|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Article 10 - Liste d'indicateurs illustratifs sur le droit à la vie des personnes handicapées** | | | |
| **Droit à la vie** | | | |
| **Attributs/**  **Indicateurs** | **Pas de privation arbitraire de la vie** | **Prévention des décès prématurés et non naturels**  **(liés à la mauvaise santé et à la mauvaise nutrition, aux conditions de vie, aux urgences, au suicide, à la « mort assistée »)** | **Peine de mort** |
| **Structure** | 10.1 Législation promulguée pour protéger le droit à la vie des personnes handicapées, y compris des sanctions pénales pour les auteurs d'homicides liés à un handicap.[[1]](#endnote-1)  10.2 Adoption d'une politique/d'un plan pour lutter contre les homicides et la violence contre les personnes handicapées et les prévenir.[[2]](#endnote-2)  10.3 Adoption d'une politique/d'un plan national pour prévenir et mener des enquêtes efficaces sur les décès de personnes handicapées dans tous les lieux de détention et les lieux où les personnes handicapées reçoivent des services (par exemple, les prisons, les établissements psychiatriques, les établissements résidentiels, etc.), et pour sanctionner les auteurs. | 10.4 Existence d'une politique/d'un plan national pour garantir que les personnes handicapées, en particulier les femmes, les enfants et les personnes âgées, aient accès à des services de santé de qualité et abordables,[[3]](#endnote-3) y compris l'accès à la couverture de santé universelle,[[4]](#endnote-4) et l’accès aux soins d’urgences sur la base de l’égalité avec les autres.  and access to emergency care on an equal basis with others (idem 25.3)  10.5 Obligation légale d'assurer l'offre et la fourniture d'un soutien dans la prise de décision relative au traitement de survie.[[5]](#endnote-5)  10.6 Adoption d'une préparation nationale aux catastrophes inclusive[[6]](#endnote-6) (idem 11.6)  10.7 Adoption de politiques et de programmes inclusifs pour prévenir le suicide, comprenant les mesures suivantes :  - assurer un soutien confidentiel ;  - identifier et soutenir les personnes présentant un risque suicidaire, notamment par le biais du soutien et du conseil par les pairs, et interdire les évaluations des risques qui discriminent directement ou indirectement sur la base du handicap ou qui conduisent à des interventions coercitives ;  - garantir l'absence d'interventions coercitives,  10.8 Le cas échéant, l'interruption volontaire de vie (« la mort assistée ») doit assurer des garanties juridiques et institutionnelles solides, y compris pour les personnes handicapées, afin de vérifier que les décisions sont éclairées, à l'abri des pressions et des abus extérieurs, et le respect par les professionnels d’une décision libre, éclairée, explicite et non ambiguë de la personne concernée.[[7]](#endnote-7) | 10.10 Ratification par l'État du deuxième Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits civils et politiques, visant à abolir la peine de mort.  10.11 Législation adoptée pour abolir la peine de mort dans l'État, y compris pour les personnes handicapées. |
| 10.9 Mise en place d'un système d'enregistrement des décès qui exige la notification en temps opportun des décès et un examen pour déterminer la cause du décès. | |
| **Processus** | 10.12 Campagnes et activités de sensibilisation ciblant les personnes handicapées, leurs familles, le grand public, comme la police, les fonctionnaires et les professionnels des services sociaux et de santé, sur le droit à la vie des personnes handicapées et les conditions sous-jacentes à une vie digne, y compris la lutte contre les stéréotypes négatifs, les croyances et les mythes qui provoquent le meurtre et la violence à leur égard, ou la limitation, le refus ou le retrait des traitements médicaux vitaux., ou qui renforcent l'attitude selon laquelle les personnes handicapées ont une vie de moins bonne qualité ou de moindre valeur.  10.13 Nombre et proportion de magistrats, de juristes et de responsables de l'application des lois formés sur la CDPH, notamment sur l'approche du handicap fondée sur les droits de l'homme, l'obligation d'assurer des aménagements procéduraux et la communication avec les personnes handicapées, notamment sur les moyens et modes de communication alternatifs (idem 13.14)  10.14 Budget alloué à l'amélioration des conditions de détention, y compris les mesures liées à l'accessibilité. (idem 14.21).  10.15 Processus de consultation entrepris pour garantir la participation active des personnes handicapées, y compris par l’intermédiaire des organisations qui les représentent, à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des lois, réglementations, politiques et programmes relatifs au droit à la vie des personnes handicapées, y compris l'obligation de mener des enquêtes efficaces.[[8]](#endnote-8)  10.16 Proportion de plaintes reçues concernant le droit à la vie de personnes handicapées alléguant une discrimination fondée sur le handicap et/ou impliquant des personnes handicapées qui ont fait l'objet d'une enquête et d'une décision ; proportion de celles jugées en faveur du plaignant ; et proportion de ces dernières qui ont été respectées par le gouvernement et/ou le détenteur d'obligations (par exemple, un prestataire de services de santé privé) ; à chaque fois ventilée par type de mécanisme. | | 10.17 Nombre de condamnés dans le couloir de la mort, ventilé par sexe, âge (y compris le statut de grossesse et de maternité) et handicap.  10.18 Proportion d'accusés passibles de la peine capitale ayant accès à un avocat ou à une assistance juridique, ventilée par âge, sexe et handicap.  10.19 Proportion de condamnés passibles de la peine capitale exerçant leur droit à ce que leur peine soit réexaminée par un tribunal supérieur, ventilée par sexe, âge et handicap. |
| **Résultats** | 10.20 Nombre de victimes d'homicide volontaire pour 100 000 habitants, par sexe et âge (indicateur ODD 16.1.1) et handicap.  10.21 Cas signalés de privation arbitraire de la vie et menaces de mort, ventilés par sexe, âge et handicap des victimes.  10.22 Nombre de cas vérifiés de meurtres, d'enlèvements, de disparitions forcées, de détentions arbitraires et de tortures de journalistes, de personnels des médias associés, de syndicalistes et de défenseurs des droits de l'homme au cours des 12 derniers mois (indicateur ODD 16.10.1), ventilés par sexe, âge et invalidité. | 10.23 Nombre de décès, de personnes disparues et de personnes touchées par une catastrophe pour 100 000 personnes (indicateur ODD 1.5.1), ventilés par âge, sexe et handicap (idem 11.23)  10.24 Cas signalés de décès survenus dans des situations de conflit, d'après conflit et d'urgence ventilés par sexe, âge et handicap.  10.25 Taux de suicide, ventilé par sexe, âge et handicap.  10.26 Le cas échéant, nombre de décès dus à des procédures d'interruption volontaire de vie (« mort assistée »), ventilé par sexe, âge et handicap. | 10.28 Proportion de condamnations à mort commuées, ventilées par âge, sexe et handicap du condamné.  10.29 Nombre d'exécutions sous le coup de la peine de mort, ventilées par sexe, âge et handicap. |
| 10.27 Nombre de décès de personnes handicapées signalés dans les lieux de détention et les établissements et/ou dans la prestation de services liés au handicap et/ou de soins de santé, et proportion de ces décès qui ont fait l'objet d'une enquête, ventilés par âge, sexe, handicap, lieu et cause du décès, conclus par enquête.[[9]](#endnote-9) | |

