



Assemblée générale

Distr. générale
16 juillet 2018
Français
Original : anglais

Soixante-treizième session

Point 74 b) de la liste préliminaire*

Promotion et protection des droits de l'homme : Questions relatives aux droits de l'homme, y compris les divers moyens de mieux assurer l'exercice effectif des droits de l'homme et des libertés fondamentales

Droits des personnes handicapées

Note du Secrétaire général

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre à l'Assemblée générale le rapport établi en application de la résolution 35/6 du Conseil des droits de l'homme par la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, Catalina Devandas-Aguilar.

* A/73/50.



Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées

Résumé

Dans le présent rapport, la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées se penche sur les problèmes que rencontrent ces personnes dans l'exercice de leur droit de jouir du meilleur état de santé possible et donne aux États des orientations sur la manière dont ils peuvent promouvoir des services de santé qui tiennent compte des personnes handicapées et leur soient accessibles.

I. Introduction

1. Le présent rapport met en lumière les multiples difficultés auxquelles font face les personnes handicapées dans l'exercice de leur droit de jouir du meilleur état de santé possible et offre aux États des orientations sur la manière dont ils peuvent promouvoir des services de santé axés sur les droits de l'homme, qui tiennent compte des personnes handicapées et qui leur soient accessibles. Les normes internationales en matière de droits de l'homme énoncées dans le présent rapport s'appuient sur des recommandations formulées par les mécanismes de défense des droits de l'homme des Nations Unies, notamment les organes conventionnels et les procédures spéciales.

2. Aux fins du présent rapport, la Rapporteuse spéciale a analysé quelque 116 réponses à un questionnaire envoyé aux États Membres, aux institutions nationales des droits de l'homme et aux organisations de la société civile, notamment à des organisations représentant des personnes handicapées¹. Elle a également organisé une consultation d'experts avec des représentants d'organismes des Nations Unies, d'organisations de personnes handicapées et du monde universitaire.

II. La santé des personnes handicapées

3. La santé est essentielle au bien-être et au bonheur des êtres humains. Elle nous permet d'avoir une bonne qualité de vie et de nous épanouir. Les personnes qui n'ont pas accès aux soins médicaux ou de réadaptation risquent de ne pas pouvoir aller à l'école, subvenir à leurs besoins ou participer à la société. La santé est indispensable à la croissance économique : les populations en bonne santé étudient davantage, sont plus productives, font davantage d'économies et vivent plus longtemps². Un accès précoce à des services de santé et de réadaptation garantit de meilleurs résultats en matière de santé et permet de réduire les dépenses des systèmes de santé et des services sociaux. La santé dépasse le simple cadre des systèmes de santé officiels. L'accès à des logements sûrs et abordables, les transports, l'éducation et l'emploi ont eux aussi une incidence sur la santé des individus et des communautés. La santé est donc à la fois une fin en soi et un moyen de réaliser les objectifs de développement durable (voir A/71/304).

4. Les personnes handicapées ont besoin des mêmes services de promotion de la santé, soins préventifs, diagnostics, traitements et soins de réadaptation que les personnes non handicapées. Certaines ont également des besoins particuliers liés à leur handicap et à d'autres déterminants de la santé comme la pauvreté, la discrimination, la violence ou l'exclusion sociale. Si certains handicaps s'aggravent inévitablement au fil du temps, un environnement physique et social délétère peut aggraver une pathologie ou en alourdir les conséquences secondaires.

5. Les personnes handicapées doivent faire face à davantage de pauvreté, de discrimination, de violence, d'exclusion sociale et d'obstacles à l'accès aux services de santé que la population générale. Elles sont par conséquent plus susceptibles de tomber malades, donc de nécessiter des soins de santé. Elles sont par exemple plus exposées au risque de blessures involontaires, de développer des pathologies secondaires ou des troubles associés ou liés au vieillissement, de subir des violences

¹ Voir www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/SocialProtection.aspx (en anglais uniquement).

² Voir D. Bloom et D. Canning, *Population Health and Economic Growth*, Commission on Growth and Development, 2008. Disponible en anglais à l'adresse suivante : https://siteresources.worldbank.org/EXTPREMNET/Resources/489960-1338997241035/Growth_Commission_Working_Paper_24_Population_Health_Economic_Growth.pdf.

ou de mourir prématurément³. De même, elles ont davantage besoin que les autres de soins d'adaptation et de réadaptation, qui leurs sont indispensables pour rester en bonne santé, vivre en autonomie, être productives sur le plan économique et mener une vie digne. Certaines personnes handicapées ont besoin d'un meilleur accès aux soins spécialisés, en plus des services de soins de santé primaires.

6. Les personnes handicapées peuvent vivre longtemps, en bonne santé, et mener une vie active et productive. Être handicapé ne signifie pas être malade. La santé est un état dynamique, qui dépend de la combinaison du potentiel de chacun, des exigences de la vie quotidienne et de facteurs sociaux et environnementaux⁴. Quel que soit leur handicap ou leur pathologie, les personnes handicapées peuvent vivre en bonne santé si elles ont les moyens de se fixer et d'atteindre des objectifs, de satisfaire leurs besoins et de faire évoluer leur environnement, ou de s'y adapter⁵. En outre, il est important de reconnaître que la notion de handicap varie en fonction des époques, des cultures et des sociétés, et ne reflète que les valeurs et les normes propres à un lieu donné, à un moment donné⁶. Par ailleurs, de nombreuses personnes handicapées ne voient pas leurs différences comme des déficiences mais comme des aspects normaux et positifs de leur identité, ou comme un handicap uniquement perçu.

7. Depuis toujours, les personnes handicapées sont considérées uniquement comme des patients, et l'on accorde moins d'importance à leur opinion qu'à celle des spécialistes, en particulier des professionnels de santé. Selon le modèle médical du handicap, les personnes handicapées ne sont pas reconnues en tant que détentrices de droits mais sont plutôt « réduites » à leurs déficiences⁷. Le handicap étant perçu comme un problème médical, les sociétés se sont attachées à « réparer » et à « guérir » les personnes handicapées, sans tenir compte de leur volonté et de leurs préférences. Toutefois, à compter des années 60, le mouvement de défense des droits des handicapés a remis en cause le modèle médical et mis en avant l'incidence négative des barrières et de l'oppression sur la vie des personnes handicapées. Le handicap est aujourd'hui communément considéré comme une construction sociale qui résulte de l'interaction entre des personnes présentant des déficiences réelles ou supposées et les barrières comportementales et environnementales auxquelles elles font face. Il faut à présent cesser de plaindre et de chercher à traiter les personnes handicapées, et les reconnaître comme des membres à part entière d'une société plurielle.

8. La question de la prévention du handicap mérite des éclaircissements. Les États présentent souvent les engagements politiques et budgétaires qu'ils prennent en faveur des mesures de prévention primaire comme des investissements pour les droits des personnes handicapées. Si les mesures de santé publique destinées à prévenir les maladies et les handicaps dans la population générale sont un élément essentiel de la politique de santé publique de tout État, elles ne doivent pas être comptées dans les efforts de promotion des droits des personnes handicapées. Du point de vue des droits de l'homme, les États doivent veiller à ce que les personnes handicapées aient accès, au même titre que la population générale, aux services de promotion de la santé et de prévention, y compris la prévention des handicaps. Ils doivent en outre faire en sorte que les politiques et les programmes de promotion de la santé et de prévention ne

³ Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap* (2011), p. 53-60.

⁴ J. Bircher et E. G. Hahn, « Understanding the nature of health: new perspectives for medicine and public health. Improved wellbeing at lower costs », *F1000Research* 5:167 (2016). Disponible à l'adresse suivante : <https://f1000research.com/articles/5-167/v1>.

⁵ Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé, adoptée lors de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, tenue à Ottawa le 21 novembre 1986.

⁶ B. Ingstad et S. R. Whyte (dir.), *Disability and Culture*, University of California Press, 1995.

⁷ Comité des droits des personnes handicapées, Observation générale n° 6 (2018) (CRPD/C/GC/6), par. 8.

stigmatisent pas les personnes handicapées, car la stigmatisation a une incidence négative directe sur l'intégration et la participation de ces personnes à la société.

III. Le droit à la santé des personnes handicapées

9. Le droit à la santé est inscrit dans plusieurs instruments régionaux et internationaux relatifs aux droits de l'homme⁸. Il recouvre à la fois des libertés et des droits⁹. Les libertés comprennent le droit à la non-discrimination, le droit de prendre des décisions concernant sa propre santé et son intégrité physique, le droit au consentement libre et éclairé, le droit de ne pas être soumis sans son consentement à un traitement ou une expérience médicale et le droit de ne pas être soumis à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Les droits comprennent le droit d'accès aux soins de santé primaires et le droit d'accès aux médicaments essentiels. Le droit à la santé englobe également des déterminants fondamentaux tels que l'accès à l'eau potable, à l'assainissement, à une nourriture, une alimentation et un logement décentes, à un cadre de vie et un environnement de travail sains et à l'éducation et l'information relatives à la santé¹⁰.

10. Les États ont l'obligation de respecter, protéger et garantir le droit à la santé. Ils doivent à ce titre s'abstenir de desservir directement ou indirectement la santé des individus, prendre des mesures pour empêcher des tiers de la desservir et prendre des mesures positives pour aider les individus et les communautés à exercer leur droit à la santé. Ils doivent par ailleurs veiller à ce que les biens, les services et les équipements nécessaires aux soins de santé soient : disponibles en quantité suffisante (disponibilité), financièrement, géographiquement et physiquement accessibles à tous, sans discrimination, y compris l'information et les communications relatives à la santé (accessibilité), conformes à l'éthique médicale, culturellement acceptables et adaptés à chaque sexe et à chaque âge de la vie (acceptabilité), de bonne qualité et appropriés sur le plan scientifique et médical (qualité). Le droit à la santé suppose également que la population participe à l'ensemble des décisions relatives à la santé¹¹.

