



# Assemblée générale

Distr. générale  
10 avril 2018  
Français  
Original : anglais

---

## Conseil des droits de l'homme

### Trente-huitième session

18 juin-6 juillet 2018

Point 3 de l'ordre du jour

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

## **Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible**

### **Note du secrétariat**

Le secrétariat a l'honneur de transmettre au Conseil des droits de l'homme le rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, établi en application de la résolution 33/9 du Conseil. Dans son rapport, le Rapporteur spécial examine la relation entre le droit à la santé et diverses formes de privation de liberté et d'internement dans les établissements pénitentiaire et médicaux. Pour promouvoir la sécurité publique, la « morale » et la santé publique, les États privilégient le recours à la détention et à l'internement, moyens plus dommageables qu'utiles à la santé publique et à la réalisation du droit à la santé physique et mentale. Le Rapporteur spécial préconise la pleine application de l'Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela) et la mise en place de services d'appui au niveau local comme solutions de substitution à la détention et à l'internement dans divers cas.



# Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

## Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction .....	3
II. Le droit à la santé dans le contexte de l'internement et de la privation de liberté .....	5
A. Liens indissociables, omissions systémiques .....	5
B. Cadre régissant le droit à la santé .....	7
III. Le lien entre la santé mentale, l'internement forcé et la privation de liberté .....	11
IV. Enfants privés de liberté .....	13
A. Aperçu .....	13
B. Institutions pénitentiaires .....	14
V. Femmes, droit à la santé et isolement .....	16
A. Spécificités de l'incarcération des femmes .....	17
B. Conditions carcérales .....	18
C. Femmes handicapées .....	19
VI. De l'isolement aux soins communautaires : mettre fin à la détention au nom de la santé publique .....	19
A. La criminalisation : déterminant du droit à la santé des personnes vivant avec la tuberculose .....	20
B. Soins communautaires et tuberculose .....	21
VII. Conclusions et recommandations .....	22

## I. Introduction

1. Dans ses précédents rapports et lors des missions qu'il a effectuées dans les pays, le Rapporteur spécial a tenté de faire la lumière sur la façon dont l'exclusion porte atteinte au droit à la santé des personnes privées des libertés fondamentales. Dans le présent rapport, il utilise le cadre relatif au droit à la santé pour exposer la problématique globale de la privation de liberté et de l'internement, et propose des réformes porteuses de transformation.

2. Compte tenu de l'étendue et de la portée de ces questions, il n'est pas possible de procéder à une évaluation complète dans le présent rapport, qui a une longueur limite. Il s'agit d'une contribution initiale, fondée sur certaines pratiques dans lesquelles le droit à la santé est un élément déterminant d'une évaluation et d'orientations sérieuses.

3. Le présent rapport est une synthèse des connaissances acquises au cours des missions effectuées dans les pays, des analyses documentaires et des diverses évaluations de cas portés à l'attention du Rapporteur spécial au moyen du mécanisme de communication des procédures spéciales. Il a été considérablement inspiré et alimenté par des consultations approfondies tenues avec un large éventail de parties prenantes (personnes privées de liberté, représentants de la société civile, membres du mouvement pour l'abolition des prisons, experts de la santé publique, experts de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et universitaires spécialisés). Le Rapporteur spécial remercie tous ces interlocuteurs qui lui ont généreusement consacré du temps et de l'énergie, et lui ont fait part de leurs réflexions.

4. La privation de liberté est une expression juridique ; elle a pour conséquences des restrictions rigoureuses à la liberté de circuler, dans un espace plus étroit que celui prévu dans le cadre d'autres formes de restrictions à la liberté de circulation. Elle doit faire l'objet d'une décision judiciaire et est imposée sans le libre consentement. Cette forme de détention n'est pas interdite en soi, mais elle doit être licite et ne peut être arbitraire. La privation de liberté peut prendre de nombreuses formes, notamment la garde à vue, la détention provisoire, l'incarcération après une condamnation, l'assignation à résidence, l'internement administratif, ainsi que l'hospitalisation sans consentement et le placement d'enfants en institution décidé à l'issue d'une procédure judiciaire<sup>1</sup>.

5. L'internement est un terme largement utilisé dans les milieux de la santé et de la protection sociale pour désigner le maintien d'une personne dans une zone restreinte sur l'avis d'un service médical ou social. Il peut avoir lieu avec ou sans le consentement de la personne et peut comprendre certaines pratiques généralement acceptées en matière de santé, comme celles qui s'appliquent dans le contexte de la période de rétablissement d'une femme après un accouchement<sup>2</sup>.

6. Si certaines formes d'internement, notamment le placement dans des hôpitaux, des établissements psychiatriques ou d'autres établissements médicaux, peuvent constituer une privation de liberté de facto<sup>3</sup>, pratiquement toutes les formes d'internement sans consentement éclairé constituent des violations du droit à la santé.

7. Dans le monde entier, plus de 10 millions d'adultes sont détenus dans des établissements pénitentiaires<sup>4</sup>. Ces statistiques ne rendent pas compte de l'ensemble des personnes dont la liberté est restreinte dans d'autres circonstances. Par exemple, on estime qu'au moins un million d'enfants sont détenus dans d'autres contextes, qu'un demi-million d'adultes sont placés dans des centres de détention obligatoire pour toxicomanie et que des milliers de femmes sont détenues dans des hôpitaux pour non-paiement de factures. Un

<sup>1</sup> Voir l'observation générale n° 35 (2014) du Comité des droits de l'homme sur la liberté et la sécurité de la personne, par. 3, 5 et 6 et 10 à 14 ; voir aussi E/CN.4/2005/6, par. 54.

<sup>2</sup> Voir la recommandation générale n° 24 (1999) du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes sur les femmes et la santé, par. 2, 8, 22, 26 et 31.

<sup>3</sup> Voir A/HRC/30/37, par. 9.

<sup>4</sup> Roy Walmsley, World Prison Population List, 11<sup>e</sup> éd. (World Prison Brief et Institute for Criminal Policy Research).

nombre incalculable d'adultes et d'enfants sont enfermés dans des institutions médicales et sociales, dont des tuberculeux isolés de force pendant de longues périodes, parfois dans des structures carcérales. Les lieux de privation de liberté diffèrent certes, mais l'expérience de l'exclusion vécue par chacun des intéressés présente les mêmes traits : une situation profondément marquée par les désavantages, la discrimination, la violence et le désespoir.

8. Les restrictions à la liberté de mouvement sont devenues, au cours des deux derniers siècles, l'outil de contrôle social utilisé par défaut pour promouvoir la sécurité publique, la « morale » et la santé publique. Il s'agit notamment de la détention au motif d'un comportement socialement qualifié d'« immoral » d'individus parmi lesquels des lesbiennes, homosexuels, bisexuels, transsexuels et intersexes, de jeunes rebelles, de consommateurs de drogues et de femmes exerçant leur droit de faire des choix en matière de prévention et d'interruption de grossesse. L'internement est devenu une réponse institutionnelle à des problèmes sociaux complexes, affectant particulièrement les groupes et communautés laissés pour compte par les politiques publiques et socioéconomiques. Certains soutiennent que les systèmes carcéraux et les institutions sont de puissants instruments visant à museler les opposants ou simplement « l'autre », en recourant soit à la sanction pénale, soit au diagnostic médical et à l'isolement.

9. La dernière partie du XX<sup>e</sup> siècle a été marquée par une augmentation rapide des taux d'internement dans des cadres juridiques et politiques à caractère répressif, notamment pour des motifs liés au commerce de la drogue ; cette évolution a jeté les bases du parcours carcéral rapide contemporain. En parallèle, certains pays ont choisi d'abandonner rapidement le placement en milieu fermé, sans pour autant investir dans des services de qualité au niveau local. Les personnes vivant dans la pauvreté ou appartenant à des minorités raciales et ethniques ont été prises au piège d'un système de plus en plus répressif dépourvu de filet de protection sociale, économique ou juridique adéquat.

10. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 traduit l'aspiration ambitieuse de mettre fin au cercle vicieux du désespoir, de la violence, de l'exclusion et de la discrimination en s'attaquant aux inégalités sociales et en veillant au respect des droits de l'homme afin que personne, y compris les personnes internées ou privées de liberté, ne soit laissé pour compte<sup>5</sup>. Il est clairement établi que toute forme de violence, y compris celle commise à l'intérieur des prisons et des centres d'internement, porte atteinte à la pleine réalisation du droit à la santé<sup>6</sup>. Les nombreuses innovations prometteuses privilégiant l'investissement dans la petite enfance, la santé de l'adolescent, les compétences parentales, la santé mentale et le bien-être, l'égalité des sexes et la protection des femmes contre la violence laissent espérer que demain, le monde sera moins violent et que le recours à la détention et à l'internement diminuera considérablement.

11. Pour la première fois, du fait de mesures prises en application de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et d'autres engagements politiques fermes<sup>7</sup>, le domaine de la santé mentale est sur le point de se libérer d'un modèle axé sur la coercition et le placement en institution spécialisée.

12. De même, l'interdiction des drogues est de plus en plus reconnue comme un échec aux conséquences dévastatrices s'agissant du droit à la santé. Un nombre croissant de pays et de municipalités remplacent les mesures consistant à réprimer la consommation de drogues par des solutions modernes fondées sur des principes de santé publique et sur les droits de l'homme, comme la dépénalisation ou la réglementation juridique des marchés de la drogue et l'augmentation des investissements dans les services sociaux et de soins de santé au niveau local, notamment pour prévenir les risques<sup>8</sup>. Ces tendances prometteuses laissent espérer qu'il pourrait être mis un terme à la pratique de l'incarcération de masse des consommateurs de drogues.

<sup>5</sup> Pour plus d'informations sur le Programme 2030 dans le contexte du droit à la santé, voir A/71/304.

<sup>6</sup> Voir, par exemple, Organisation mondiale de la Santé, *Rapport mondial sur la violence et la santé* (2002).

<sup>7</sup> Voir, par exemple, la résolution 36/13 du Conseil des droits de l'homme.

<sup>8</sup> Programme des Nations Unies pour le développement, *Reflections on Drug Policy and Its Impact on Human Development : Innovative Approaches* (2016).

13. De nouveaux engagements politiques internationaux plus fermes ont été pris pour réduire le recours à l'incarcération dans la mesure du possible<sup>9</sup>. À l'ONU, un certain nombre d'entités et de mécanismes relatifs aux droits de l'homme ont demandé la fermeture immédiate de tous les centres de détention obligatoire pour toxicomanes ou la prise de mesures en faveur de la dépenalisation des infractions non violentes liées à la drogue<sup>10</sup>. L'étude mondiale sur les enfants privés de liberté, demandée par le Secrétaire général à l'invitation de l'Assemblée générale, promet de faire progresser considérablement le mouvement visant à mettre un terme à l'emprisonnement des enfants.