1. En particulier, les crimes de haine fondés sur le handicap mettant en danger ou privant les personnes handicapées de leur vie doivent être explicitement pris en considération. [↑](#endnote-ref-1)
2. Une telle politique/un tel plan devrait lutter contre la violence à l'égard des femmes et des filles handicapées entraînant la mort, le « meurtre par compassion ou par miséricorde », le « crime d'honneur », en particulier lorsqu'il vise les femmes et les enfants handicapés, l'infanticide et les attaques liées à la sorcellerie. [↑](#endnote-ref-2)
3. Cela comprend :

   * non-discrimination fondée sur le handicap ;
   * reconnaître le consentement libre et éclairé des personnes handicapées sur un pied d'égalité avec les autres ;
   * intégrer les programmes et services de santé et de prévention, sur la base de l'égalité avec les autres ;
   * services spécifiques au sein des services de santé généraux, y compris : identification précoce et intervention précoce, le cas échéant (y compris le dépistage des handicaps de la petite enfance et la planification de la prestation de services ciblés tels que la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la communication en langue des signes, la stimulation de la petite enfance, etc., et la prestation aides fonctionnelles et aides à la mobilité) ;
   * services visant à minimiser et à prévenir d'autres incapacités ;
   * tous les domaines de la santé, y compris, entre autres, la santé sexuelle et génésique, le VIH/SIDA, la santé des adolescents et des personnes âgées, les services de santé mentale. Les services de santé mentale devraient être fournis en tant que service général accessible à toutes les personnes, y compris les personnes de tout type de handicap, et en tant que service spécifique au handicap pour les personnes handicapées psychosociales. Ces services doivent être basés sur le consentement libre et éclairé de la personne concernée et devraient inclure un large éventail d'alternatives aux services conventionnels, notamment le soutien par les pairs, le soutien en cas de crise, la psychothérapie et le conseil (y compris l’accompagnement pour surmonter des traumatismes), etc.