11. Le cadre normatif du droit à la santé protège les personnes handicapées au même titre que les autres. Toutefois, jusqu'à l'adoption de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, les mécanismes internationaux des droits de l'homme accordaient peu d'attention aux besoins de ces personnes en matière de santé. Ils ont même, en de très rares occasions, contribué à empêcher les personnes handicapées de jouir de certains aspects de leur droit à la santé¹². Par exemple, les Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins

⁸ Voir Déclaration universelle des droits de l'homme (art. 25.1), Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (art. 12), Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale [art. 5 e) iv)], Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (art. 11.1 f) et 12), Convention relative aux droits de l'enfant (art. 24), Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille [art. 28, 43.1 e) et 45.1 c)], Convention relative aux droits des personnes handicapées (art. 25), Charte sociale européenne (révisée) (art. 11), Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels (art.10) et Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (art. 16).

⁹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), (E/C.12/2000/4), par. 8.

¹⁰ Ibid., par. 11.

¹¹ Ibid.

¹² G. Quinn et T. Degener, « Human rights and disability: the current use and future potential of United Nations human rights instruments in the context of disability », Genève, HCDH, 2002. Disponible en français à l'adresse suivante : <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HRDisabilityfr.pdf>.

de santé mentale prescrivait pour ces personnes des niveaux de protection contre les violations des droits de l'homme dans les établissements de soin inférieurs à ceux prévus pour la population générale.

12. La Convention relative aux droits des personnes handicapées¹³ remplace les normes antérieures. Elle s'éloigne des visions médicales et paternalistes du handicap et adopte une approche fondée sur les droits de l'homme, dans laquelle les personnes handicapées sont des titulaires de droits, et non de simples bénéficiaires de protection, de soins de réadaptation ou d'aides sociales. Le handicap n'est plus considéré comme un problème médical mais comme une construction sociale. La Convention souligne la nécessité d'éliminer toutes les structures, barrières et pratiques sociales qui empêchent les personnes handicapées d'exercer pleinement leur droit de jouir du meilleur état de santé possible, sur un pied d'égalité avec la population générale.

13. De nombreuses dispositions de la Convention portent sur le droit à la santé ou sur les déterminants fondamentaux de la santé. L'article 25 de la Convention réaffirme que les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination. Cela couvre tous les éléments du cadre relatif au droit à la santé, y compris les libertés, les droits, la participation, le suivi et l'application du principe de responsabilité. L'article 25 contient également une liste non exhaustive de normes et d'obligations auxquelles les États doivent satisfaire pour mettre en œuvre le droit à la santé, notamment : garantir l'accès aux services de santé sexuelle et procréative ; garantir l'accès à des programmes de santé publique communautaires ; fournir ces services aux personnes handicapées aussi près que possible de leur communauté, y compris en milieu rural ; fournir des services de santé spécifiquement adaptés au handicap, notamment des services de prévention du handicap ; fournir aux personnes handicapées des soins de la même qualité que ceux dispensés aux autres, et notamment s'attacher à obtenir le consentement libre et éclairé des personnes handicapées concernées ; former les professionnels de santé et promulguer des règles déontologiques pour les secteurs public et privé de la santé ; garantir l'égalité d'accès à l'assurance santé et l'assurance-vie ; interdire le refus de d'administrer des soins, de la nourriture ou des liquides en raison d'un handicap.

14. L'alinéa d) de l'article 25 de la Convention mérite une attention particulière. Il porte sur le droit au consentement libre et éclairé aux expériences ou traitements médicaux, notamment le droit de refuser un traitement, qui est largement reconnu en droit international des droits de l'homme¹⁴. Bien qu'il constitue un élément essentiel du droit à la santé et du droit de ne pas être soumis à la torture et à des mauvais traitements, ce droit est souvent refusé aux personnes handicapées. Par exemple, les articles 6 et 7 de la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine, adoptée en 1997 par le Conseil de l'Europe, prévoient des exceptions au droit des personnes handicapées de ne pas être hospitalisées ou soumises à des expériences médicales sans leur consentement. De même, certains organes conventionnels et procédures spéciales de l'ONU ont justifié le recours à la coercition, notamment des traitements et des hospitalisations sans consentement, le placement en isolement, l'usage de moyens de contention et la stérilisation forcée dans la prise en charge des personnes handicapées en invoquant la « nécessité médicale » ou la « dangerosité » (voir par exemple [CCPR/C/GC/35](#) et [A/HRC/22/53](#)). Ces pratiques et cette jurisprudence sont contraires aux dispositions de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, qui

¹³ Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 2515, n° 44910.

¹⁴ Pacte international relatif aux droits civils et politiques (art. 7), Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme (articles 5 et 6) et Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine (art. 5). Le droit au consentement libre et éclairé a également été associé au droit à la sûreté de la personne, au droit de ne pas être soumis à la torture ou à des traitements cruels, inhumains ou dégradants, au droit à la vie privée et le droit de jouir du meilleur état de santé possible.

interdit toute forme de coercition sur la base d'une déficience réelle ou supposée, même si d'autres facteurs ou critères sont utilisés pour la justifier.

15. Par ailleurs, l'alinéa d) de l'article 25 de la Convention prévoit qu'il soit exigé des professionnels de la santé qu'ils dispensent aux personnes handicapées des soins de la même qualité que ceux dispensés aux autres, notamment qu'ils obtiennent le consentement libre et éclairé des personnes handicapées concernées, une obligation renforcée par le fait que la personnalité juridique des personnes handicapées est universellement reconnue dans des conditions d'égalité (art. 12) et que la privation de liberté fondée sur le handicap, y compris l'hospitalisation sans consentement, est strictement interdite (art. 14). Le Comité des droits des personnes handicapées a souligné que les États parties avaient l'obligation de ne pas autoriser les personnes habilitées à prendre des décisions pour le compte de personnes handicapées (les tuteurs, par exemple) à donner leur consentement à leur place¹⁵. Des régimes de prise de décisions accompagnée doivent être proposés et les professionnels de la santé doivent faire en sorte que les aidants respectent la volonté et les préférences des personnes handicapées et ne se substituent pas à elles dans la prise des décisions les concernant ni n'exercent une influence abusive sur ces décisions¹⁶. Lorsqu'en dépit d'efforts significatifs à cette fin, il n'est pas possible d'obtenir le consentement libre et éclairé d'une personne handicapée ou de déterminer sa volonté et ses préférences, on recourra, en dernier ressort, à « l'interprétation optimale de la volonté et des préférences »¹⁷.

16. D'autres dispositions de la Convention viennent compléter l'article 25. L'article 5 interdit toute forme de discrimination, y compris en matière de soins de santé ; l'article 9 prescrit l'accessibilité de tous les établissements médicaux, des transports, de l'information et des communications et des services ; l'article 10 réaffirme le droit à la vie des personnes handicapées ; les articles 15 et 17 reconnaissent le droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et le droit à l'intégrité de la personne, y compris le droit de ne pas être soumis à un traitement médical sans son consentement ; l'article 19 couvre le droit à l'autonomie de vie et à l'inclusion dans la société, qui s'oppose à la ségrégation et au placement dans des établissements de soins ; l'article 22 reconnaît le droit à la vie privée, notamment à la confidentialité des informations relatives à la santé ; l'article 23 énonce le droit des personnes handicapées d'avoir accès à l'éducation en matière de procréation et de planification de la famille, de conserver leur fertilité et de décider du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances, qui exclut la stérilisation forcée ; l'article 21 traite de l'accès à l'information, qui permet de lutter contre le manque d'éducation à la santé ; l'article 28 consacre le droit à un niveau de vie adéquat et le droit à la protection sociale, qui couvrent les déterminants sociaux de la santé.

17. L'article 26 de la Convention vient compléter l'obligation de garantir aux personnes handicapées les services de santé dont celles-ci ont besoin en raison spécifiquement de leur handicap. Il impose aux États Parties de mettre en place des services et programmes complets d'adaptation et de réadaptation¹⁸, notamment dans

¹⁵ Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 1 (2014) (CRPD/C/GC/1), par. 41.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Ibid., par. 21.

¹⁸ L'adaptation et la réadaptation englobent un vaste panel de services permettant aux personnes handicapées d'atteindre et de conserver le maximum d'autonomie, de réaliser pleinement leur potentiel physique, mental, social et professionnel, et de parvenir à la pleine intégration et à la pleine participation à tous les aspects de la vie. L'adaptation désigne les services destinés aux personnes handicapées de naissance ou au début de leur vie, tandis que la réadaptation recouvre les services destinés aux personnes qui ont été touchées par le handicap plus tard dans la vie.

le secteur de la santé, pour permettre aux personnes handicapées d'atteindre et de conserver le maximum d'autonomie, de réaliser pleinement leur potentiel physique, mental, social et professionnel, et de parvenir à la pleine intégration et à la pleine participation à tous les aspects de la vie. Ces services et programmes doivent commencer au stade le plus précoce possible ; être fondés sur une évaluation pluridisciplinaire des besoins et des atouts de chacun ; faciliter la participation et l'inclusion des personnes handicapées ; être librement acceptés et être mis à la disposition des personnes handicapées aussi près que possible de leur lieu de résidence. L'article 26 impose en outre aux États de former les professionnels et personnels qui travaillent dans les services d'adaptation et de réadaptation, et de favoriser l'offre, la connaissance et l'utilisation d'appareils et de technologies d'aide.