14. En même temps, de nombreux indices montrent une augmentation du recours à l'internement comme sanction pour des infractions mineures et comme solution par défaut à des problèmes de sécurité publique, d'ordre social, d'immigration, d'opposition politique ou de « morale ». Dans certains cas, des mesures répressives sont appliquées de manière disproportionnée pour lutter contre la violence ou l'extrémisme radical chez les jeunes. De plus en plus de femmes sont incarcérées et un nombre inquiétant d'entre elles sont détenues pour les choix qu'elles ont fait concernant leurs droits en matière de procréation. Le parcage de réfugiés ou de migrants en quête de sécurité ou d'un refuge reste un problème brûlant.

15. L'amélioration du quotidien des millions de personnes détenues dans des cellules et quartiers fermés à clef et la réduction drastique des taux d'incarcération dans de telles conditions restent des priorités absolues. Il est tout aussi important de déployer des efforts pour renforcer et transformer les communautés afin de soutenir la réinsertion, l'éducation inclusive, l'autonomisation et le bien-être socioéconomique et, par conséquent, la pleine réalisation du droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible.

16. Nous sommes à un moment de sensibilisation crucial : il s'agit d'influer sur la façon dont nous terminerons la présente décennie et dont nous façonnerons la prochaine décennie en ce qui concerne la fin de la culture de l'internement et de l'incarcération.

## **II. Le droit à la santé dans le contexte de l'internement et de la privation de liberté**

### **A. Liens indissociables, omissions systémiques**

17. Depuis le début du système pénitentiaire moderne, les mesures législatives et les campagnes visant à réformer les prisons ont eu pour objectif de garantir la dignité en protégeant le droit à la santé. Les structures actuelles d'internement donnent lieu à de nombreuses souffrances qui dépassent les frontières, les milieux et les systèmes politiques. Cette situation a beaucoup à voir avec le droit à la santé et au bien-être, non seulement des personnes privées de liberté ou internées, mais aussi de leurs communautés, de leur famille, de leurs enfants et des générations futures. Il est essentiel de tenir compte des dommages cycliques et transgénérationnels causés par ces systèmes<sup>11</sup>.

<sup>9</sup> Par exemple, la Déclaration de Doha sur l'intégration de la prévention de la criminalité et de la justice pénale dans le programme d'action plus large de l'Organisation des Nations Unies visant à faire face aux problèmes sociaux et économiques et à promouvoir l'état de droit aux niveaux national et international et la participation du public.

<sup>10</sup> Voir A/65/255 ; A/HRC/32/32/32 ; déclaration conjointe d'entités de l'Organisation des Nations Unies sur les centres de détention et de réhabilitation obligatoires, publiée en mars 2012, disponible en anglais à l'adresse suivante : [www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific//2012/03/drug-detention-centre/JC2310\\_Joint\\_Statement6March12FINAL\\_En.pdf](http://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific//2012/03/drug-detention-centre/JC2310_Joint_Statement6March12FINAL_En.pdf) ; déclaration commune des Nations Unies sur l'éradication de la discrimination dans les milieux de soins de santé, publiée en juillet 2017, disponible à l'adresse suivante : [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/ending-discrimination-healthcare-settings\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ending-discrimination-healthcare-settings_fr.pdf) ; et « Tackling the world drug problem : UN experts urge States to adopt human rights approach », communiqué de presse, disponible en anglais à l'adresse suivante : [www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=19833&LangID=F](http://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=19833&LangID=F).

<sup>11</sup> Bruce Western et Becky Pettit, « Incarceration & social inequality », *Daedalus* (été 2010).

18. La garantie du droit à la santé est nécessaire à l'exercice d'une série d'autres droits. Dans les contextes de l'internement et de la privation de liberté, les violations du droit à la santé portent aussi atteinte aux garanties d'une procédure régulière, à l'interdiction de la détention arbitraire et de la torture et d'autres formes de traitements cruels, inhumains ou dégradants, ainsi qu'à l'exercice du droit à la vie. Les violations du droit à la santé sont à la fois les causes et conséquences de l'internement et de la privation de liberté.

19. Le Rapporteur spécial présente cinq situations qui illustrent clairement le lien entre le droit à la santé et l'internement et la privation de liberté :

a) Le fait de ne pas garantir le droit à la santé dans la petite enfance par un système complet de soins de santé favorise les inégalités, la pauvreté, la discrimination et les problèmes de santé à l'âge adulte, ce qui se traduit par une augmentation de la population des centres de détention et d'internement. La grande majorité des personnes placées en milieu fermé sont issues de communautés marginalisées et à faible revenu ;

b) Les cadres juridiques et les politiques publiques à caractère répressif privilégiant l'incarcération entravent la réalisation du droit à la santé. Ces cadres et politiques comprennent des lois incriminant certains comportements, identités ou statuts (travail du sexe, orientation sexuelle, identité de genre, toxicomanie, statut VIH, non-respect du traitement de la tuberculose et exposition aux maladies infectieuses) et les services de santé destinés uniquement aux femmes (avortement), l'application sélective des lois sur le vagabondage et les troubles publics au détriment des personnes marginalisées, et des lois et politiques d'interdiction des drogues, qui favorisent, entre autres, l'émergence de marchés violents de drogues illicites et débouchent sur des incarcérations, éloignant les consommateurs de drogues des services de soins de santé de proximité communautaires et prévoyant peu de mesures en faveur des soins médicaux dans les prisons. Les cadres de santé publique vastes et généraux établis par la loi limitent la panoplie d'outils mis à la disposition des décideurs pour faire face aux problèmes de santé, faisant de la détention et de l'internement les solutions principales, et les plus restrictives, pour traiter les problèmes de santé qui, clairement, sont mieux traités dans des cadres de proximité porteurs ;

c) Le recours prédominant à la détention et à l'internement pour répondre aux problèmes de sécurité et de santé publiques a conduit à une monopolisation des ressources qui devraient être redistribuées pour appuyer la mise en place progressive de systèmes de soins de santé solides, d'écoles qui soutiennent et protègent, de programmes de promotion des relations saines, d'un accès aux possibilités de développement et d'un environnement exempt de violence ;

d) Il n'est pas aisé de protéger le droit à la santé des détenus. La prison devient elle-même un facteur de mauvaise santé du fait des mauvaises conditions de détention, de la fourniture de soins de santé sous surveillance ou de l'accès limité aux soins de santé, de la souffrance psychosociale et du désespoir considérables liés à la privation de liberté, et des problèmes de santé préexistants non traités attribuables à la vie dans des conditions de pauvreté<sup>12</sup>. Les taux de mortalité sont élevés ; dans de nombreux cas, les suicides et les décès prématurés en garde à vue, presque tous évitables, concluent des histoires déchirantes de vies écourtées ;

e) Dans le cas des jeunes familles à faible revenu, la détention et l'internement du soutien de famille, ont un effet dévastateur sur le tissu social des communautés. Une fois libérés, les anciens détenus ne reçoivent généralement aucun appui médical alors qu'ils doivent se réinsérer dans la société. De plus, en l'absence de systèmes médicaux solides au niveau local, l'abandon du placement en milieu fermé peut tourner à la tragédie<sup>13</sup>. Les casiers judiciaires, la surveillance après la libération et les ordres de détention ont des

<sup>12</sup> Dora M. Dumont *et al.*, « Public health and the epidemic of incarceration », *Annual Review of Public Health*, vol. 33 (avril 2012), et Ernest Drucker, *A Plague of Prisons : The Epidemiology of Mass Incarceration in America* (New York, New Press, 2013).

<sup>13</sup> Voir, par exemple, l'appel urgent conjoint adressé le 28 novembre 2016 à la Mission permanente de l'Afrique du Sud auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales sises à Genève. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=22868>.

conséquences sur la vie politique, sociale et professionnelle des individus, car ils affaiblissent leur résilience, limitent les possibilités qui s'offrent à eux, créent des obstacles à leur intégration et, en fin de compte, portent atteinte à leur droit à la santé.

20. En résumé, l'exercice du droit à la santé dans le contexte de l'internement et de la privation de liberté se distingue par son absence.

## **B. Cadre régissant le droit à la santé**

21. Les normes relatives aux droits de l'homme visant à protéger les personnes privées de liberté ou internées contre les violations de leurs droits existent. Cependant, la particularité du cadre normatif et l'absence de volonté politique limitent le champ d'application des réactions au phénomène de société très complexe que sont ces violations. Pour élargir le champ d'application de ces réactions, il conviendrait de procéder à une évaluation structurelle, du point de vue du droit à la santé, de l'atmosphère qui règne dans les prisons et les lieux de détention et d'internement, c'est-à-dire de la façon dont les gens y vivent et y survivent, de la façon dont le pouvoir y est structuré et organisé et des facteurs structurels qui permettent aux pratiques et aux institutions de persister<sup>14</sup>.

### **Obligations de l'État**

22. Conformément à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, les États ont l'obligation de respecter, de protéger et de réaliser le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a indiqué que, en application du même article, les États étaient tenus de s'abstenir de refuser ou d'amoindrir l'égalité d'accès de toutes les personnes, dont les détenus, aux soins de santé prophylactiques, thérapeutiques et palliatifs<sup>15</sup>. D'autres traités internationaux relatifs aux droits de l'homme comportent également des dispositions visant à protéger le droit à la santé de groupes donnés, dont les personnes privées de liberté ou internées.

23. L'Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela) comporte des dispositions sur la responsabilité des États en matière de soins de santé vis-à-vis des personnes détenues dans des prisons (règles 24 à 35). Par exemple, les États ont l'obligation de veiller à ce que les services médicaux des prisons garantissent la continuité du traitement et des soins, notamment pour l'infection à VIH, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses, ainsi que pour la toxicomanie. Les Règles disposent aussi que les détenus qui requièrent des traitements spécialisés doivent être transférés vers des établissements spécialisés ou vers des hôpitaux civils et que les décisions cliniques ne peuvent être prises que par des professionnels de la santé responsables et ne peuvent être rejetées ou ignorées par le personnel pénitentiaire non médical.

24. Compte tenu de l'objectif de la réalisation progressive du droit à la santé, il est nécessaire de prendre des mesures pour garantir la réalisation de ce droit en milieu fermé et notamment d'adopter un plan visant à mettre fin à l'internement forcé dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée. Ce plan doit être étayé par des stratégies visant à renforcer l'offre de solutions de substitution au niveau local<sup>16</sup>.

### **Consentement éclairé<sup>17</sup>**

25. Le droit au consentement éclairé est un élément fondamental du droit à la santé physique et mentale. Le consentement éclairé suppose une décision volontaire et suffisamment éclairée, et permet de promouvoir l'autonomie de la personne, son

<sup>14</sup> Tomas Max Martin, Andrew M. Jefferson et Mahuya Bandyopadhyay, « Sensing prison climates : governance, survival and transition », *Focaal*, n° 68 (2014).

<sup>15</sup> Voir l'observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, par. 34.

<sup>16</sup> A/HRC/35/21.