   [↑](#endnote-ref-3)
4. La mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle — des ensembles de services de santé essentiels aux réformes du financement de la santé — devrait inclure la gamme complète des services de santé dont les personnes handicapées peuvent avoir besoin, y compris l'adaptation et la réadaptation liées à la santé, les appareils et technologies d'assistance. [↑](#endnote-ref-4)
5. Dans la prise de décision liée au traitement de survie, la prise de décision substituée devrait continuer à être interdite en faveur de la prise de décision assistée. Dans les cas où il n'a pas été possible de déterminer la volonté et les préférences de la personne concernée, à la suite d'efforts importants pour obtenir l'expression de la volonté et des préférences de l'individu en utilisant diverses méthodes de communication et en fournissant des aménagements et un soutien appropriés, le principe de la meilleure interprétation de la volonté et des préférences de la personne concernée doivent être respectées ([Observation générale n° 1](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/1&Lang=fr) du Comité CDPH (CRPD/C/GC/1). De la manière élaborée par la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, cette « norme implique de déterminer ce que la personne aurait voulu au lieu de décider sur la base de son intérêt supérieur. Le processus devrait inclure l'examen des préférences, valeurs, attitudes, récits et actions manifestés précédemment, y compris la communication verbale ou non verbale, de la personne concernée. » ([A/HRC/37/56](https://undocs.org/fr/A/HRC/37/56), par. 31). [↑](#endnote-ref-5)
6. Ce plan doit prévoir :

   systèmes d'alerte et protocoles d'évacuation inclusifs et accessibles ;

   abri, hygiène, distribution de nourriture, accès à l'eau, vêtements, services de santé et de réadaptation, éducation, création de moyens de subsistance, regroupement familial inclusifs et accessibles ;

   mesures spécifiques de prévention et de protection contre la violence ;

   prise en charge de l'assistance en direct et des appareils et technologies d'assistance ; et

   mesures spécifiques concernant les femmes, les enfants et les personnes âgées handicapées, entre autres groupes. [↑](#endnote-ref-6)
7. Cela nécessite d'assurer :

   * des mesures visant à protéger le droit à la vie des personnes handicapées sur une pied d'égalité avec les autres, notamment en interdisant l'approbation d'une demande sur la base d'une incapacité ;
   * la garantie du consentement libre et éclairé des personnes handicapées, l’interdiction de toute forme de prise de décision substituée, la prévention de toutes les formes de pression et d'influence indue et la garantie de l'accès à une prise de décision assistée conformément à l'article 12 de la CDPH ;
   * la fourniture d'informations, de soutien et de services accessibles (y compris les soins palliatifs, les soins à domicile, le soutien par les pairs) disponibles au sein de la communauté pour jouir d'une vie digne ;
   * des mécanismes de responsabilisation, y compris la collecte de données pour enregistrer chaque demande, l'intervention pour l'aide médicale à mourir et le suivi indépendant des procédures connexes.

   Voir le rapport de la Rapporteuse spéciale, [A/HRC/43/41](https://undocs.org/fr/A/HRC/43/41), par. 68 à 70 [↑](#endnote-ref-7)
8. Cet indicateur nécessite de vérifier les activités concrètes entreprises par les autorités publiques pour faire participer les personnes handicapées dans les processus décisionnels liés aux questions qui les affectent directement ou indirectement conformément à l'article 4 (3) de la CDPH et à [l'Observation générale no. 7](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/7&Lang=fr) du Comité CDPH, y compris des réunions de consultation, des séances d'information technique, des enquêtes de consultation en ligne, des appels à commentaires sur des projets de législation et de politiques, entre autres méthodes et mécanismes de participation. À cet égard, les États doivent :

   veiller à ce que les processus de consultation soient transparents et accessibles ;

   assurer la fourniture d'informations appropriées et accessibles ;

   ne pas retenir d'informations, conditionner ou empêcher les organisations de personnes handicapées d'exprimer librement leurs opinions ;

   inclure à la fois les organisations enregistrées et non enregistrées ;

   assurer une participation précoce et continue ;

   couvrir les dépenses connexes des participants. [↑](#endnote-ref-8)
9. Les enquêtes peuvent conclure que le décès est attribuable, entre autres : au refus de dispenser des soins de santé entraînant la mort, à des pratiques abusives, à des pratiques coercitives et restrictives et à d'autres pratiques constituant de la torture ou d'autres mauvais traitements tels que définis dans les indicateurs des articles 15 et 17. [↑](#endnote-ref-9)