18. Le droit à la santé recouvre à la fois des obligations à effet immédiat et une obligation de réalisation progressive. Les premières comprennent des obligations fondamentales telles que la non-discrimination ; le droit de ne pas être soumis à une expérience ou un traitement médical sans consentement ; l'accès à la nourriture, à des moyens élémentaires d'hébergement, au logement, à l'assainissement et à une eau salubre et potable ; l'accès aux soins de santé primaires et aux médicaments¹⁹. La seconde impose aux États l'obligation d'œuvrer aussi rapidement et aussi efficacement que possible, et en y consacrant le maximum de ressources disponibles, y compris celles fournies au titre de la coopération internationale, à la pleine réalisation du droit à la santé²⁰. Les mesures à prendre à cet effet doivent avoir un caractère délibéré et concret²¹ et inclure l'adoption d'indicateurs et de niveaux de référence qui permettent de suivre dûment les progrès accomplis au fil du temps. De l'avis de la Rapporteuse spéciale, l'accès aux services d'adaptation et de réadaptation, aux équipements d'assistance et aux services de santé essentiels dont ont besoin les personnes handicapées en raison de leur handicap doit être considéré comme une obligation fondamentale, qui par nature ne peut pas être mis en œuvre progressivement.

19. Les États ont l'obligation de protéger les personnes handicapées contre les violations de leur droit à la santé sur leur territoire et/ou sous leur juridiction. La Convention impose aux États parties de prendre toutes mesures appropriées pour éliminer la discrimination fondée sur le handicap pratiquée par toute personne, organisation ou entreprise privée [art. 4.1 e)] et de faire en sorte que les organismes privés qui offrent des installations ou des services qui sont ouverts ou fournis au public prennent en compte tous les aspects de l'accessibilité [art. 9.2 b)]. Les États doivent prévenir, punir et réparer les violations des droits de l'homme commises par des acteurs non étatiques dans le secteur privé, conformément aux Principes directeurs relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme (A/HRC/17/31, annexe).

20. Tenir l'engagement de ne pas faire de laissés-pour-compte suppose que toutes les personnes handicapées puissent jouir de l'ensemble des possibilités offertes par le Programme de développement durable à l'horizon 2030 (résolution 70/1 de l'Assemblée générale), et que les différents objectifs liés à la santé, qui constituent autant de tremplins pour promouvoir le droit à la santé des personnes handicapées, soient respectés. La Convention relative aux droits des personnes handicapées offre des orientations normatives pour la mise en œuvre des objectifs de développement durable dans une perspective axée sur les droits de l'homme. Conformément à ce qui est souligné dans l'objectif 17, les données ventilées sont indispensables pour déterminer si les personnes handicapées sont désavantagées dans l'accès aux soins.

¹⁹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 (2000), (E/C.12/2000/4), par. 43.

²⁰ Ibid., par. 31 et 32.

²¹ Ibid., par. 30.

IV. Problèmes et préoccupations

21. La Rapporteuse spéciale a identifié trois problèmes majeurs qui pèsent sur l'exercice du droit à la santé des personnes handicapées : a) les inégalités d'accès à la santé et aux soins ; b) les obstacles à l'accès aux soins de santé ; c) les violations des droits fondamentaux dans le cadre des soins de santé.

A. Les inégalités d'accès à la santé et aux soins

22. Les personnes handicapées font face à d'importantes inégalités en matière de santé et de soins. Les pathologies secondaires et la comorbidité, notamment les maladies chroniques comme l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires ou le diabète, sont fréquentes chez les personnes handicapées. Si certaines de ces maladies sont liées au handicap, les inégalités d'accès aux soins de santé, à l'éducation sanitaire et aux ressources économiques sont à l'origine de nombre d'entre elles ou contribuent à les aggraver. Des études ont par exemple démontré que les personnes atteintes d'un handicap intellectuel mouraient en moyenne 15 à 20 ans plus tôt que le reste de la population, en raison, dans une large mesure, de négligences, d'une prise en charge insuffisante et du fait qu'elles ne participent pas régulièrement aux activités de dépistage, de prévention ou de promotion de la santé²². De même, l'espérance de vie des adultes souffrant d'un handicap psychosocial est de 20 à 25 ans inférieure à celle de la population générale, en raison de multiples facteurs, notamment des troubles somatiques associés à la prise de neuroleptiques²³.

23. En outre, les personnes handicapées sont notablement plus susceptibles que les autres de nécessiter des soins de santé et sont aussi plus nombreuses à signaler qu'elles n'ont pas accès à ces services²⁴. Une étude a par exemple montré que les besoins en soins de santé non satisfaits sont trois fois plus élevés chez les personnes handicapées que chez les personnes sans handicap²⁵. Il apparaît également que les personnes handicapées sont désavantagées dans l'accès aux soins primaires, ce qui les maintient dans un cycle perpétuel de problèmes de santé. Bien souvent, les enfants handicapés ne reçoivent pas les traitements élémentaires pour les maladies infantiles communes, qui peuvent être mortelles si elles ne sont pas traitées²⁶. Il est faux de penser que les personnes handicapées ont avant tout besoin de soins spécialisés : elles ont essentiellement besoin de soins de santé primaires.

24. Les personnes handicapées ont un accès limité aux services d'adaptation et de réadaptation. Bien que de multiples catégories de personnes aient besoin de services de réadaptation, les personnes handicapées, tous handicaps confondus, y ont généralement peu accès²⁷. Ces services recouvrent notamment la physiothérapie, l'orthophonie et la réadaptation psychosociale. Ils sont particulièrement limités dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où, dans certains cas, seules 3 % à 5 % des

²² Health Quality Improvement Partnership, *The Learning Disabilities Mortality Review*, rapport annuel 2017.

²³ S. Saha *et al.*, « A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? », *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, n° 10, 2007, p. 1123 à 1131.

²⁴ OMS et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap*, 2011, p. 60 à 62.

²⁵ M. A. McColl *et al.*, « Unmet health care needs of people with disabilities: population level evidence », *Disability and Society*, vol. 25, n° 2, 2010, p. 205 à 218.

²⁶ OMS et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), « Early Childhood Development and Disability : a discussion paper », 2012, p. 17.

²⁷ T. Shakespeare, T. Bright et H. Kuper, « Access to health for persons with disabilities », Document de travail commandé par la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, 2018, p. 21 à 26. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <http://disabilitycentre.lshtm.ac.uk/resources>.

personnes handicapées en bénéficient²⁸. En outre, les chiffres montrent que, dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, seules 5 % à 15 % des personnes handicapées ayant besoin d'appareils et de technologies d'assistance y ont accès²⁹.

25. Les personnes handicapées se heurtent à d'importants obstacles dans l'accès aux services de soins de santé spécialisés, qui sont indispensables pour nombre d'entre elles. Par exemple, un grand nombre de nouveau-nés présentant des anomalies congénitales comme le spina bifida ou l'hydrocéphalie meurent avant l'âge d'un mois par manque de soins spécialisés³⁰. De même, l'absence de diagnostics précis et de traitements efficaces pour la majorité des maladies rares est un problème d'ampleur mondiale³¹.

26. De manière générale, les personnes handicapées ne sont pas concernées par les stratégies de promotion de la santé et de prévention sanitaire. Les enfants handicapés sont souvent exclus des programmes de vaccination, même dans les pays où les taux de vaccination ont augmenté de façon spectaculaire³². Plusieurs études ont montré que les femmes handicapées avaient un accès limité aux services de dépistage du cancer³³. Les personnes atteintes d'albinisme n'ont pas accès à la protection solaire dont elles ont besoin. Les personnes sourdes ont d'importantes lacunes en matière d'information liée à la prévention. De même, les initiatives qui visent à promouvoir des comportements sains, tels que l'exercice physique régulier et une bonne alimentation, ne sont généralement pas accessibles aux personnes handicapées et ne tiennent que peu compte de leurs besoins spécifiques³⁴.

27. Bien que les personnes handicapées aient une vie sexuelle aussi active que les autres, elles ont peu accès aux services de santé sexuelle et procréative. Plusieurs études ont montré que les personnes handicapées avaient moins accès que les autres à des services de qualité, notamment à l'éducation et aux connaissances relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits associés à celle-ci³⁵. Les jeunes handicapés, par exemple, en savent généralement moins que les jeunes non handicapés sur la transmission et la prévention du VIH³⁶. Les femmes et les filles handicapées signalent par ailleurs que les services de soins prénatals et gynécologiques ne satisfont généralement ni leurs besoins ni leurs attentes³⁷.

28. Les personnes handicapées font face à de graves inégalités en matière de santé bucco-dentaire et d'accès aux soins dentaires. En matière de soins dentaires, la plupart des besoins des personnes handicapées sont similaires à ceux de la population

²⁸ Ibid., p. 24.

²⁹ OMS, fiche d'information sur les technologies d'assistance, 18 mai 2018, <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology>.

³⁰ OMS, fiche d'information sur les anomalies congénitales, 7 septembre 2016, <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>.

³¹ Commission européenne, « Rare diseases – a major unmet medical need », 2017, p. 9.