<sup>17</sup> Pour en savoir plus sur la question du consentement éclairé, voir A/64/272, par. 9, 28, 34 et 79 à 84.

autodétermination, son intégrité corporelle et son bien-être. Il englobe le droit de consentir à un traitement médical, de le refuser ou d'en choisir un autre<sup>18</sup>.

26. Si le droit de consentir à un traitement ou de le refuser implique une réflexion approfondie en cas de procédures permettant de sauver la vie, il doit être respecté, protégé et réalisé, notamment dans les cas d'isolement et d'internement, où un soutien et un encouragement sont nécessaires pour qu'il soit procédé au traitement sur une base volontaire. Toutefois, l'application du droit de consentir à un traitement aux personnes privées de liberté continue de présenter certaines ambiguïtés. Il existe toujours un risque élevé que les intéressés soient soumis à des tests et traitements coercitifs, involontaires ou obligatoires, y compris à des dépistages obligatoires de la toxicomanie, à des essais de recherche et, pour ceux qui font une grève de la faim, à l'alimentation forcée ; dans d'autres cas, des organes ont été prélevés sans consentement préalable sur des prisonniers exécutés. De telles pratiques sont préjudiciables et certaines ont des incidences sur la communication des symptômes pour le dépistage et le traitement d'infections stigmatisées, comme l'infection à VIH et la tuberculose.

### **Égalité et non-discrimination**

27. La privation de liberté et l'internement sont caractérisés par les inégalités et la discrimination profondément enracinées, qui peuvent aller de l'arrestation discriminatoire à l'organisation discriminatoire et inéquitable des services lorsqu'une personne est privée de liberté ou internée.

28. Les autorités sanitaires et pénitentiaires commettent souvent des actes de discrimination par privation de soins médicaux, dont les traitements de substitution aux opiacés, l'utilisation de seringues propres, la thérapie antirétrovirale et le matériel de santé sexuelle ou les contraceptifs. Le statut de détenu peut inciter les autorités pénitentiaires et sanitaires à prendre des mesures préjudiciables. Les personnes qui veulent être soignées dans des prisons, dans d'autres lieux de détention ou dans des centres d'internement, en particulier celles qui ont de graves problèmes de santé, se voient souvent opposer un refus qui est une forme de punition informelle ; il n'est pas non plus donné suite à leur demande lorsque l'on estime à tort qu'elles ne jouissent pas de la capacité juridique en raison d'une déficience, réelle ou supposée, ou pour d'autres raisons. Il convient de surmonter immédiatement les obstacles à l'accès sans discrimination aux soins de santé, y compris aux établissements médicaux qui sont réglementés de manière indépendante en dehors du système pénal. Compte tenu des échecs de la formation du personnel à cet égard, il est nécessaire de trouver des solutions de rechange convaincantes.

### **Coopération et assistance internationales**

29. Les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme reconnaissent l'obligation de la coopération internationale, qui inclut la coopération concernant le droit à la santé. La coopération internationale pour la réalisation d'un large éventail de droits est également reconnue dans l'objectif de développement durable 17. Les États à revenu élevé ont une responsabilité particulière s'agissant de fournir une assistance dans le domaine du droit à la santé, notamment en ce qui concerne l'accès adéquat aux soins médicaux dans les prisons, dans les autres lieux de détention ou dans les centres d'internement. Aucune assistance internationale ne devrait être fournie aux établissements pénitentiaires et aux systèmes de santé qui sont discriminatoires ou dans lesquels sont commis des actes de violence, de torture ou d'autres violations des droits de l'homme. C'est particulièrement le cas des centres de détention pour toxicomanes, des grands établissements psychiatriques et établissements isolés de soins de longue durée<sup>19</sup>.

30. La coopération internationale devrait permettre de renforcer l'appui aux interventions sanitaires au niveau local afin de protéger efficacement les individus contre la privation de liberté et l'internement discriminatoires, arbitraires, excessifs ou inappropriés. Il est préoccupant de constater qu'un déséquilibre persiste entre l'aide multilatérale et

<sup>18</sup> Ibid., par. 10.

<sup>19</sup> A/65/255, A/HRC/35/21.



bilatérale fournie pour l'administration de la justice et celle fournie pour les investissements de proximité fondés sur les droits. Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre toute la portée des projets au titre desquels les établissements fermés continuent d'être financés au détriment des investissements dans des services de santé et de protection sociale de proximité.

### Déterminants fondamentaux de la santé

31. Divers facteurs influent sur le cadre de vie des personnes privées de liberté ou internées. Les conditions délétères sont notamment les mauvaises conditions d'hygiène et l'accès limité à une alimentation saine, à l'air libre et à l'eau potable. Certains établissements ont été construits sur des terres contaminées par des substances cancérogènes<sup>20</sup>.

32. Dans ces contextes, qui comprennent notamment des prisons mais pas uniquement, la violence est récurrente et prend de nombreuses formes, dont la violence physique et sexuelle exercée par le personnel et les pairs, l'utilisation de moyens de contention physique et chimique, les traitements médicaux forcés et la mise à l'isolement. En outre, il s'est avéré que, dans de nombreux cas, la violence sexuelle à l'égard des femmes était systématique et généralisée. Les conditions délétères de détention et d'internement les plus discrètes, dont l'ennui et l'impuissance, se révèlent souvent les plus graves, car elles pèsent notamment sur la santé mentale, suscitent des sentiments d'inutilité et de désespoir et peuvent déboucher sur des tentatives de suicide.

33. Dans l'ensemble, les centres de détention ou d'internement ne sont pas des environnements thérapeutiques. Dans un précédent rapport, le Rapporteur spécial a recensé les déterminants fondamentaux du droit à la santé mentale, dont l'instauration et le maintien de rapports non violents, respectueux et sains dans les familles, les communautés et la société dans son ensemble<sup>21</sup>. Lorsqu'une personne placée en détention ou internée est entourée de personnel chargé de restreindre ses libertés, il est difficile d'établir ce type de rapports, ce qui entrave la réalisation pleine et effective du droit à la santé mentale<sup>22</sup>. Même en déployant de grands efforts pour instituer une culture centrée sur le respect et les soins, la violence et l'humiliation l'emportent généralement, ce qui empêche l'instauration de rapports sains.

### Soins de santé

34. Pour que le droit à la santé soit respecté, dans les centres de détention comme ailleurs, il faut que les installations, biens et services en matière de santé soient disponibles, accessibles, acceptables et de qualité.

35. Même lorsque le système de santé existant est tout à fait complet, des obstacles structurels peuvent entraver la réalisation pleine et effective du droit à la santé. Les centres de détention ou d'internement présentent souvent une concentration de personnes venant de situations de vulnérabilité extrême, notamment du point de vue médical. Dans bien des cas, ces centres se caractérisent par des conditions de vie inhumaines d'un point de vue physique et psychosocial, et par une structure du pouvoir inégalitaire, dont les racines historiques se nourrissent de racisme et de violence. L'impopularité des personnes détenues et internées et leur impuissance les empêchent de faire entendre leur voix, et il ne se trouve guère de monde pour défendre leur dignité. Ces facteurs constituent un schéma de déchéance qui compromet fortement l'éthique et l'efficacité de la structure et de la fourniture des soins de santé.

36. Les décisions administratives en matière d'attribution de marchés ont souvent une incidence négative sur l'offre de services de santé dans les centres de détention et

<sup>20</sup> Judah Schept, « Sunk capital, sinking prisons, stinking landfills : landscape, ideology and the carceral state in Central Appalachia », in Michelle Brown et Eamonn Carrabine (eds.), *Routledge Handbook of Visual Criminology* (New York, Routledge, 2017).

<sup>21</sup> A/HRC/35/21.

<sup>22</sup> Peter Stastny, « Involuntary psychiatric interventions : a breach of the Hippocratic serment ? » *Ethical Human Sciences and Services*, vol. 2, n° 1 (printemps 2000).

d'internement, en particulier lorsque ces services sont séparés des infrastructures générales de santé publique. Dans bien des cas, les décisions de ne pas proposer certains services de santé sont prises par des administrateurs pénitentiaires et non par des acteurs indépendants du secteur de la santé publique, et les questions de sécurité et de sanctions relèguent les préoccupations en matière de santé au second plan. Dans les contextes économiques défavorisés, il est fréquent que les systèmes de santé des prisons ne disposent pas des ressources nécessaires pour garantir la fourniture des soins de santé les plus basiques.

37. Dans de tels contextes, l'accès aux services de santé dépend souvent de l'issue de négociations avec le personnel chargé de la discipline. Les refus essuyés par les détenus qui demandent des services médicaux s'expliquent souvent pas des mesures de sanctions ou par la négligence des agents chargés de la sécurité. Cela a mené à des violations manifestes des droits de l'homme, dont des décès qui auraient pu être évités.

38. S'agissant de l'acceptabilité, les services de santé doivent respecter les droits de l'homme et l'éthique médicale, être adaptés au contexte culturel, être réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie, et être conçus de façon à respecter la confidentialité et à améliorer l'état de santé des intéressés. Dans les lieux de privation de liberté et d'internement, les services doivent être appropriés sur le plan culturel et acceptables pour les adolescents, les femmes, les personnes âgées, les personnes handicapées, les autochtones, les minorités et les lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexes.

39. S'agissant de la qualité, des protocoles et pratiques fondés sur des données concrètes doivent être utilisés pour soutenir les personnes détenues ou internées, dont la plupart ont besoin de soins physiques et psychiatriques importants et de qualité du fait des désavantages structurels auxquels elles font face. Cependant, la fourniture de tels services se heurte à des obstacles systémiques. Le contexte de privation et de contrôle a une incidence négative sur les relations, et amoindrit la qualité des soins de santé. Le manque de ressources, en particulier dans les contextes économiquement faibles, aggrave encore la situation. L'utilisation inappropriée ou la surprescription de médicaments psychotropes, pratiques fréquentes dans les prisons qui visent à contrôler le comportement des détenus, et le recours à l'isolement ou aux traitements médicaux forcés, posent des problèmes de qualité des soins et ne contribuent pas à la promotion et à la protection du droit à la santé. Dans les contextes pénitentiaires plus prospères, les programmes cognitivo-comportementaux et autres programmes visant la modification du comportement soulèvent de sérieuses questions au sujet de la qualité. Ces programmes perpétuent des approches individualistes qui considèrent qu'enfreindre la loi est « anormal » et masquent ainsi les contextes politiques et sociaux qui influencent la vie et les choix des personnes détenues ou internées.

### **Participation**

40. La réalisation effective du droit à la santé va nécessairement de pair avec la participation de chacun, y compris les personnes détenues ou internées, ou de ceux qui présentent le plus de risques, aux décisions prises aux niveaux légal, politique et local, plus particulièrement dans le domaine des soins de santé. Au niveau de la population, pour que chacun puisse prendre part de manière concrète aux décisions qui concernent son droit à la santé, il faut susciter une collaboration ouverte à tous, notamment aux personnes actuellement détenues ou internées ou qui l'ont été et à leur famille, à la police, aux administrateurs pénitentiaires, aux professionnels de la santé, aux travailleurs sociaux, à ceux qui militent pour la réforme des institutions pénitentiaires et aux abolitionnistes et, d'une manière générale, à l'ensemble de la société.

