la stérilisation forcée ou obligatoire dans toutes les circonstances et à assurer une protection spéciale aux membres de groupes marginalisés.

4. Personnes atteintes de troubles psychosociaux

89. Le Rapporteur spécial engage tous les États à:

a) Réexaminer le cadre de lutte contre la torture en tenant compte des personnes handicapées et conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées, qui contient des orientations faisant autorité quant aux droits de ces personnes dans le contexte des soins de santé;

b) Prononcer l'interdiction absolue de toutes les interventions médicales forcées et ne faisant pas l'objet d'un accord sur les personnes handicapées, notamment l'administration de psychochirurgie, d'électrochocs et de médicaments altérant la conscience comme les neuroleptiques, et le recours à la contention et à l'isolement, pour une longue ou une courte durée. L'obligation d'éliminer les interventions psychiatriques forcées fondées uniquement sur le handicap est d'application immédiate et la pénurie de ressources financières ne saurait justifier le report de son exécution¹²⁷;

c) Remplacer les traitements forcés et l'internement forcé par des services à l'échelon de la communauté. De tels services doivent répondre aux besoins exprimés par les personnes handicapées et respecter leur autonomie, leurs choix, leur dignité et leur intimité, en privilégiant d'autres solutions que les méthodes classiques en matière de santé mentale, notamment le soutien apporté par les pairs et la sensibilisation et la formation des professionnels de la santé mentale et des forces de l'ordre, entre autres;

d) Réexaminer les dispositions légales qui autorisent la détention pour des motifs de santé mentale, ou dans des établissements de santé mentale, ainsi que les interventions ou traitements forcés dans ce type d'établissements sans le consentement libre et éclairé de la personne concernée. Toute loi autorisant le placement en institution de personnes handicapées au motif de leur handicap, sans leur consentement libre et éclairé, doit être abrogée.

¹²⁷ Convention relative aux droits des personnes handicapées, art. 4, par. 2.

5. Droits relatifs à la procréation

90. Le Rapporteur spécial engage tous les États à veiller à ce que les femmes aient accès à des soins médicaux d'urgence, y compris après un avortement, sans crainte de sanctions pénales ou de représailles. Les États dont la législation autorise l'avortement dans différentes circonstances devraient s'assurer que les services proposés sont effectivement accessibles sans conséquences néfastes pour les femmes ni les professionnels de la santé concernés.