³² UNICEF, « Disability prevention efforts and disability rights : finding common ground on immunization efforts », document de travail, disponible en anglais à l'adresse suivante : www.unicef.org/disabilities/files/UNICEF_Immunization_and_Disability_Paper_FINAL.pdf.

³³ J. Angus *et al.*, « Access to cancer screening for women with mobility disabilities », *Journal of Cancer Education*, vol. 27, n° 1, mars 2012, p. 75 à 82 ; K. Peters *et al.*, « Barriers to breast cancer screening in Australia : experiences of women with physical disabilities », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 24, n° 3 et 4, mars 2012, p. 563 à 572.

³⁴ J. H. Rimmer, « Health promotion for people with disabilities : the emerging paradigm shift from disability prevention to prevention of secondary conditions », *Physical Therapy*, vol. 79, n° 5, 1^{er} mai 1999, p. 495 à 502.

³⁵ S. H. Braathen, P. Rohleder et G. Azalde, « Sexual and reproductive health and rights of girls with disabilities : a review of the literature », SINTEF, 2017, p. 13 à 15. Disponible en anglais à l'adresse suivante : www.sintef.no.

³⁶ Ibid., p. 13 et 14.

³⁷ Ibid., p.16.

générale, simples et traitables dans des établissements de soins primaires locaux³⁸. Les personnes handicapées sont néanmoins plus sujettes aux maladies bucco-dentaires que le reste de la population, et leurs besoins en matière de soins dentaires sont moins bien satisfaits que ceux des autres³⁹. Des taux particulièrement élevés d'affections dentaires non traitées ont été observés chez les personnes handicapées nécessitant beaucoup d'assistance et chez celles qui étaient placées en institutions⁴⁰.

29. Bien souvent, les personnes handicapées ne reçoivent pas les soins de santé mentale qu'elles recherchent ou dont elles ont besoin. Comme l'a signalé le Rapporteur spécial sur le droit à la santé, il existe un « ensemble d'obstacles » d'une ampleur alarmante qui entrave la réalisation du droit à la santé mentale, notamment l'hégémonie du « modèle biomédical », l'inégalité des rapports de force et l'utilisation partielle des preuves scientifiques dans le domaine de la santé mentale (voir A/HRC/35/21). Cette approche de la santé mentale a contribué à la stigmatisation, à l'exclusion, à la négligence, à la coercition et à la maltraitance des personnes handicapées, en particulier celles qui souffrent d'un handicap psychosocial ou intellectuel, de démence et d'autisme, et a restreint les initiatives politiques visant à fournir des soins de santé mentale et un soutien psychosocial aux personnes qui souhaitaient être prises en charge. L'argent public consacré aux services de santé mentale est pour l'essentiel alloué aux établissements de soins, en particulier aux hôpitaux psychiatriques et aux résidences médicalisées. Les services psychosociaux communautaires et non coercitifs sont très peu financés⁴¹.

30. Les déterminants fondamentaux de la santé sont eux aussi préoccupants. Les personnes handicapées risquent davantage que les autres de tomber dans la pauvreté et l'exclusion sociale, qui augmentent elles-mêmes leur risque de tomber malade et de rencontrer des obstacles dans l'accès aux soins. Les personnes handicapées sont également plus exposées à la violence (voir A/70/297). Les adultes handicapés sont deux fois plus susceptibles de subir des violences que les personnes non handicapées, six fois plus dans le cas des adultes souffrant d'un handicap psychosocial⁴². Les enfants handicapés ont six fois plus de risques que les autres de subir des violences et des mauvais traitements⁴³. Les enfants qui souffrent d'un handicap psychosocial ou intellectuel sont plus souvent auteurs et victimes de violences que les enfants qui souffrent d'autres handicaps. En outre, de nombreux problèmes de santé courants chez les enfants handicapés sont imputables au manque d'accès aux déterminants fondamentaux de la santé tels que l'eau potable, les moustiquaires et les aliments riches en nutriments⁴⁴.

B. Obstacles à l'accès aux services de santé

31. La stigmatisation et les stéréotypes attachés aux personnes handicapées constituent pour ces dernières des obstacles majeurs à l'accès aux soins de santé. Bien que le contraire soit démontré, les idées reçues au sujet de la santé des personnes handicapées ont conduit les autorités à partir du principe que ces personnes ne

³⁸ Fédération dentaire internationale, « Oral health and dental care of people with disabilities », déclaration de politique générale adoptée par l'assemblée générale de la Fédération, Poznań (Pologne), septembre 2016.

³⁹ D. Faulks *et al.*, « The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health », *European Journal of Dental Education*, vol. 16, 2012, p. 195 à 201.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ OMS, *Mental Health Atlas 2014*, Genève, 2015, p. 31.

⁴² T. Shakespeare, T. Bright et H. Kuper, « Access to health for persons with disabilities » (voir note 27 ci-dessus), p. 8.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ UNICEF, « Disability prevention efforts and disability rights » (voir note 32 ci-dessus), p. 3.

pouvaient pas être prises en charge par les services de santé primaires, ou qu'elles n'étaient pas de bons candidats pour les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies. La stigmatisation et les stéréotypes sont également responsables de comportements négatifs et hostiles de la part des professionnels de la santé. Ils contribuent par exemple dans une large mesure à limiter l'accès des filles et des jeunes femmes handicapées à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation (voir A/72/133). En outre, la honte et les stigmates associés au handicap empêchent les personnes handicapées et leurs familles de solliciter une prise en charge médicale ou de réadaptation.

32. Il faut repenser et revoir les normes et les instruments internationaux relatifs à la santé susceptibles d'aggraver la stigmatisation et la pathologisation du handicap. Les outils diagnostiques et les instruments de classification tels que la Classification internationale des maladies et le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders peuvent renforcer la stigmatisation et décourager certaines personnes de solliciter une prise en charge médicale, par peur d'être cataloguées⁴⁵. De même, les indicateurs utilisés dans le domaine de la santé, tels que l'année de vie gagnée pondérée par sa qualité et l'année de vie corrigée du facteur incapacité, qui sont largement utilisés pour estimer la longévité et la bonne santé dans le contexte de l'allocation de ressources, sont discutables en raison des répercussions éthiques des coefficients de pondération du handicap et de leurs conséquences sur les politiques de santé⁴⁶.

33. Les personnes handicapées ont un accès limité aux services d'adaptation et de réadaptation. D'après les données dont on dispose, la demande de services de réadaptation serait bien supérieure à l'offre disponible⁴⁷. Là où ces services sont disponibles, ils ont été concentrés de manière disproportionnée dans les hôpitaux et insuffisamment répartis à l'échelle locale. Les thérapies physiques sont par ailleurs plus largement disponibles que d'autres types de thérapie, comme la rééducation orthophonique. Le nombre limité des professionnels de la réadaptation (physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, optométristes, audiologistes ou généralistes offrant des services de réadaptation), et le fait qu'ils soient concentrés dans les zones urbaines sont aussi des obstacles de taille pour les personnes qui ont besoin de leurs services, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire⁴⁸, où le nombre de spécialistes et l'offre de soins spécialisés sont généralement limités.

34. L'accès des personnes handicapées aux soins de santé est également entravé par l'inaccessibilité physique des bâtiments, du matériel et des services. Les distances entre le domicile et les établissements de soins de santé dans les régions rurales et éloignées constituent un obstacle important pour les personnes handicapées, qui sont pauvres, n'ont pas accès à des moyens de transport peu coûteux et ne bénéficient pas du soutien de leurs proches ou de leur communauté. Parmi les autres obstacles fréquemment rencontrés, on peut citer l'absence d'informations accessibles sous des formes appropriées (en braille ou en termes simples), les problèmes de communication (absence d'interprétation en langue des signes, personnel non formé

⁴⁵ D. Ben-Zeev *et al.*, « DSM-V and the stigma of mental illness », *Journal of Mental Health*, vol. 19, n° 4, 2010, p. 318 à 327.

⁴⁶ D. A. Pettitt *et al.*, « The limitations of QALY : a literature review », *Journal of Stem Cell Research and Therapy*, vol. 6, n° 4, 2016, p. 4 ; R. Parks, « The rise, critique and persistence of the DALY in global health », *The Journal of Global Health* (1^{er} avril 2014), disponible en anglais à l'adresse suivante : www.gjournal.org/the-rise-critique-and-persistence-of-the-daly-in-global-health.

⁴⁷ OMS, « The need to scale up rehabilitation », disponible en anglais à l'adresse suivante : www.who.int/disabilities/care/NeedToScaleUpRehab.pdf?ua=1.

⁴⁸ OMS et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap*, 2011, p. 66.

à communiquer avec des enfants ou des adultes souffrant d'un handicap intellectuel), l'attitude des proches et des aidants qui filtrent l'information et contrôlent les soins, et l'isolement des personnes handicapées qui séjournent dans des établissements, des camps, des structures familiales ou des foyers d'accueil (voir A/72/133).

35. Les personnes handicapées se heurtent également à d'importants obstacles financiers à l'accès aux soins. Bien que leurs frais de santé soient souvent plus élevés que ceux de la population générale, elles sont moins souvent employées et en moyenne plus pauvres que les personnes non handicapées. D'après les chiffres disponibles, 51 % à 53 % des personnes handicapées n'ont pas les moyens de payer leurs soins de santé, contre 32 % à 33 % des personnes non handicapées⁴⁹. Leur risque de subir des dépenses de santé catastrophiques (c'est-à-dire que le reste-à-charge dépasse les revenus du ménage) et de tomber dans la pauvreté est également 50 % plus élevé⁵⁰. Le prix élevé des médicaments et le manque d'accès aux médicaments génériques constituent également des obstacles importants pour celles qui doivent prendre des traitements de longue durée.