41. Dans les milieux fermés, les services de santé doivent donner la possibilité aux patients, en tant que titulaires de droits, d'exercer leur autonomie, de participer effectivement et activement à toutes les décisions qui les concernent et de faire leurs propres choix concernant leur santé, en bénéficiant d'un appui approprié si besoin.

42. Les voix de ceux qui sont directement concernés devraient être davantage prises en compte, même si cela demeure difficile, en raison de dynamiques de pouvoir profondément inégalitaires dans les domaines de la justice pénale et de la santé. Les associations de

prisonniers, les mouvements et projets de documentation concernant le droit de vote, les mouvements des usagers et survivants des systèmes psychiatriques et la collaboration inclusive des milieux universitaires et des organisations non gouvernementales constituent d'excellents moyens de promouvoir une participation concrète.

### **Principe de responsabilité**

43. Le principe de responsabilité en ce qui concerne l'exercice du droit à la santé mentale repose sur trois éléments : la surveillance, l'examen, notamment par des organismes judiciaires, quasi judiciaires, politiques ou administratifs, ainsi que des mécanismes de responsabilisation sociale, et les voies de recours et la réparation. Ce principe est primordial pour que le droit à la santé soit effectivement réalisé dans les prisons et les autres lieux de détention.

44. Malgré les efforts louables de plusieurs mécanismes de surveillance, les violations des droits de l'homme demeurent systématiques, généralisées et impunies dans les prisons et autres lieux de détention et d'internement. Les personnes qui y sont détenues ont, dans le meilleur des cas, un accès limité à des mécanismes de surveillance indépendants, souvent parce que de tels organismes n'existent pas. Les mécanismes chargés de la surveillance des centres de détention ne prennent que rarement en compte les obstacles structurels, tels que le nombre disproportionné de placements en détention ou en internement de personnes vulnérables, notamment du point de vue médical, l'existence de structures de pouvoir inégalitaires, trouvant souvent leur origine dans un passé raciste et violent, et le manque ou l'absence d'accès aux canaux permettant de demander des services, notamment en matière de soins médicaux.

45. Le Rapporteur spécial encourage les institutions nationales de promotion et de protection des droits de l'homme et les mécanismes nationaux de prévention à prêter attention à ces obstacles structurels. Ils pourront trouver utile d'appliquer une vision fondée sur le droit à la santé à l'exercice de leurs fonctions de surveillance et de promotion. Les personnes actuellement détenues ou internées ou qui l'ont été, les familles et la société civile devraient être associés à l'élaboration de mécanismes de responsabilisation et à sa mise en œuvre.

## **III. Le lien entre la santé mentale, l'internement forcé et la privation de liberté**

46. La privation de liberté effective ou de facto a, sur la santé mentale, des effets néfastes qui peuvent constituer des violations du droit à la santé. L'isolement et la détention prolongée ou indéfinie, notamment la détention pendant des décennies dans des prisons ou d'autres milieux fermés, ont des conséquences négatives sur la santé mentale et le bien-être. Au niveau mondial, la prévalence des maladies mentales dans les prisons est bien plus élevée que dans la population générale. La privation de liberté est en soi une expérience très difficile sur le plan émotionnel, lors de laquelle les personnes peuvent être face à des conditions inhumaines et de grande promiscuité, à des violences et à des mauvais traitements, à la séparation d'avec leur famille et leur communauté, à la perte d'autonomie et de contrôle dans leur vie quotidienne, à un climat de peur et d'humiliation, et à l'absence d'activités constructives et stimulantes. Le taux de suicide est au moins trois fois plus élevé dans les prisons que dans la population générale<sup>23</sup>.

47. Le nombre d'études portant sur la santé mentale dans les prisons a certes explosé récemment, mais ces études portent principalement sur la psychiatrie universitaire et concernent avant tout la prévalence des maladies et l'amélioration des services pendant la détention. Peu de recherches sont pour l'instant menées sur les limites de la fourniture de soins médicaux de qualité à ceux qui en ont le plus besoin imposées par les contraintes dues à l'enfermement et, en particulier, l'enfermement punitif.

<sup>23</sup> Seena Fazel et Jacques Baillargeon, « The health of prisoners », *The Lancet*, vol. 377 (2010).

48. On s'accorde de plus en plus à reconnaître que de nombreux individus détenus ou internés ne devraient pas l'être, et on admet de plus en plus fréquemment que les prisons sont des lieux qui ne sont pas appropriés pour traiter efficacement les maladies mentales et où il ne devrait pas y avoir de malades psychiatriques. Cependant, ce point de vue a conduit à des internements forcés dans des services psychiatriques, parfois pour une durée indéfinie, sans garanties effectives visant à protéger le droit à la santé, à favoriser la guérison ou à protéger contre l'arbitraire. Par exemple, des personnes souffrant d'un handicap intellectuel ou psychosocial qui sont en conflit avec la loi et sont considérées comme étant incapables de porter un jugement rationnel sur leur comportement (défense fondée sur l'irresponsabilité en raison d'un handicap mental) se retrouvent détenues dans des établissements de santé ou de sécurité.

49. La Convention relative aux droits des personnes handicapées contient des dispositions pertinentes à cet égard (art. 12 et 14). Le Comité des droits des personnes handicapées a expliqué que ces dispositions prévoient l'interdiction absolue de l'internement forcé, notamment le placement contre leur gré de personnes souffrant d'un handicap intellectuel ou psychosocial dans des services psychiatriques, fondé uniquement sur une déficience réelle ou supposée, parce qu'une telle mesure prive la personne de sa capacité juridique de décider si elle souhaite ou non faire l'objet de soins et de traitements, être hospitalisée ou placée en institution<sup>24</sup>.

50. Selon la Convention, la reconnaissance de la capacité juridique, notamment aux personnes souffrant d'un handicap intellectuel ou psychosocial, s'applique à tous les domaines de la vie, y compris en ce qui concerne l'égalité devant les cours et tribunaux. À cet égard, le Comité a reconnu que, lorsque les personnes handicapées en conflit avec la loi, y compris les personnes souffrant d'un handicap intellectuel ou psychosocial, sont privées de liberté à l'issue d'une procédure légale et non arbitraire, elles devaient bénéficier d'aménagements raisonnables pour préserver leur dignité, notamment en prison<sup>25</sup>.

51. Le Rapporteur spécial sait l'importance de ces dispositions. Il réitère son appel à un changement d'orientation dans le domaine de la santé mentale et préconise l'abandon de mesures dépassées qui mènent à l'internement forcé de personnes souffrant d'un handicap intellectuel ou psychosocial dans des institutions psychiatriques. Il appelle les États, les organisations internationales et les autres parties prenantes à agir de concert afin de réduire drastiquement le recours aux placements dans des établissements psychiatriques, l'objectif étant de parvenir à éliminer ces mesures et ces institutions. Il demande aussi aux États de prévoir des aménagements raisonnables dans les prisons pour toutes les personnes handicapées privées de liberté, de manière légale et non arbitraire, quel que soit le type du handicap, d'une manière qui permette de préserver leur dignité.

52. Pour ce qui est de l'avenir, il est absolument nécessaire d'examiner attentivement le rôle que joue la perception des maladies mentales sur l'augmentation du nombre de structures d'internement, perception qui repose sur la fausse dichotomie selon laquelle les personnes entrant en conflit avec la loi sont soit « folles », soit « mauvaises ». Ces personnes, notamment celles qui peuvent être atteintes d'une maladie mentale, ne doivent pas être réduites à cette catégorisation binaire. Le Rapporteur spécial accueille avec satisfaction le débat croissant sur la catégorisation subjective des personnes et les risques inhérents d'internement forcé dans des services de santé mentale. Une place importante doit être accordée dans le débat à la manière dont la défense fondée sur l'irresponsabilité en raison d'un handicap mental et d'autres outils de la justice pénale, comme les tribunaux de la santé mentale et les mesures de sécurité, peuvent contribuer à perpétuer des défaillances systémiques en matière de droits de l'homme dans les prisons et les services de santé mentale. De nombreuses initiatives visant à fournir des soins de santé mentale de proximité sans recourir à la contrainte ou à l'isolement ont montré des résultats prometteurs. L'autonomisation est une condition préalable essentielle à la guérison de nombreuses personnes qui font face à d'importantes difficultés psychosociales. Les milieux fermés ne sont pas propices à l'autonomisation et à la guérison. Des relations thérapeutiques saines et fondées sur une confiance mutuelle devraient être encouragées entre les patients et les services de soins de santé mentale.

<sup>24</sup> Directives relatives au droit à la liberté et à la sécurité des personnes handicapées.

<sup>25</sup> Ibid.

## IV. Enfants privés de liberté

53. L'ampleur des souffrances qu'endurent les enfants détenus ou internés impose que le monde se mobilise en faveur de l'abolition des prisons et grandes institutions où sont placés des enfants, et que la société investisse davantage dans les services de proximité.

54. L'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus, premières règles du genre adoptées dans le cadre des Nations Unies, ne prévoit aucune condition ni mesure de protection pour les enfants détenus, pour la simple raison que ces règles se fondent sur le principe selon lequel les enfants ne doivent pas être condamnés à des peines d'emprisonnement, principe qui a été réaffirmé par les Règles Nelson Mandela. Depuis plus de trente ans, les Règles des Nations Unies en matière de justice pour mineurs prévoient que le placement d'un mineur dans une institution doit toujours être une mesure de dernier ressort et que la durée doit en être aussi brève que possible<sup>26</sup>. Les États Membres de l'ONU se sont engagés il y a longtemps en faveur de la dépénalisation et du recours à des mesures non privatives de liberté, pour les enfants comme pour les adultes<sup>27</sup>. Maintenir les enfants à l'écart du système de justice pénale fait à présent partie d'une stratégie visant à faire cesser les violences à l'égard des enfants dans le contexte de la justice pénale<sup>28</sup>. Les auteurs de l'étude mondiale sur les enfants privés de liberté, réalisée à la demande du Secrétaire général, doivent formuler des recommandations sur la mise en œuvre de cette stratégie<sup>29</sup>.

55. Les grandes institutions qui sont censées veiller au bien-être des enfants, notamment les foyers pour jeunes enfants et les établissements d'enseignement et de santé et structures de protection pour enfants handicapés, présentent, à l'instar des prisons, de nombreux défauts qui entravent considérablement l'exercice du droit à la santé des enfants détenus, en particulier s'agissant de leur développement psychologique et émotionnel. Des enfants sont aussi placés en détention administrative dans des institutions pénitentiaires pour des « délits politiques » ou des questions de sécurité nationale ou de contrôle de l'immigration. De fait, toutes les formes de détention ont une incidence négative considérable sur l'exercice par l'enfant du droit à la santé, à un développement sain et à ce que soient assurés dans toute la mesure possible sa survie et son développement, ce qui constitue une violation du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (art. 12) et de la Convention relative aux droits de l'enfant (art. 6 et 24).

### A. Aperçu

56. Il n'existe pas de statistiques mondiales sur le nombre total d'enfants privés de liberté. On estime qu'environ un million d'enfants se trouvaient en détention dans les systèmes de justice pénale au début des années 2000 ; dans certains pays, la plupart d'entre eux étaient en attente de jugement. Beaucoup étaient détenus pour des comportements non délictueux liés à la pauvreté et à la discrimination, motifs qui constituent en soi une atteinte aux droits de l'enfant. Selon l'Expert indépendant chargé de l'étude des Nations Unies sur la violence à l'encontre des enfants, la violence est répandue dans les institutions pénitentiaires<sup>30</sup>.

57. La probabilité qu'un enfant soit détenu dépend notamment des déterminants sociaux de la santé<sup>31</sup>. La pauvreté, l'exclusion sociale, les systèmes scolaires militarisés, le sexe, l'appartenance ethnique et le handicap sont autant de facteurs associés à la privation de

<sup>26</sup> Ensemble de règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs (« Règles de Beijing »), règle 19.1 ; voir aussi les Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté (« Règles de La Havane »), règle 1.

<sup>27</sup> Règles minima des Nations Unies pour l'élaboration de mesures non privatives de liberté (« Règles de Tokyo »).

<sup>28</sup> Voir les Stratégies et mesures concrètes types des Nations Unies relatives à l'élimination de la violence à l'encontre des enfants dans le contexte de la prévention du crime et de la justice pénale, par. 30 et 31.

<sup>29</sup> Résolution 69/157 de l'Assemblée générale.

<sup>30</sup> Voir A/61/299, par. 61 et 62.

<sup>31</sup> A/HRC/7/11 et Corr.1.

liberté chez les enfants. Le nombre d'enfants issus de communautés économiquement ou socialement défavorisées qui sont privés de liberté, notamment ceux appartenant à des minorités ethniques ou autochtones, ainsi que ceux placés en institution, est anormalement élevé. Les enfants handicapés risquent davantage d'être placés en institution et de subir des violences effroyables, souvent sous le couvert de « traitements »<sup>32</sup>. Accroître l'investissement en vue de s'attaquer à ces déterminants fondamentaux de la santé n'est pas seulement une nécessité pour la réalisation progressive du droit à la santé ; il s'agit également d'une stratégie prometteuse destinée à éviter l'incarcération à long terme.

58. Le Rapporteur spécial a constaté que des enfants handicapés pouvaient passer toute leur enfance internés dans de grandes institutions puis, une fois adultes, être transférés dans des institutions de protection sociale. Bien qu'ils aient été conçus avec des intentions louables, ces modèles paternalistes ne sont pas conformes à plusieurs dispositions protégeant les droits de l'enfant, notamment le droit à un développement sain. Dès le début de leur vie, les enfants sont victimes de ce triste héritage qu'est l'internement dans des foyers pour jeunes enfants, caractérisés par une négligence affective qui représente en soi une forme de violence institutionnelle. Le Rapporteur spécial renouvelle les appels précédemment lancés afin de mettre fin aux placements en institution des enfants de moins de 5 ans et de les remplacer par un système global d'aide aux familles<sup>33</sup>. Si elle est prise au sérieux, cette mesure peut permettre à elle seule d'éviter que des millions d'enfants soient privés de liberté.

59. La Convention relative aux droits de l'enfant n'exclut pas la détention d'enfants, mais la décourage très fortement (art. 37 b)). Il ne peut s'agir que d'une mesure de dernier ressort. Cette norme ne doit pas servir à justifier rétrospectivement l'existence de certaines structures ; la Convention impose l'obligation d'épuiser toutes les autres stratégies au niveau global et toutes les autres interventions au niveau local.

## B. Institutions pénitentiaires

60. Les institutions pénitentiaires ont été conçues avant tout pour des adultes. Dans le meilleur des cas, des quartiers séparés sont aménagés pour les enfants, mais ils ont été construits sur le même modèle que les prisons pour adultes. La prison est une des formes de détention d'immigrants utilisées dans le monde entier. Le droit fondamental de l'enfant à la protection et aux soins ne peut en aucun cas être réalisé dans des institutions pénitentiaires<sup>34</sup>.

61. Des enfants ont été maintenus dans des cellules, des quartiers, des couloirs, des cours de promenade et des parloirs pendant des semaines, des mois, voire des années. L'enfance est une période absolument essentielle dans le développement de la personne ; dans les milieux pénitentiaires, l'air libre, les fenêtres et les possibilités de jouer, de faire de l'exercice et d'explorer le monde extérieur sont, au mieux, fortement limités. Le manque d'aliments sains et nourrissants affaiblit les enfants et les mauvaises conditions d'hygiène favorisent les infections et les maladies. En ce qui concerne les enfants se trouvant dans des centres de détention d'immigrants, la remise en liberté avant l'expulsion représente pour eux la perte des lieux qu'ils considèrent comme leur foyer et des personnes qui y sont associées. Les transferts sous escorte entre l'institution et l'avion privent les enfants de la possibilité de faire leurs adieux.

62. Pour les enfants, la détention en milieu pénitentiaire a des conséquences qui vont au-delà de leur liberté physique : elle a également des retombées extrêmement néfastes sur leur bien-être mental et leur potentiel de croissance psychologique et cognitive. Les résultats de recherches montrent que la détention aggrave les traumatismes préexistants chez les enfants migrants. Pour certains, il s'agit de la pire expérience de leur vie<sup>35</sup>.

<sup>32</sup> Paulo Sérgio Pinheiro, *World Report on Violence against Children* (2006), p. 185 et 188.

<sup>33</sup> Voir par exemple A/70/213.

<sup>34</sup> Voir la Convention relative aux droits de l'enfant, art. 3 2) et 40.

<sup>35</sup> International Detention Coalition, *Captured Childhood : Introducing a New Model to Ensure the Rights and Liberty of Refugee, Asylum Seeker and Irregular Migrant Children Affected by Immigration Detention* (2012), p. 49.

63. L'adolescence est une période critique du développement cognitif et émotionnel, qui a des conséquences à l'âge adulte. Le Rapporteur spécial reste profondément préoccupé par la manière dont les sanctions appliquées aux actes de violence commis par des jeunes influencent la santé et le développement des adolescents<sup>36</sup>. L'incrimination et l'incarcération ont augmenté malgré des éléments montrant que les stratégies de santé publique donnent de meilleurs résultats<sup>37</sup>. En réalité, les enfants détenus dans des institutions pénitentiaires, notamment pour des faits de violence, sont ceux dont les besoins n'ont pas été satisfaits et dont les droits n'ont pas été respectés dans la petite enfance. Le droit international des droits de l'homme exige que les enfants soient traités d'une manière tenant compte de leur âge et de leur intérêt supérieur<sup>38</sup>. Garantir le développement complet et harmonieux des enfants dans la société, de leur petite enfance à leur adolescence, est une stratégie fondamentale pour prévenir la délinquance juvénile<sup>39</sup>.

64. Depuis l'entrée en vigueur de la Convention relative aux droits de l'enfant, la recherche en neurosciences a révélé que le cerveau des adolescents est toujours en plein développement. Cela remet sérieusement en cause les arguments en faveur de milieux répressifs fermés et de méthodes de contrôle<sup>40</sup>. Les châtiments corporels, l'humiliation, la coercition et l'absence d'un environnement propice à des relations saines et non violentes et à un confort physique ne peuvent en aucun cas susciter des changements de comportement positifs et à long terme chez un enfant<sup>41</sup>.

65. De nombreux enfants se retrouvent en détention en raison de l'incarcération de leur mère, lorsqu'on estime qu'il est dans leur intérêt supérieur de rester avec elle. Le Rapporteur spécial est d'avis que cette évaluation de l'intérêt supérieur est trop restreinte. Les États doivent mettre en balance, d'un côté, l'intérêt public à incarcérer ces femmes, le plus souvent pour des infractions non violentes et, de l'autre, l'intérêt supérieur de l'enfant et l'obligation prévue à l'article 37 b) de la Convention. Cette disposition prévoit que tous les moyens possibles doivent être mis en œuvre pour éviter la détention de l'enfant, notamment des modèles de substitution à la détention et des mesures pour les mères.

66. Le placement d'enfants à l'isolement et les conditions de détention dégradantes et humiliantes sont considérés comme de la violence mentale<sup>42</sup>. De nombreuses autres formes quotidiennes de « violences organisées »<sup>43</sup> sont exercées par des moyens non moins perniciox. La créativité des enfants, leur communication, leur sommeil, leurs promenades, leurs jeux, leur apprentissage, leur repos, leurs interactions sociales et leurs relations sont contrôlés de manière compulsive en détention. Toute transgression de la part des enfants est sanctionnée, tandis que les personnes chargées d'administrer ces sanctions jouissent de l'impunité.

67. Aux privations quotidiennes s'ajoutent souvent des interventions comportementales, pratiquées en guise de « traitement » ou de « redressement ». Une telle approche renforce encore davantage l'idée selon laquelle un enfant en difficulté doit être « amendé » ; elle ne tient pas compte du fait qu'il faut procéder à des changements pour remédier aux

<sup>36</sup> Le Comité des droits de l'enfant a exprimé des préoccupations analogues ; voir son observation générale n° 13 (2001) sur le droit de l'enfant d'être protégé contre toutes les formes de violence, par. 15 c).

<sup>37</sup> Arianna Silvestri *et al.*, *Young People, Knives and Guns : A Comprehensive Review, Analysis and Critique of Gun and Knife Crime Strategies* (Londres, Centre for Crime and Justice Studies, 2009), p. 61 à 67.

<sup>38</sup> Convention relative aux droits de l'enfant, art. 3 et 37, et Convention relative aux droits des personnes handicapées, art. 7 2).

<sup>39</sup> Voir les Principes directeurs des Nations Unies pour la prévention de la délinquance juvénile (« Principes directeurs de Riyad »), par. 1 à 6.

<sup>40</sup> Barry Goldson et Ursula Kilkelly, « International human rights standards and child imprisonment : potentialities and limitations », *The International Journal of Children's Rights*, vol. 21, n° 2 (2013).

<sup>41</sup> OMS et International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, *Preventing Child Maltreatment : A Guide to Taking Action and Generating Evidence* (2006) ; Initiative mondiale pour l'élimination de tous les châtiments corporels infligés aux enfants, « Corporal punishment of children : review of research on its impact and associations », document de travail (2016).

<sup>42</sup> Voir l'observation générale n° 13 du Comité des droits de l'enfant, par. 21.

<sup>43</sup> Hans von Hentig, *Punishment : Its Origin, Purpose and Psychology* (1937) ; Barry Goldson, « Child imprisonment : a case for abolition », *Youth Justice*, vol. 5, n° 2 (août 2005).

déterminants du droit à la santé, tels que les inégalités, la pauvreté, la violence et la discrimination, en particulier parmi les groupes en situation de vulnérabilité. Elle contribue en conséquence à ce que les enfants soient internés de force et elle aggrave leurs problèmes. Des stratégies simplistes de cette nature ne respectent pas le droit à la santé.