36. Un autre obstacle majeur à l'accès aux soins est la discrimination dont sont victimes les personnes handicapées dans le cadre de l'assurance santé. Les compagnies d'assurance refusant fréquemment d'assurer les personnes handicapées en raison de problèmes de santé préexistants, les taux de couverture sont généralement faibles. La discrimination peut également se produire dans la manière dont les régimes d'assurance sont conçus : plafonnement de la couverture ou du montant des prestations dont une personne handicapée peut bénéficier, augmentation exponentielle du montant de la prime d'assurance, etc. Ces pratiques constituent des violations de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

37. L'acceptabilité et la qualité des services de santé posent également problème. Les services et les programmes de santé ne sont généralement pas adaptés à la diversité des personnes handicapées, notamment en ce qui concerne le respect des différences de sexe, d'âge et de culture. En effet, de nombreux enfants handicapés se retrouvent sans prise en charge une fois adultes en raison du manque de spécialistes disponibles ou de la réticence des médecins généralistes à traiter des personnes handicapées. En outre, la confidentialité et la vie privée des personnes handicapées ne sont pas toujours respectées dans le cadre des soins. Les personnes sourdes doivent par exemple souvent faire appel à des proches pour leur servir d'interprètes et subissent donc régulièrement des atteintes à leur vie privée⁵¹. Par ailleurs, dans de nombreux pays, l'accès aux soins de santé et à des services de réadaptation est conditionné à l'obtention d'une attestation de handicap, ce qui constitue une obligation arbitraire.

C. Violations des droits fondamentaux dans le cadre des soins de santé

38. Dans de nombreux pays, les personnes handicapées se voient refuser l'accès aux soins en raison de leur handicap. Si les raisons invoquées vont d'un manque d'accessibilité à une couverture sanitaire insuffisante, ces pratiques reposent pour l'essentiel sur l'idée que les personnes handicapées sont moins importantes ou ne jouissent pas de la même qualité de vie que les non-handicapés. Leurs troubles et symptômes sont souvent considérés comme inhérents à leur handicap et ne sont par

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Ibid., p.67.

⁵¹ Y. Bat-Chava *et al.*, « Barriers to HIV/AIDS knowledge and prevention among deaf and hard-of-hearing people », *AIDS Care*, vol. 17, n° 5, 2005, p. 623 à 634.

conséquent pas traités. Plus grave encore, leur prise en charge est souvent jugée inutile. Nombre d'entre eux – enfants comme adultes – ne se voient pas proposer ou se voient refuser certains traitements jugés inutiles et injustifiés, y compris des traitements vitaux ou susceptibles de prolonger leur vie. Une étude a par exemple révélé que de nombreux soignants n'étaient pas favorables à la pratique d'interventions d'urgence standard telles que la thoracotomie sur des patients souffrant de lésions récentes de la moelle épinière⁵². Le fait de ne pas garantir l'accès à des traitements vitaux et à des médicaments permettant de soulager la douleur et la souffrance porte atteinte aux droits à la vie, à la santé et à la protection contre les traitements inhumains et dégradants.

39. Le déni de consentement libre et éclairé est une atteinte courante au droit à la santé des personnes handicapées. Les procédures de consentement éclairé s'appuient généralement sur des formulaires papier, que les personnes aveugles ou nécessitant une aide à l'interprétation ou à la communication ne peuvent remplir. La plupart des législations nationales, en particulier les lois sur la santé mentale, prévoient l'hospitalisation et le traitement sans consentement des personnes handicapées sur la seule base de leur handicap réel ou supposé, ou en association avec d'autres facteurs comme la « nécessité médicale » et la « dangerosité ». Dans de nombreux pays, les tuteurs et aidants familiaux sont autorisés à prendre des décisions concernant le traitement des personnes handicapées au nom de celles-ci, y compris pour des procédures expérimentales. On observe par ailleurs une augmentation des obligations de soins ambulatoires, ce qui non seulement accroît le risque d'intervention non consentie mais rend également possibles d'autres formes d'abus comme l'imposition de couvre-feux ou d'interdictions⁵³. Les taux d'hospitalisation et de traitement sans consentement sont exceptionnellement élevés dans les pays à haut revenu et augmentent rapidement dans plusieurs pays d'Europe⁵⁴. Dans ce contexte, l'introduction de médicaments psychotropes munis d'un capteur numérique permettant d'en détecter l'ingestion (« pilules numériques ») est très préoccupante compte tenu des pratiques coercitives qu'ils peuvent entraîner. Il convient de souligner que les pratiques coercitives ont non seulement des conséquences sociales et psychologiques, mais aussi un impact négatif sur la santé physique.

40. Les personnes handicapées, en particulier les filles et les femmes, sont exposées à de graves violations de leurs droits fondamentaux dans l'exercice de leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative. Elles ne sont généralement pas libres de leurs décisions dans ce domaine et sont régulièrement exposées à la violence, à la maltraitance et à des pratiques néfastes, dont la contraception, l'avortement et la stérilisation forcés (voir [A/72/133](#)). Les faits montrent que la stérilisation des femmes et des filles souffrant de déficiences intellectuelles et psychosociales demeure une pratique très répandue⁵⁵. Celles qui ont des enfants courent le risque de s'en voir retirer la garde par les autorités ou des membres de leur famille⁵⁶. Les femmes placées sous tutelle ou en institution ont un risque majoré d'être soumises à de telles pratiques.

⁵² K. A. Gerhart *et al.*, « Quality of life following spinal cord injury : knowledge and attitudes of emergency care providers », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 23, n° 4 (1994), p. 807 à 812.

⁵³ A. Molodynsky *et al.*, *Coercion in Community Mental Health Care : International Perspectives*, Oxford University Press, 2016.

⁵⁴ H. J. Salize *et al.*, « Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union », *British Journal of Psychiatry*, vol. 184, n° 2 (février 2004), p. 163 à 168 ; Ministère britannique de la santé et de la protection sociale, « The independent review of the Mental Health Act », rapport périodique, mai 2018.

⁵⁵ L. Servais *et al.*, « Sterilisation of intellectually disabled women », *European Psychiatry*, vol. 19, n° 7 (2004), p. 428 à 432 ; L. Lennerhed, « Sterilisation on eugenic grounds in Europe in the 1930s : news in 1997 but why? », *Reproductive Health Matters*, vol. 5, n° 10 (1997), p. 156 à 161.

⁵⁶ T. Shakespeare *et al.*, « Access to health for persons with disabilities » (voir note 27 ci-dessus),

41. L'efficacité d'un nombre croissant de traitements et d'interventions est jugée incertaine ou controversée. C'est notamment le cas de l'électroconvulsivothérapie, de la psychochirurgie, des traitements expérimentaux de détoxification du mercure, des thérapies comportementales agressives et du packing pour les enfants autistes, de l'éducation conductive pour les enfants atteints de paralysie cérébrale et des techniques d'allongement des membres pour ceux souffrant d'un trouble de la croissance⁵⁷. Nombre de ces interventions étant invasives, douloureuses et irréversibles, elles peuvent être assimilées à de la torture ou à de la maltraitance en l'absence de consentement. S'agissant d'enfants, ces pratiques portent également atteinte au principe de respect du développement des capacités de l'enfant handicapé et au droit de celui-ci à préserver son identité.

42. Les personnes handicapées sont aussi souvent victimes d'exploitation, de violence et de maltraitance dans le cadre de leur traitement. L'isolement et la contention, notamment chimique, sont souvent utilisés dans les services de santé mentale. Ces pratiques n'ont pas d'objectif thérapeutique et traduisent généralement un manque de soutien à l'égard de personnes en proie à une crise émotionnelle ou une grande détresse (voir A/HRC/37/56). Elles servent aussi de punition pour forcer les patients à suivre leur traitement et à prendre leurs médicaments. De même, la surmédication des autistes, des personnes souffrant de handicaps psychosociaux et des personnes âgées handicapées est une pratique répandue pouvant entraîner une somnolence, des blessures, des troubles cognitifs ou comportementaux et même la mort. Comme toutes les personnes placées en établissement spécialisé, les personnes handicapées sont exposées à un risque élevé de violences physiques et sexuelles et d'exploitation dans des lieux tels que les institutions psychiatriques, les maisons de retraite et les centres spécialisés pour enfants.

D. Discrimination multiple et croisée

43. Les personnes handicapées forment une catégorie hétérogène au sein de laquelle on distingue un large éventail de handicaps et de traits identitaires comme la race, la couleur, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, la langue, la religion, l'origine nationale, ethnique, autochtone ou sociale et l'âge. La combinaison de ces caractéristiques renforce encore les inégalités en matière de santé et les obstacles à la prise en charge des patients. La barrière de la langue, par exemple, est particulièrement problématique pour les migrants, les réfugiés et les demandeurs d'asile handicapés, tandis que les obstacles financiers posent notamment problème à certains groupes comme les Roms et les autochtones handicapés⁵⁸.

44. Les études montrent invariablement que les femmes handicapées ont moins accès aux services de santé que les femmes non handicapées et que les hommes handicapés⁵⁹. Elles bénéficient en outre d'une prise en charge et de soins préventifs de moins bonne qualité. Elles sont aussi plus exposées à la violence, à la maltraitance, à la négligence et aux violations de leurs droits fondamentaux dans l'exercice de leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative. Les femmes lourdement

p. 31.