68. Les mécanismes de défense utilisés par les enfants stressés et désespérés, dont les actes de violence contre autrui ou contre soi-même, sont perçus par la société, le système judiciaire et les institutions de protection comme des actes antisociaux, violents ou d'automutilation. Les souffrances qu'infligent les institutions elles-mêmes ne sont souvent pas reconnues.

69. Force est de conclure que la détention d'enfants est une forme de violence. La Convention relative aux droits de l'enfant interdit de recourir à la détention en tant que mesure par défaut. Il faudra que la stratégie fondée sur les droits de l'enfant renforce encore davantage la présomption défavorable à l'égard de la détention d'enfants, en vue de son abolition.

## V. Femmes, droit à la santé et isolement

70. Les femmes représentent une petite minorité (7 %) de la population carcérale mondiale, mais le nombre des femmes incarcérées augmente et le rythme de cette croissance est plus rapide que celui des hommes<sup>44</sup> (sans compter les femmes et filles détenues en dehors du cadre de la justice pénale, dont le nombre n'est pas connu). La plupart de ces femmes sont des primo-délinquantes soupçonnées ou accusées d'infractions mineures non violentes, qui ne font peser aucun risque sur la population et ne devraient probablement même pas être en prison<sup>45</sup>. Paradoxalement, la hausse vertigineuse du nombre de femmes en milieu carcéral observée au cours des vingt dernières années a donné une plus grande visibilité au phénomène et débouché sur des réformes axées sur la problématique hommes-femmes, mais peu d'améliorations sont à constater pour ce qui est des souffrances des détenues et de leur nombre<sup>46</sup>.

71. Il est communément admis que la souffrance engendrée par l'emprisonnement ou l'internement et les conséquences néfastes sur l'exercice du droit à la santé qui en découlent sont sensiblement plus grandes chez les femmes que chez les hommes. Le pouvoir et l'autorité dans les prisons et les autres lieux de détention et d'enfermement, tels que les grands établissements psychiatriques, s'inscrivent dans une histoire patriarcale et dans des constructions hypermasculines des châtiments et du contrôle<sup>47</sup>. Il y a donc tout lieu de s'interroger sur l'acceptabilité de tels environnements du point de vue de la réalisation du droit à la santé et du bien-être des femmes.

72. La manière dont les femmes sont effectivement ou de facto privées de liberté est le produit d'inégalités structurelles, de discriminations, de stéréotypes sexistes préjudiciables et de traitements défavorables profondément ancrés, qui ont pour effet de bafouer leurs droits aux déterminants sociaux et autres de la santé, leur droit à l'autonomie dans le domaine de la procréation, leur droit à un environnement sans violences sexistes et leur droit à des services et à un soutien au sein de la communauté. Une fois dans le système carcéral, les femmes se heurtent à un environnement difficile, tout sauf neutre sous l'angle du genre, ce qui, combiné à l'enfermement, augmente leur risque d'avoir des problèmes de santé à court et à long terme, perpétue les violences et les traumatismes dont elles ont déjà été victimes par le passé et entrave la réalisation pleine et effective du droit à la santé pour elles-mêmes comme pour leurs enfants à charge et autres membres de la famille à l'extérieur de la prison.

<sup>44</sup> Roy Walmsley, *World Female Imprisonment List*, 4<sup>e</sup> éd. (2017).

<sup>45</sup> Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Handbook on Women in Prison*, 2<sup>e</sup> éd. (Publication des Nations Unies, numéro de vente : E.14.IV.3).

<sup>46</sup> Cassandra Shaylor, « Neither kind nor gentle : the perils of "gender responsive justice" », dans *The Violence of Incarceration*, Phil Scraton et Jude McCulloch (éd.) (Routledge, 2008).

<sup>47</sup> M. Bandypadhyay, « Competing masculinities in a prison », *Men and Masculinities*, vol. 9, n° 2 (2006).



## A. Spécificités de l'incarcération des femmes

73. Des études menées dans plusieurs pays ont montré qu'il existe un lien entre, d'une part, les violences, sévices sexuels, physiques et psychologiques et la dépendance financière et, d'autre part, l'incarcération des femmes. Bon nombre de femmes en prison sont mères et sont les premières, sinon les seules, à veiller sur des enfants ou d'autres membres de la famille. Dans bien des pays, condamner une femme à une peine d'emprisonnement revient à incarcérer également son bébé ou son enfant en bas âge. Les enfants plus grands n'ont que de rares contacts avec leur mère et doivent souvent se débrouiller pour s'en sortir, qu'ils vivent dans la rue, en institution, dans une famille d'accueil ou chez des proches<sup>48</sup>.

74. Dans certains pays, les femmes enceintes qui consomment des drogues ou des médicaments, même prescrits légalement, peuvent, à l'issue de procédures civiles ou pénales, être placées en détention pour de longues périodes, parfois pour toute la durée de la grossesse. Cela peut avoir un effet discriminatoire sur les femmes enceintes sous traitement en raison d'un handicap<sup>49</sup>. Dans d'autres pays, des femmes sont emprisonnées pour des « atteints à la moralité », parce qu'elles ont commis l'adultère ou ont eu des relations extraconjugales, ou pour les protéger de violences sexistes (« crimes d'honneur »)<sup>50</sup>.

75. Les lois pénales et autres dispositions légales qui restreignent l'accès aux produits, aux services et aux informations en matière de santé sexuelle et sont aussi à l'origine d'incarcérations de femmes<sup>51</sup>. Dans certains États, le fait de donner des informations sur la prévention ou l'interruption des grossesses ou de délivrer des dispositifs jugés contraires aux notions de « moralité » ou de « décence » est ainsi passible de peines d'amende voire d'emprisonnement. Des lois pénales ont également été utilisées pour poursuivre des femmes qui, par exemple, n'avaient pas suivi la prescription d'un médecin pendant la grossesse, ne s'étaient pas abstenues d'avoir des relations sexuelles ou avaient dissimulé une naissance<sup>52</sup>. Lorsque l'avortement est illégal, le fait de chercher à interrompre sa grossesse et de solliciter des services d'urgence pour des complications liées à une grossesse, y compris en cas de fausse couche, peut mener en prison. La crainte de sanctions pénales pour complicité peut conduire des professionnels de santé à dénoncer aux autorités des femmes souffrant de complications liées à une grossesse<sup>53</sup>.

76. Une proportion importante des femmes en prison le sont pour des infractions mineures non violentes, liées à la drogue. C'est le cas de 40 à 80 % d'entre elles dans plusieurs pays sur les continents américain, européen et asiatique<sup>54</sup>. Alors que les hommes sont statistiquement plus enclins à prendre part au trafic de drogues, les femmes sont proportionnellement bien plus souvent incarcérées pour des infractions liées aux stupéfiants<sup>55</sup>.

77. Dans de nombreux pays, la proportion de femmes placées en détention provisoire est au moins égale à celle des détenues condamnées<sup>56</sup>. Cela ne fait qu'accroître le risque pour

<sup>48</sup> Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), *Addressing the Development Dimensions of Drug Policy* (2015), p. 26 ; Moira O'Neil, Nathaniel Kendall-Taylor et Susan Nall Bales, « Communicating about women and criminal justice in the United Kingdom », *FrameWorks Research Brief* (juin, 2015), p. 3 ; Carolyne Willow, *Children Behind Bars : Why the Abuse of Child Imprisonment Must End* (Policy Press, 2015).

<sup>49</sup> Amnesty International, *Criminalizing Pregnancy : Policing Pregnant Women Who Use Drugs in the USA* (2017).

<sup>50</sup> A/68/340.

<sup>51</sup> A/66/254, A/68/340 et A/HRC/14/20.

<sup>52</sup> Voir A/66/254, par. 18, 38 et 62.

<sup>53</sup> Voir, par exemple, CEDAW/C/SLV/CO/8-9, par. 37 et 38.

<sup>54</sup> Voir A/68/340, par. 23 et 24 ; Rebecca Schleifer et Luciana Pol, « International guidelines on human rights and drug control : a tool for securing women's rights in drug control policy », *Health and Human Rights Journal*, vol. 19, n° 1 (2017) ; Thailand Institute of Justice, *Women Prisoners and the Implementation of the Bangkok Rules in Thailand* (2014).

<sup>55</sup> Joanne Csete *et al.*, « Public health and international drug policy », *The Lancet*, vol. 387 (avril 2016) ; A/68/340, par. 26 ; CEDAW/C/BRA/CO/7 et Corr.1, par. 32 ; A/54/38/Rev.1, partie II, par. 312.

<sup>56</sup> Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Handbook on Women and Imprisonment*.

elles d'être soumises à des violences sexuelles et à d'autres formes de coercition visant à leur soutirer des aveux<sup>57</sup> et vient s'ajouter aux discriminations fondées sur la race, le handicap, la nationalité étrangère et d'autres facteurs sociaux.

78. Pour protéger le droit à la santé, il est essentiel de laisser autant que possible les femmes en dehors du système de justice pénale, par exemple en abrogeant les textes incriminant l'accès aux services et aux informations en matière de santé sexuelle et procréative ou les relations sexuelles entre adultes consentants ainsi que certains textes relatifs aux « bonnes mœurs » et aux infractions sans gravité liées aux stupéfiants.

## B. Conditions carcérales

79. Une fois incarcérées, les femmes sont nombreuses à être victimes de discrimination fondée sur le sexe ou le handicap, et à être soumises à des traitements et à des conditions qui sont à l'image des violences et des atteintes à leurs droits qu'elles ont pour la majorité d'entre elles déjà connus avant la détention. Dans un certain nombre de pays, le peu de places disponibles pour les détenues conduit à incarcérer des femmes dans des établissements dont le niveau de sécurité n'est pas justifié par l'évaluation des risques réalisée à leur admission<sup>58</sup>. Il peut aussi arriver que des femmes soient placées dans des établissements de plus haute sécurité que ce qui serait indiqué, faute de services médicaux ou psychiatriques<sup>59</sup>. Cette situation est exacerbée s'agissant des femmes handicapées du fait du peu de structures adaptées, et plus encore des femmes présentant un handicap psychosocial ou intellectuel, dont les troubles, réels ou supposés, sont souvent mis en avant pour justifier le placement dans des établissements de plus haute sécurité<sup>60</sup>.

80. Comme leurs homologues masculins, les détenues doivent faire face de manière récurrente à la surpopulation, à la violence et au manque d'hygiène, qui nuisent à leur santé mentale et physique, et entraînent des risques de transmission de maladies. Il est fréquent que les besoins propres aux femmes, tels que ceux en rapport avec les menstruations, la grossesse et le post-partum, la ménopause et la santé sexuelle et procréative, ne soient pas, ou pratiquement pas, pris en compte<sup>61</sup>. L'absence de soins de santé spécifiquement destinés aux femmes dans les prisons, notamment de services spécialisés d'obstétrique et de santé procréative, les mauvais traitements infligés par le personnel, la négligence médicale et le refus opposé aux demandes de médicaments, le manque d'intimité dans le cadre des examens médicaux et l'absence de confidentialité, ainsi que la discrimination dans l'accès aux services de réduction des risques, peuvent constituer des mauvais traitements, voire des actes de torture dans certains cas<sup>62</sup>, et sont une atteinte au droit à la santé.

81. Les normes internationales imposent la présence, dans les prisons pour femmes, d'« installations spéciales pour tous les soins prénatals et postnatals nécessaires »<sup>63</sup> et la mise à disposition gratuite « d'une nourriture adéquate, apportée en temps voulu, et d'un environnement sain », en particulier pour les femmes enceintes ou allaitantes<sup>64</sup>. Pourtant, les soins prénatals sont inadaptés ou inexistant dans bon nombre de prisons, alors même qu'ils sont largement accessibles à la population générale, et l'alimentation laisse à désirer<sup>65</sup>. Des cas de mauvais traitements sur des femmes durant leur accouchement ont été rapportés dans plusieurs prisons et centres de détention de migrants. Le régime cellulaire ou

<sup>57</sup> Open Society Justice Initiative, *Presumption of Guilt : The Global Overuse of Pretrial Detention* (New York, Open Society Foundations, 2014) ; Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Handbook on Women and Imprisonment*.

<sup>58</sup> Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Handbook on Women and Imprisonment*.

<sup>59</sup> Voir, par exemple, Anti-Discrimination Commission Queensland, *Women in Prison* (2006), à l'adresse [https://www.adcq.qld.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/5148/WIP\\_report.pdf](https://www.adcq.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0018/5148/WIP_report.pdf).

<sup>60</sup> Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Handbook on Women and Imprisonment*.

<sup>61</sup> A/68/340. Voir aussi Human Rights Watch, *Going to the Toilet When You Want : Sanitation as a Human Right* (2017).

<sup>62</sup> Voir A/HRC/31/57, par. 26.

<sup>63</sup> Règles Nelson Mandela, règle 28.

<sup>64</sup> Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (Règles de Bangkok), règle 48.

<sup>65</sup> A/68/340.

l'isolement disciplinaire ne doivent pas s'appliquer comme punition aux femmes qui sont enceintes, qui allaitent ou qui ont avec elles un enfant en bas âge<sup>66</sup>.

### C. Femmes handicapées

82. Le nombre de détenues atteintes d'un handicap et, plus particulièrement, d'un handicap psychosocial, est disproportionné, aussi bien par rapport à la population générale que par rapport à la population carcérale de sexe masculin<sup>67</sup>. La fermeture d'établissements psychiatriques et le manque de services de proximité adaptés en matière de logement, de santé mentale et d'aide sociale ont contribué à l'accroissement du nombre de femmes atteintes d'un handicap psychosocial derrière les barreaux<sup>68</sup>. La médicalisation du comportement des femmes et la tendance à considérer les femmes en conflit avec la loi comme « folles », « irrationnelles » et « à amender » a aussi contribué à ancrer l'idée reçue selon laquelle les femmes incarcérées souffriraient d'atteintes mentales que n'auraient pas les hommes et, ainsi, alimenté la surprescription de psychotropes à des femmes souffrant d'un niveau normal de détresse dans leur situation de détenue.

83. Dans de nombreuses prisons, les aménagements raisonnables pour les personnes handicapées ne sont pas faits, ce qui est lourd de conséquences sur la réalisation de leur droit à la santé et peut même dans certains cas constituer une violation de l'interdiction de la torture et des mauvais traitements<sup>69</sup>. Le fait de classer les femmes présentant un handicap mental dans une catégorie de risque plus élevée que nécessaire amenuise également leurs chances de libération anticipée, et exacerbe leurs troubles mentaux.

84. À voir la manière dont des femmes se retrouvent effectivement ou de facto privées de liberté et les niveaux élevés de violence et les souffrances auxquelles elles sont exposées dans les lieux de détention, l'on prend conscience de ce que leur droit à la santé n'est pas pleinement respecté, protégé ni réalisé. Les réformes censées prendre en compte la problématique hommes-femmes n'ont pas permis de résoudre ces problèmes, qui touchent de manière disproportionnée les femmes défavorisées, vulnérables ou marginalisées.

## VI. De l'isolement aux soins communautaires : mettre fin à la détention au nom de la santé publique

85. Longtemps, les décideurs ont répondu à la propagation des maladies infectieuses et des virus, tels que la lèpre, le VIH ou la tuberculose, par des stratégies de santé publique reposant sur l'enfermement. Divers cadres juridiques, notamment des lois nationales relatives à la santé mentale, légitiment l'internement de force pour des motifs variés et subjectifs, parmi lesquels la nécessité médicale et la dangerosité. C'est ainsi que l'isolement est devenu l'instrument de choix de certains pays (certains y recourant même de plus en plus) face à des questions de société et de santé publique complexes. Élaborées avec les pires scénarios à l'esprit, les politiques et pratiques ont un impact considérable sur des catégories de population marginalisées, qui se retrouvent en détention au titre de la législation pénale ou au nom de la santé publique en raison de leur état de santé. Cette situation continue d'être observée régulièrement, en dépit des exemples de plus en plus nombreux, qui montrent que les soins de santé et le soutien en milieu communautaire

<sup>66</sup> Règles de Bangkok, règle 22.

<sup>67</sup> États-Unis d'Amérique, Ministère de la justice, « Disabilities among prison and jail inmates », 2011-2012 (2015) ; Janet I. Warren *et al.*, « Personality disorders and violence among female prison inmates », *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 30 (2002) ; Emma Plugge, Nicola Douglas et Ray Fitzpatrick, *The Health of Women in Prison : Study Findings* (University of Oxford, 2006).

<sup>68</sup> Jennifer M. Kilty, « "It's like they don't want you to get better" : Psy control of women in the carceral context », *Feminism & Psychology*, vol. 22, n° 2 (avril 2012).

<sup>69</sup> Cour européenne des droits de l'homme, affaire *Price c. Royaume-Uni*, requête n° 33394/96, arrêt du 10 juillet 2001, et affaire *D. G. c. Pologne*, requête n° 45705/07, arrêt du 12 février 2013 ; États-Unis, Cour d'appel du sixième circuit, *Stoudemire v. Michigan Department of Corrections et al.*, affaire n° 14-1742, décision du 22 mai 2015.

aboutissent à des résultats meilleurs aussi bien pour ces groupes de population que pour les communautés dans lesquelles ils vivent. Dans un monde en rapide évolution, la place de la détention pour des raisons de santé publique est un débat d'actualité, qu'il ne faut pas éluder. Dans la perspective de la réunion de haut niveau sur la lutte contre la tuberculose qui se tiendra prochainement en application de la résolution 71/159 de l'Assemblée générale, le Rapporteur spécial s'attachera dans le présent chapitre au cas emblématique de la tuberculose.

86. Peu de groupes de population courent plus de risques de contracter la tuberculose que les personnes privées de liberté, qui cumulent plusieurs facteurs de risque, de l'alimentation médiocre au manque d'hygiène en passant par l'insuffisance des soins médicaux. De fait, les taux de prévalence de la maladie sont 3 à 1 000 fois plus élevés en prison que dans la population générale et, dans certains pays, la population carcérale compte 25 % des cas de tuberculose de l'ensemble de la population<sup>70</sup>.

87. Les violations des droits qui contribuent à la propagation de la tuberculose sont le résultat non seulement des conditions de détention, mais aussi des réponses punitives apportées à cette maladie comme à d'autres maladies infectieuses : criminalisation, isolement, coercition ou encore hospitalisation forcée. Trop souvent, les méthodes de lutte contre la tuberculose suivies aujourd'hui encore sont aussi anciennes que la maladie elle-même, alors que, pour garantir le droit à la santé et mieux faire face à la maladie, il faudrait une approche moderne, d'assise communautaire. La réalisation du droit à la santé suppose en effet une volonté sans faille de mettre en place des réponses à la tuberculose dans la communauté, et le choix d'éliminer totalement toute mesure punitive, enfermement compris.

#### **A. La criminalisation : déterminant du droit à la santé des personnes vivant avec la tuberculose**

88. Non seulement les approches reposant sur l'incarcération et la détention vont à l'encontre de la jouissance des droits à la santé, au consentement éclairé, à la vie privée, au libre choix des traitements, de la liberté de circulation et du droit de ne pas être soumis à des traitements inhumains ou dégradants, mais elles peuvent en outre aggraver les inégalités sociales et, paradoxalement, faire augmenter l'incidence de la tuberculose<sup>71</sup>.

89. Les lois de certains pays autorisent l'internement obligatoire et le traitement forcé des tuberculeux, en violation du droit au consentement éclairé, ce qui ne fait qu'engendrer peur et stigmatisation de la maladie elle-même comme des personnes qui en souffrent. De ce fait, certains individus qui présentent des symptômes de tuberculose ne vont pas consulter et ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin. Certaines lois disposent expressément que des examens, une hospitalisation et une observation peuvent être décidés, une mise en quarantaine peut être imposée et un traitement médical peut être mis en place sans le consentement des intéressés, dans certains cas sans qu'une décision de justice ne soit nécessaire. Certains pays se sont dotés de lois qui portent spécifiquement sur la tuberculose et qui sont stigmatisantes dans leur formulation, laissant entendre par exemple que les personnes touchées se soustraient aux traitements avec des intentions malveillantes, et autorisent l'hospitalisation forcée. De tels cadres juridiques correspondent à des approches dépassées de la prise en charge médicale, y compris des approches dans lesquelles le montant alloué à une structure de santé est déterminé en fonction du nombre de lits occupés.

90. On observe parmi les personnes privées de liberté un nombre disproportionné de personnes issues de groupes défavorisés qui n'ont pas suffisamment accès aux services de santé. Le fait de placer ces personnes en milieu fermé augmente encore le risque qu'elles ne

<sup>70</sup> Voir <http://www.who.int/tb/challenges/prisons/fr/> ; F. Biadlegne, A. Rodloff et U. Sack, « Review of the prevalence and drug resistance of tuberculosis in prisons : a hidden epidemic », *Epidemiology & Infection*, vol. 143, n° 5 (avril 2015).

<sup>71</sup> G. Mburu *et al.*, « Detention of people lost to follow-up on TB treatment in Kenya : The need for human rights-based alternatives », *Health and Human Rights Journal*, vol. 18, n° 1 (2016), résumé.

puissent pas se soigner et peut entraîner la propagation de la tuberculose car les conditions carcérales, notamment la surpopulation, le manque de ventilation, les carences de la prévention, des soins et des traitements médicaux, le stress, la malnutrition et l'absence de services de réduction des risques, augmentent le risque d'infection et de transmission<sup>72</sup>, tout comme la prévalence élevée du VIH<sup>73</sup>. Il est fréquent que les détenus n'aient pas l'accès voulu à des conseils et aux informations quant aux médicaments et aux effets secondaires des traitements. Le manque d'accès à des outils de diagnostic de qualité et aux médicaments contribue lui aussi à faire des prisons des « incubateurs » de tuberculose ; 18 % seulement des prisons des pays fortement touchés par cette maladie ont accès à de tels outils<sup>74</sup>.