⁵⁷ Ibid., p. 10.

⁵⁸ Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, *Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare*, 2013, p. 47 à 51.

⁵⁹ D. L. Smith, « Disparities in health care access for women with disabilities in the United States from the 2006 National Health Interview Survey », *Disability and Health Journal*, vol. 1, n° 2, 2008, p. 79 à 88 ; D. Sakellariou *et al.*, « Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK : secondary analysis of cross-sectional data », *BMJ Open*, vol. 7, n° 8, 2017.

handicapées sont davantage exposées à une prise en charge insuffisante et aux violations de leurs droits fondamentaux dans le cadre de leur parcours de soins.

45. Un grand nombre d'enfants et de personnes âgées handicapés déclarent également ne pas recevoir tous les soins nécessaires. Nombre d'entre eux sont placés en institution, ce qui réduit considérablement leurs chances de recevoir des soins et une nourriture adaptés, et leur fait courir un risque accru de comorbidité⁶⁰. Ils sont aussi particulièrement susceptibles de se voir prescrire des traitements sans que leur consentement préalable éclairé n'ait été recueilli. Les personnes handicapées doivent avoir accès aux mêmes soins de santé, qu'elles soient ou non placées dans des établissements de soins.

46. Ces dernières années, en outre, le nombre de diagnostics d'autisme, de trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité et d'autres pathologies a crû de façon exponentielle chez les enfants, entraînant une forte augmentation des prescriptions de stimulants et autres psychotropes. Ces pratiques traduisent généralement une conception obsolète du handicap ainsi qu'un manque de soutien adapté. La Rapporteuse spéciale souligne que la pathologisation et la médicalisation des enfants handicapés est une pratique inacceptable qui porte atteinte au principe de respect de la différence et de la diversité humaine.

47. L'accès aux soins de santé est très difficile pour les personnes handicapées privées de liberté ou vivant dans des camps de réfugiés en raison du manque d'installations accessibles et d'aides à la communication. La prise en charge des urgences et des personnes nécessitant des traitements spécialisés ou chirurgicaux est particulièrement problématique.

V. Appliquer le droit des personnes handicapées à la santé

48. Les États peuvent prendre un certain nombre de dispositions pour renforcer l'application du droit des personnes handicapées à la santé, notamment revoir leur cadre légal et politique, adopter des mesures concrètes en matière de couverture sanitaire universelle, d'accessibilité, de non-discrimination et de participation à la vie sociale, et consacrer des ressources à la mise en œuvre de ces mesures.

A. Cadre légal

49. Les États doivent se doter d'un cadre législatif et réglementaire propice à l'application effective du droit des personnes handicapées à la santé. Les lois de protection de la santé publique doivent être examinées à la lumière du cadre international relatif au droit à la santé et selon une démarche axée sur les droits fondamentaux des personnes handicapées. Il s'agit notamment de s'assurer que les biens, les services et les équipements nécessaires aux soins de santé sont disponibles, accessibles, abordables et de bonne qualité pour les personnes souffrant de handicap. Les dispositions visant à interdire à ces dernières l'accès à certains services, y compris de santé sexuelle et procréative, ou à le restreindre, doivent être modifiées pour promouvoir un accès universel et équitable.

50. Les États doivent immédiatement abroger toutes les lois discriminatoires qui permettent l'hospitalisation et le traitement des personnes handicapées sans leur

⁶⁰ K. Maclean, « The impact of K. institutionalization on child development », *Development and Psychopathology*, vol. 15, n° 4, 2003, p. 853 à 884 ; F. D. Wolinsky *et al.*, « The risk of nursing home placement and subsequent death among older adults », *Journal of Gerontology*, vol. 47, n° 4, 1992, p. 173 à 182.

consentement libre et éclairé ou sur décision d'un tiers, notamment d'un tuteur, d'un parent ou d'un professionnel de la santé, et veiller à ce que celles-ci puissent bénéficier, si nécessaire, d'une planification anticipée et d'autres formes de prise de décision accompagnée. Ils devraient en outre envisager la possibilité d'autoriser les enfants à consentir à certains traitements médicaux ou interventions comme le dépistage du VIH ou les soins en matière de santé sexuelle et procréative sans l'autorisation d'un parent, d'un aidant informel ou d'un tuteur⁶¹, et d'adopter des protocoles visant à encadrer le recueil du consentement éclairé de l'enfant handicapé préalablement à toute intervention chirurgicale ou autre procédure invasive. La loi doit prévoir des recours effectifs pour les personnes handicapées dont le droit à la santé a été bafoué, notamment des réparations et des indemnisations concrètes, adéquates et rapides pour les dommages subis, ainsi que des sanctions judiciaires et administratives pour les auteurs d'infractions.

B. Cadre politique

51. Les États doivent intégrer les droits et les besoins des personnes handicapées dans leurs programmes et politiques relatifs aux soins de santé primaires et spécialisés. L'accès aux soins de santé primaires est essentiel pour diagnostiquer et traiter les personnes handicapées souffrant de maladies relevant de la médecine générale, mais aussi pour répondre à leurs besoins spécifiques, soit directement, soit en les orientant vers des spécialistes. Le recours excessif à ces derniers peut entraver l'accès aux soins de santé primaires, entraîner des diagnostics et des traitements inutiles et augmenter le coût des soins. Aussi les professionnels des services de soins secondaires et tertiaires doivent-ils collaborer étroitement avec les prestataires de soins primaires et appuyer le travail de ces derniers dans l'intérêt de la santé des personnes handicapées. Les campagnes de santé publique doivent prendre en considération les personnes handicapées et leurs troubles spécifiques, y compris les déterminants fondamentaux de la santé. Des stratégies de dépistage précoce et d'intervention rapide sont également nécessaires pour faciliter l'accès rapide aux services de santé et prévenir d'autres handicaps ou en limiter l'apparition. Il importe que celles-ci ne contribuent pas à amplifier les discriminations à l'égard des personnes handicapées ou leur exclusion de certains services destinés à l'ensemble de la population, tels que l'éducation⁶².

52. Les États doivent mettre en place un cadre de politique générale visant à organiser, renforcer et étendre l'ensemble des services et programmes d'adaptation et de réadaptation destinés aux personnes handicapées. Il s'agit notamment d'améliorer l'intégration de ces services aux soins primaires, de créer des dispositifs de prestation de services intégrés, de mettre en place des équipes pluridisciplinaires aux fins du travail de réadaptation et d'inclure ces services dans le budget de la santé⁶³. Il convient également de veiller à ce que les personnes handicapées aient facilement accès à des appareils et technologies d'assistance adéquats à un coût raisonnable⁶⁴. Bien que la réadaptation à base communautaire puisse s'avérer efficace pour améliorer la santé et la qualité de vie des personnes handicapées, ces interventions sont généralement limitées dans leur portée et leur couverture géographique, et non viables⁶⁵. Assurer

⁶¹ Comité des droits de l'enfant, observation générale n° 15 (2013), (CRC/C/GC/15), par. 31.

⁶² OMS et UNICEF, « Early childhood development and disability : a discussion paper », 2012, p. 22.

⁶³ OMS, « Rehabilitation 2030 : a call for action », rapport de réunion, 2017, consultable à l'adresse : www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport2.pdf?ua=1.

⁶⁴ Pour plus d'informations sur les moyens d'assurer l'accès aux dispositifs et technologies d'assistance, voir A/71/314.

⁶⁵ V. Iemmi *et al.*, « Community-based rehabilitation for people with disabilities in low- and middle-

aux personnes handicapées l'accès à des services d'adaptation et de réadaptation ainsi qu'à des appareils et technologies d'assistance est une obligation de l'État qui ne saurait être déléguée à des organisations à but non lucratif ou à des associations caritatives.

53. Les États doivent veiller à ce que les soins de santé soient dispensés aussi près que possible des communautés où vivent les personnes handicapées, y compris dans les zones rurales et isolées. La prestation de services à domicile ou à proximité du lieu de résidence peut améliorer l'accès aux soins. Les États doivent par conséquent prendre des mesures dans le cadre de leurs stratégies de développement rural pour favoriser l'accès des personnes handicapées à des soins de santé de qualité, y compris en s'appuyant sur les communautés et les services de proximité (cliniques mobiles, caravanes de santé, services de télémédecine et stratégies axées sur la téléphonie). Ils doivent également envisager d'adopter des mesures visant à inciter les personnes handicapées à recourir davantage au système de soins (rappels par SMS, promotion par des pairs et visites à domicile, par exemple).

C. Couverture sanitaire universelle

54. La couverture sanitaire universelle est au cœur des objectifs de développement durable. À cette fin, il est indispensable que toutes les personnes et communautés puissent recevoir les soins essentiels dont elles ont besoin sans avoir à s'exposer à des difficultés financières. L'objectif de développement durable n° 3 comprend un engagement explicite à « faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable » (cible 3.8), et à « assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et veiller à la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux » (cible 3.7). Les indicateurs relatifs à la santé associés à l'objectif 3 portent également sur un large éventail de services, notamment en matière de promotion de la santé, de prévention, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs, ainsi que sur la nécessité de mesurer la couverture des services de santé essentiels parmi la population générale et les groupes les plus défavorisés, dont les personnes handicapées.

55. Dans ce contexte, la couverture sanitaire universelle peut être un instrument important pour améliorer l'accès des personnes handicapées aux soins de santé. Pour y parvenir, néanmoins, les États qui envisagent d'augmenter le taux de couverture des services de santé doivent prendre en compte les personnes handicapées, le type de services concernés et la part prise en charge. Ils doivent notamment veiller à ce que la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle – depuis la définition des services de santé essentiels jusqu'aux réformes du financement de la santé – inclue toute la gamme des services de santé dont les personnes handicapées peuvent avoir besoin, y compris l'adaptation et la réadaptation, les appareils et technologies d'assistance et les médicaments essentiels⁶⁶. En Sierra Leone, par exemple, la loi de 2011 sur le handicap permet aux personnes handicapées de bénéficier de services médicaux gratuits dans tous les établissements de santé publique. Les débats sur la

income countries : a systematic review », *Campbell Systematic Reviews*, 2015. Consultable à l'adresse : <https://campbellcollaboration.org/>.

⁶⁶ Les États devraient recenser les produits d'assistance essentiels en fonction de leurs besoins et ressources en se basant sur la liste des produits et aides techniques prioritaires de l'OMS (voir A/71/314).

couverture sanitaire universelle devraient tenir compte de technologies et de traitements de plus en plus accessibles et susceptibles d'améliorer la qualité et l'espérance de vie des personnes handicapées (la chirurgie pour les enfants atteints de spina bifida ou la chirurgie cardiaque pour les enfants souffrant de trisomie 21, par exemple).

D. Accessibilité

56. Les États doivent s'assurer que les services et programmes de santé sont totalement accessibles. Les établissements et services de santé publics et privés doivent prendre en compte tous les aspects de l'accessibilité pour les personnes handicapées, y compris en ce qui concerne les infrastructures, les équipements, l'information et les communications. L'accessibilité des transports doit également être garantie, faute de quoi les personnes handicapées ne peuvent accéder aux services ou aux établissements de santé.

57. Toutes les informations et communications relatives à la fourniture de soins de santé, y compris les services électroniques et les services d'urgence, doivent être accessibles aux personnes handicapées, notamment en langue des signes, en braille, sous des formes électroniques accessibles, en écriture adaptée, dans des formats faciles à lire et par des modes, moyens et formes de communication améliorés et alternatifs⁶⁷. Toutes les campagnes de santé publique doivent également être accessibles aux personnes handicapées et tenir compte de ces dernières. Au Nigéria, par exemple, en réponse aux problèmes d'accessibilité, des interprètes en langue des signes ont été affectés dans des hôpitaux du Territoire de la capitale fédérale pour se concentrer sur les besoins en matière de santé sexuelle et procréative des femmes handicapées.

E. Principe de non-discrimination

58. Les États ont l'obligation de fournir des soins de santé aux personnes handicapées sans discrimination. Ils doivent donc expurger la législation, les politiques et les pratiques de toute discrimination à leur égard et interdire toute pratique discriminatoire dans la prestation de soins de santé. Ils doivent par exemple s'assurer que la fourniture de soins ne se limite pas principalement aux établissements et aux résidences spécialisés. Ils doivent en outre prévoir des aménagements raisonnables pour les personnes handicapées afin que celles-ci puissent accéder aux services et installations de santé et en bénéficier sur un pied d'égalité avec les non-handicapés. Si la mise en œuvre des politiques d'accessibilité peut se faire de façon progressive, les États ont l'obligation immédiate de prévoir des aménagements raisonnables pour que les personnes handicapées aient accès aux soins de santé.

59. Les États doivent interdire et combattre la discrimination à l'égard des personnes handicapées dans le domaine de l'assurance santé. Le refus d'assurer des personnes en raison de leur handicap doit être interdit par la loi. Les États doivent également envisager d'adopter des lois visant à garantir que les régimes d'assurance et les primes soient fixés d'une manière juste et raisonnable. Au Mexique, par exemple, la Cour suprême de justice a estimé que les compagnies d'assurance ne pouvaient pas faire de la discrimination à l'égard des personnes handicapées et qu'elles devaient inclure celles-ci dans leurs plans et politiques.

⁶⁷ Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 2 (2014) (CRPD/C/GC/2), par. 40.

60. Les systèmes de santé doivent répondre aux besoins de la diversité des personnes handicapées. Les États doivent prêter attention à la diversité des identités représentées dans la communauté des personnes handicapées afin de lutter comme il convient contre les inégalités et la discrimination croisée. Ils doivent envisager de mettre en place des politiques et pratiques favorables aux catégories de personnes handicapées les plus marginalisées (par exemple, celles souffrant de déficiences multiples ou graves ou de maladies rares, et celles qui sont sourdes et aveugles) afin d'accélérer ou de réaliser l'égalité de fait en matière d'accès aux soins de santé.

F. Participation

61. Les États doivent consulter les personnes handicapées, enfants comme adultes, au sujet de la mise en œuvre des services de santé, et solliciter leur participation active dans ce domaine, celles-ci étant les mieux placées pour connaître les problèmes auxquels elles font face et leurs conséquences sur leur vie quotidienne. Leur participation garantit que les politiques et les programmes de santé des États sont conçus en fonction de leurs besoins et de leurs préférences, ce qui peut se traduire par une plus grande efficacité et une utilisation plus équitable des ressources. En Bosnie-Herzégovine, par exemple, la coopération entre le Gouvernement et les organisations de personnes handicapées a conduit à l'élaboration de normes d'accessibilité pour les établissements de soins de santé. La Rapporteuse spéciale a élaboré une étude thématique sur le droit des personnes handicapées à participer au processus décisionnel, qui fournit des orientations spécifiques sur la manière de s'acquitter de cette obligation (voir [A/HRC/31/62](#)).

62. Les États doivent être conscients que les personnes handicapées et les professionnels de la santé peuvent avoir des vues opposées. Ces derniers sont généralement formés pour agir dans l'intérêt du patient et ont souvent une vision paternaliste et purement médicale du handicap. Les personnes handicapées doivent être reconnues comme les principaux interlocuteurs en ce qui concerne leurs droits, et les États devraient toujours donner la priorité à leurs opinions sur les questions qui les concernent. De même, les fédérations de personnes handicapées et certaines catégories de personnes handicapées sont susceptibles d'exprimer des avis différents, d'où l'importance de consulter toutes les parties prenantes et de dialoguer directement avec elles. Les États devraient également veiller à ce que les personnes handicapées, dans toute leur diversité, soit représentées et consultées dans le cadre des processus décisionnels relatifs au droit à la santé.

G. Application du principe de responsabilité

63. L'application du principe de responsabilité est essentielle pour garantir que les services de santé sont inclusifs et respectueux des droits des personnes handicapées. Les stratégies et plans nationaux relatifs à la santé doivent comporter des orientations claires en matière de responsabilité et inclure des indicateurs et des points de référence pour faciliter le suivi de l'application du droit à la santé des personnes handicapées. Des données ventilées de qualité sont également nécessaires pour recenser les lacunes et les résultats obtenus en matière de soins de santé. Les points de contact gouvernementaux et les mécanismes de coordination pour l'application de la Convention relative aux droits des personnes handicapées doivent faciliter et appuyer la mise en œuvre de stratégies et de plans en matière de santé privilégiant les droits fondamentaux, conformément aux dispositions du paragraphe 1 de l'article 33 de la Convention. Pour prévenir toute forme d'exploitation, de violence et d'abus dans la prestation de soins de santé, les États doivent assurer la surveillance indépendante

de tous les établissements et programmes de santé et mettre en place des garanties adaptées et efficaces.

64. Les États doivent prévoir des mécanismes d'application pour garantir la mise en œuvre effective du droit à la santé des personnes handicapées. Toute personne handicapée ou groupe de personnes handicapées dont le droit à la santé a été bafoué doit avoir accès à des recours effectifs, judiciaires ou autres⁶⁸. Ceux-ci s'entendent comme une réparation appropriée, sous forme de restitution, d'indemnisation, de satisfaction et de garanties de non-répétition, selon le cas. 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 chargés de la conduite des enquêtes et des investigations (art. 33, par. 2) et fournir une assistance aux personnes handicapées qui souhaitent déposer un recours en justice. Les organismes de protection des consommateurs devraient enquêter sur une éventuelle discrimination à l'égard des personnes handicapées dans les polices d'assurance santé et d'assurance-vie.

H. Mobilisation des ressources

65. Les États ont l'obligation de prendre des mesures immédiates, en utilisant pleinement les ressources dont ils disposent, y compris celles mises à disposition dans le cadre de la coopération internationale, pour faire en sorte que les personnes handicapées aient accès aux soins de santé. Dans de nombreux pays, les services et programmes d'adaptation et de réadaptation liés à la santé, y compris la fourniture d'appareils et de technologies d'assistance, sont sous-financés. Par conséquent, de nombreuses personnes handicapées n'ont pas du tout accès à ces services ou, tout au plus, dépendent d'organisations à but non lucratif ou d'œuvres privées pour y avoir accès. Les États doivent inclure les services nécessaires aux personnes handicapées dans les plans et budgets relatifs à la santé et tenir compte des besoins particuliers de celles-ci dans toutes les lignes budgétaires. Les systèmes de protection sociale peuvent aussi prendre en charge une partie des coûts supplémentaires auxquels les personnes handicapées doivent faire face pour accéder aux soins et faciliter l'accès aux services de soutien pour celles qui en ont besoin (voir [A/70/297](#)).