91. Le recours excessif à l'hospitalisation, dans certains cas dans des conditions quasi carcérales, en cas de tuberculose multirésistante ou ultrarésistante (MR ou UR), est également un sujet de préoccupation. De nombreux pays ne parviennent pas à mettre l'isolement en pratique, en particulier lorsqu'ils doivent faire face à des souches de tuberculose pharmacorésistantes. Il en résulte de la peur et de la défiance à l'égard des systèmes de santé publique, ce qui est peu propice à la réalisation du droit à la santé des personnes atteintes de tuberculose. L'isolement prolongé, utilisé pour le traitement prolongé de la tuberculose pharmacorésistante, provoque lui aussi des sentiments de peur, de colère et d'autoaccusation, et est à l'origine de cas de dépression et de suicide ; on a constaté les mêmes sentiments et comportements parmi la population carcérale<sup>75</sup>. Cela n'est pas surprenant, car les personnes atteintes de la maladie perçoivent l'isolement prolongé comme une incarcération.

## B. Soins communautaires et tuberculose

92. L'OMS reconnaît que l'on peut obtenir avec des soins communautaires des résultats comparables à l'hospitalisation ainsi qu'une baisse de la propagation nosocomiale de la maladie, et souligne qu'ils devraient toujours être envisagés avant l'isolement<sup>76</sup>. L'isolement sous la contrainte n'est ni éthique ni respectueux du droit à la santé.

93. En dépit des éléments scientifiques et de droit et des considérations éthiques, certaines législations pénales prévoient l'enfermement et des pratiques punitives parmi les stratégies nationales contre la tuberculose. Ces mesures, qui peuvent certes être perçues comme des mesures « de santé publique » visant à enrayer la propagation de la maladie, entraînent d'importantes violations des droits de l'homme, nuisent au contraire à la santé publique, et sapent l'efficacité de la lutte contre la maladie. Plutôt que de s'appuyer largement sur l'enfermement, il convient, dans une approche fondée sur les droits, de mettre en place différentes possibilités de soins communautaires, avec tous les moyens voulus, de manière à ce que les personnes atteintes de tuberculose disposent des informations, de l'aide nutritionnelle et de l'appui financier et autre dont elles ont besoin pendant leur traitement ou si elles se retrouvent sans emploi du fait de la maladie. Même sans grands moyens, les modèles de traitements communautaires novateurs expérimentés à petite échelle se sont révélés extrêmement efficaces et ont enregistré des taux élevés d'achèvement du traitement et de guérison<sup>77</sup>.

<sup>72</sup> Masoud Dara, Dato Chorgoliani et Pierpaolo de Colombani, « TB prevention and control care in prisons ». Disponible à l'adresse :

<https://pdfs.semanticscholar.org/c9d4/e241b8d4204108df36c16ad4e7cea4d8e56f.pdf>.

<sup>73</sup> Stop TB Partnership, Key Populations Brief : Prisoners. Disponible à l'adresse :

[www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief\\_Prisoners\\_ENG\\_WEB.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_Prisoners_ENG_WEB.pdf).

<sup>74</sup> Banuru Muralidhara Prasad *et al.*, « Status of tuberculosis services in Indian prisons », *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 56 (2017).

<sup>75</sup> Kingsley Lezor Bieh, Ralf Weigel et Helen Smith, « Hospitalized care for MDR-TB in Port Harcourt, Nigeria : a qualitative study », *BMC Infectious Diseases* (2017).

<sup>76</sup> OMS, *Orientations sur l'éthique en matière de prévention, de soins et de lutte contre la tuberculose* (2010), p. 19.

<sup>77</sup> Voir, par exemple, OMS, Bureau régional de l'Europe, *Les bonnes pratiques en matière de renforcement des systèmes de santé au service de la prévention et du traitement de la tuberculose et de la tuberculose pharmacorésistante* (Copenhague, 2016). Disponible à l'adresse

94. Traiter la question de la tuberculose par l'enfermement accroît la stigmatisation des malades et, par ricochet, éloigne les personnes les plus à risque des services de soins de santé. Le fait de soumettre les tuberculeux à l'enfermement ne fait pas que les exposer à des risques en leur imposant un environnement souvent caractérisé par un accès insuffisant aux traitements et aux services ; cela accélère aussi la propagation de la maladie dans ledit environnement. Il est particulièrement frappant de noter que l'incarcération a été utilisée pour isoler des individus atteints de tuberculose, à titre de sanction pour non-observance des traitements, alors même que cette non-observance était en premier lieu imputable à des violations de leur droit à la santé. En fin de compte, l'enfermement fait porter toute la responsabilité du traitement et des soins sur l'individu, ce qui revient à isoler les malades et à les traiter en coupables au lieu de leur fournir les soins de santé et l'aide dont ils auraient besoin pour guérir. Il faut mettre un terme à ces pratiques.

## VII. Conclusions et recommandations

95. Lorsqu'ils sont utilisés de manière généralisée pour répondre à des questions sociales qui, bien souvent, ne relèvent pas du cadre pénal, la privation de liberté et l'enfermement créent un environnement préjudiciable à l'exercice du droit à la santé physique et mentale. S'il est vrai que certains cas d'emprisonnement peuvent toujours se justifier, il est inacceptable qu'au XXI<sup>e</sup> siècle, la détention et l'enfermement continuent d'être régulièrement imposés pour des délits mineurs ou comme réponse à des problèmes de santé publique.

96. Il est inacceptable que des États continuent de privilégier la détention et l'enfermement comme outils de promotion de la sécurité publique, des « bonnes mœurs » et de la santé publique, avec des mesures qui causent plus de tort que de bien en ce qui concerne la justice sociale, la santé publique et à la réalisation du droit à la santé physique et mentale.

97. L'objectif 3 des objectifs de développement durable (« Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges ») ne sera pas atteint si la communauté mondiale n'accorde pas une attention sérieuse à la question du recours à la détention et à l'enfermement dans le cadre des politiques de santé publique et ne donne pas la priorité à la définition de solutions de remplacement efficaces. Cela a son importance à toutes les étapes de la vie, dès la petite enfance, l'adolescence puis la jeunesse, et jusqu'au troisième âge, la possibilité devant être donnée de vieillir en bonne santé et dans la dignité, au sein de sa communauté.

98. Le Rapporteur spécial engage vivement les États :

a) À respecter et appliquer pleinement les Règles Nelson Mandela, en particulier en ce qui concerne la prestation de soins de santé dans les prisons ;

b) À réaffecter les fonds actuellement alloués aux politiques de sécurité et de santé publiques reposant sur la détention et l'isolement, de manière à améliorer les systèmes de santé publique, notamment grâce à des écoles sûres et solidaires et des programmes en faveur de relations saines, de l'accès aux perspectives de développement et d'un cadre de vie exempt de violence ;

c) À élaborer des mesures visant à éliminer, sur une base non discriminatoire, les obstacles qui peuvent être rencontrés en prison et autres lieux de détention et d'isolement pour accéder aux soins de santé, en particulier par les femmes, les enfants, les toxicomanes, les personnes handicapées et les personnes atteintes de tuberculose ;

d) À renforcer les dispositifs d'assise communautaire qui valorisent l'individu et favorisent son rétablissement et l'instauration de relations saines, tout en réduisant fortement, pour les éliminer progressivement, les mesures imposées sous la contrainte et le placement en institution de santé mentale ;

e) À prévoir de manière efficace des aménagements raisonnables pour les détenus handicapés, en particulier ceux qui présentent des déficiences psychosociales ou intellectuelles ;

f) À mettre en œuvre des stratégies nationales de dépenalisation et de substitution à la privation de liberté pour les enfants en conflit avec la loi ou les enfants déjà en détention ;

g) À cesser complètement de placer des enfants de moins de 5 ans en institution, pour passer à un système de soutien global aux familles ;

h) À investir à plus grande échelle pour mettre un terme au placement en institution des enfants de tous âges enfermés au nom de la santé publique ou de la protection sociale dans des établissements de grande taille, de type orphelinat ou structure fermée à vocation sociale ou spécialisée dans la santé mentale, accueillant particulièrement des enfants de groupes vulnérables – minorités ethniques, populations autochtones, enfants handicapés, notamment ;

i) À mettre en œuvre des politiques et des mesures spécifiques afin d'éviter par tous les moyens le placement d'enfants en détention, notamment à élaborer des modèles et des solutions de substitution pour les mères incarcérées ;

j) À abroger les lois incriminant l'accès aux services de santé sexuelle et procréative et les informations relatives à ces services, y compris pour tout ce qui touche à la prévention et à l'interruption des grossesses et aux relations sexuelles entre adultes consentants ;

k) À mettre effectivement à disposition les installations spéciales nécessaires pour pouvoir prodiguer des soins et traitements prénatals et postnatals dans les prisons et autres lieux de détention, ainsi qu'à fournir une nourriture adéquate, apportée en temps voulu, et un environnement sain, gratuitement, aux femmes enceintes et allaitantes, conformément aux Règles de Bangkok ;

l) À mettre fin à la criminalisation, à l'incarcération et à l'enfermement des personnes atteintes de tuberculose au nom de la santé publique, tout en développant des services communautaires qui leur garantissent l'accès à une information, à un soutien nutritionnel et à des revenus adéquats ;

m) À faire en sorte de donner aux personnes en détention ou en situation d'isolement les moyens d'exercer une véritable autonomie et de prendre part aux décisions en matière de soins de santé, avec un soutien et un hébergement appropriés en cas de besoin ;

n) À encourager la participation aux mécanismes de responsabilisation de personnes qui ont été en détention ou en situation d'isolement ou qui le sont encore et de membres de leur famille, ainsi que de la société civile, tout en définissant dans les institutions nationales des droits de l'homme et les mécanismes nationaux de prévention des stratégies pour l'intégration d'une approche respectueuse du droit à la santé dans les missions de suivi et de promotion.

99. Le Rapporteur spécial invite la communauté internationale à accroître son soutien aux interventions communautaires qui protègent efficacement les individus contre tout enfermement discriminatoire, arbitraire, excessif ou injustifié.

100. Le Rapporteur spécial demande instamment aux autres parties prenantes concernées d'aborder dans les débats sur la santé mentale la question de l'exception d'irresponsabilité mentale et des autres outils de justice pénale, tels que les tribunaux spécialisés et les mesures de sécurité spéciales visant les personnes atteintes de troubles de la santé mentale, afin d'étudier en quoi ils peuvent aggraver les dysfonctionnements systémiques constatés dans les prisons et les établissements de santé mentale au regard des droits de l'homme.