66. Dans le cadre de l'allocation des ressources, les États doivent avoir à l'esprit leurs obligations fondamentales en ce qui concerne le droit à la santé, notamment en garantissant à toutes les personnes handicapées l'accès aux soins primaires essentiels. Assurer la protection financière des personnes handicapées doit être une considération primordiale dans le processus décisionnel relatif à la couverture sanitaire universelle. Les États doivent s'abstenir d'adopter des mesures rétrogrades ayant des répercussions négatives sur le droit à la santé des personnes handicapées et de financer des pratiques contraires à une approche du handicap fondée sur les droits de l'homme, comme le placement en institution ou les interventions coercitives, par exemple.

I. Sensibilisation

67. Les États parties doivent adopter immédiatement des mesures efficaces et appropriées pour sensibiliser l'ensemble de la société à la situation des personnes handicapées et à leurs besoins en matière de santé, dans le cadre d'une démarche axée sur les droits fondamentaux. Les personnes handicapées ne devraient pas être considérées comme des malades ou des patients mais comme des titulaires de droits,

⁶⁸ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), (E/C.12/2000/4), par. 59.

au même titre que tout autre membre de la société. Les États doivent également promouvoir le respect du droit à la santé des personnes handicapées en sensibilisant et en formant les professionnels et les personnels de santé. Cette formation devrait notamment porter sur les formes croisées de discrimination qui touchent les personnes handicapées dans l'exercice de leur droit à la santé. Les facultés de médecine et les écoles de santé devraient revoir leurs programmes pour s'assurer que ceux-ci prennent en considération les besoins et les droits des personnes handicapées en matière de soins. Enfin, les personnes handicapées qualifiées qui souhaitent devenir elles-mêmes des professionnels de la santé devraient être soutenues dans leurs efforts.

68. Des stratégies d'alphabétisation sanitaire ciblant les personnes handicapées devraient être mises en œuvre, notamment la diffusion d'informations sous diverses formes, afin de leur permettre d'obtenir et de comprendre des informations essentielles relatives à la santé et aux services de santé, et ainsi de prendre des décisions appropriées. En Équateur, par exemple, le Ministère de la santé publique a élaboré un manuel sur la santé sexuelle et procréative des personnes handicapées, qui fournit aux soignants des orientations sur les moyens de garantir l'accès de ces dernières à l'information et aux services.

69. Les campagnes de sensibilisation et les programmes de formation visant à promouvoir le droit à la santé des personnes handicapées doivent suivre une approche du handicap fondée sur les droits de l'homme. Les campagnes publiques de collecte de fonds à l'appui des services d'adaptation et de réadaptation, comme les téléthons, renforcent l'approche caritative du handicap et une vision misérabiliste déjà très répandue. De même, la remise d'appareils et de technologies d'assistance comme des fauteuils roulants ou autres dispositifs d'aide à la mobilité à l'occasion de manifestations publiques porte atteinte à la dignité des personnes handicapées et renforce l'approche caritative du handicap.

J. Coopération internationale

70. La coopération internationale, la coopération Sud-Sud et la coopération triangulaire jouent un rôle essentiel à l'appui des efforts nationaux de réalisation des objectifs de développement durable. Les États et les donateurs internationaux doivent veiller à ce que l'ensemble des initiatives de coopération internationale dans le secteur de la santé, y compris les programmes internationaux de développement, tiennent compte des personnes handicapées et leur soient accessibles. La coopération internationale dans le secteur de la santé doit également être respectueuse des droits des personnes handicapées et les soins prodigués doivent l'être de manière durable et culturellement acceptable. Les organisations internationales, les organisations à but non lucratif, les associations caritatives et les autres organismes intervenant à l'échelle nationale doivent éviter de mettre en œuvre des projets contraires à l'approche du handicap fondée sur les droits de l'homme (voir [A/HRC/34/58](#)).

71. L'Organisation des Nations Unies et l'ensemble de ses fonds, programmes et institutions spécialisées doivent améliorer la formation et les connaissances de leur personnel sur le droit à la santé des personnes handicapées afin de pouvoir coopérer plus efficacement avec les États, selon une approche fondée sur les droits de l'homme. En tant qu'institution phare de la santé publique mondiale, l'Organisation mondiale de la Santé doit inscrire les droits et les besoins des personnes handicapées à l'ensemble de ses projets et de ses actions et veiller à ce que la santé des personnes handicapées soit prise en compte selon une approche globale et fondée sur les droits et que les organisations de personnes handicapées soient toujours étroitement consultées.

VI. Conclusions et recommandations

72. Les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible, sans discrimination. En pratique, cependant, elles ont moins facilement accès aux soins et sont en moins bonne santé que le reste de la population en raison de plusieurs facteurs structurels comme la stigmatisation et les préjugés, les lois et les politiques discriminatoires, les obstacles à l'accès aux soins de santé primaires et secondaires, l'insuffisance de l'offre de services et programmes adaptés à chaque type de handicap, la pauvreté et l'exclusion sociale. En outre, les personnes handicapées sont victimes, dans le contexte médical, de graves violations de leurs droits fondamentaux, telles que le refus de prise en charge, le non-respect de leur consentement libre et éclairé, différentes formes d'exploitation, de violence et de mauvais traitements, ainsi que la stérilisation et la contraception forcées et d'autres violations de leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative.

73. Pour mettre fin à ces inégalités, il faut impérativement prendre en compte les droits et les besoins des personnes handicapées en matière de santé. Si des services et programmes spécifiquement adaptés aux handicaps doivent être mis en place pour répondre à certains besoins particuliers des personnes handicapées qui ne peuvent pas être couverts par des programmes généraux, même inclusifs, il faut par principe que tous les services et programmes de soins de santé prennent en compte les personnes handicapées et leur soient accessibles. Dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, les États doivent procéder à un examen de leur système de santé national en vue de mettre en place une couverture sanitaire universelle, qui permettrait d'améliorer l'accès des personnes handicapées aux soins de santé, en particulier aux soins de santé primaires.

74. Pour aider les États à faire en sorte que les personnes handicapées puissent exercer leur droit de jouir du meilleur état de santé possible, la Rapporteuse spéciale leur recommande :

a) D'inscrire dans la loi le droit des personnes handicapées de jouir du meilleur état de santé possible et d'éliminer tous les obstacles juridiques qui les empêchent d'accéder à l'information et aux biens et services relatifs à la santé et aux soins, y compris les lois qui les désavantagent dans le domaine de l'assurance santé ;

b) De procéder à un examen approfondi de la législation nationale en vue de supprimer ou d'abroger l'ensemble des lois et règlements qui portent atteinte à l'autonomie des personnes handicapées recevant des soins de santé, notamment les lois qui autorisent le recours à la contrainte dans le cadre des soins ;

c) De mettre en place des systèmes de santé inclusifs qui tiennent compte des droits et des besoins des personnes handicapées dans tous les services et programmes de santé, notamment les soins de santé primaire, et de garantir l'accès à des services et programmes conçus spécifiquement pour répondre aux besoins liés au handicap ;

d) De prendre les mesures qui s'imposent pour offrir aux personnes handicapées une couverture sanitaire universelle et de veiller à ce que les programmes et services de santé soient disponibles, accessibles, adaptés et abordables pour toutes les personnes handicapées ;

e) De garantir que les programmes et services de santé soient construits autour d'une conception du handicap fondée sur les droits de l'homme, ne soient pas discriminatoires, prévoient l'obtention du consentement préalable éclairé des

patients avant tout traitement médical, respectent la vie privée des patients et soient exempts de torture ou d'autres traitements cruels, inhumains ou dégradants ;

f) D'élaborer et de mettre en œuvre des programmes et des activités d'éducation sanitaire qui tiennent compte des personnes handicapées et leur soient accessibles ;

g) De promouvoir des stratégies de diagnostic et d'intervention précoces et d'apporter un soutien aux familles d'enfants handicapés, notamment grâce à l'information, à l'éducation et aux services, pour qu'elles comprennent mieux les besoins de leur enfant et soient mieux à même d'y répondre sans stigmatisation ni discrimination ;

h) De concevoir des campagnes de sensibilisation et des programmes de formation à l'intention des professionnels de la santé afin de changer le regard qu'ils portent sur les personnes handicapées et de les aider à mettre en place des services adaptés à l'âge, au sexe et au handicap des patients ;

i) De veiller à ce que tous les établissements de santé, publics et privés, et les programmes qui fournissent des services aux personnes handicapées fassent l'objet de contrôles indépendants rigoureux afin de prévenir toutes formes d'exploitation, de violence et de maltraitance ;

j) De consulter les personnes handicapées et les organisations qui les représentent et de les associer pleinement à toutes les prises de décisions liées à la législation, aux politiques et aux programmes relatifs aux soins et à la santé ;

k) De recueillir des informations appropriées, y compris des données statistiques et résultats de recherches, ventilées par sexe, par âge et par handicap, sur l'état de santé et l'accès aux soins des personnes handicapées ;

l) De mobiliser des ressources dans le cadre des objectifs de développement durable afin de faciliter l'accès des personnes handicapées aux soins de santé, de faire en sorte que tous les investissements tiennent compte des personnes handicapées, et de s'abstenir d'adopter toute mesure rétrograde qui toucherait directement ou indirectement les personnes handicapées.

75. La Rapporteuse spéciale recommande également que l'Organisation mondiale de la Santé et le reste du système des Nations Unies prennent dûment en considération le droit des personnes handicapées à jouir du meilleur état de santé possible dans toutes leurs activités et opérations, en étroite collaboration avec les organisations de personnes handicapées, notamment dans le cadre de l'assistance fournie aux États aux fins de la mise en place d'une couverture sanitaire universelle, et de la réalisation des objectifs de développement durable.