**Article 25 – Indicateurs illustratifs du droit à la santé\***

**Jouissance du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap**

**Attributs**

* **Égalité d'accès aux services généraux et spécifiques au sein des services de santé généraux**
* **Assurance maladie inclusive**
* **Consentement libre et éclairé**

**Indicateurs structurels**

25.1 Législation relative à la santé qui reconnaît explicitement :

* l'égalité d'accès des personnes handicapées[[1]](#endnote-1) à des services de santé abordables, accessibles, de qualité et adaptés à la culture, dans les milieux privés et publics ;
* le refus d'aménagement raisonnable constitue une discrimination fondée sur le handicap ;
* le respect de la confidentialité des personnes handicapées, y compris les femmes, les enfants et les personnes âgées.

25.2 Textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes et aux filles l'accès aux soins de santé sexuelle et génésique, à l'information et à l'éducation (sur la base de l'indicateur ODD 5.6.2), y compris les femmes et les filles handicapées.25.3 Existence d'une politique/d'un plan national pour garantir que les personnes handicapées, en particulier les femmes, les enfants et les personnes âgées, aient accès à des services de santé de qualité et abordables,[[2]](#endnote-2) y compris l'accès à la couverture sanitaire universelle.[[3]](#endnote-3)

(Idem 10.4)

25.4 Normes nationales d'accessibilité adoptées et appliquées aux établissements de santé publics et privés.

25.5 La législation interdit aux assureurs maladie de discriminer les personnes handicapées sur la base d’incapacités/conditions de santé préexistantes.

* 1. Législation qui :
* Reconnaît le droit à un consentement libre et éclairé à un traitement médical et le droit de refuser le traitement de chaque individu à tout moment, indépendamment de sa capacité juridique, de sa condition de liberté, y compris dans les situations de détresse mentale ;
* Interdit la discrimination dans l'exercice du consentement libre et éclairé, y compris le refus d'aménagements raisonnables ;
* S'assure que tous les renseignements sur la santé et les formulaires de consentement sont entièrement accessibles et culturellement appropriés ;

- Exige des prestataires de soins de santé qu'ils agissent conformément aux directives préalables, aux procurations et aux autres formes de prise de décision assistée pour les décisions en matière de soins de santé.[[4]](#endnote-4)

25.7 Aucune disposition dans la législation ou la réglementation[[5]](#endnote-5) qui permettent :

* Consentement à être représenté ou remplacé par un tiers ;[[6]](#endnote-6)

- Tout type de traitement involontaire, y compris par toute forme de chirurgie ;[[7]](#endnote-7) l'administration de tout type de médicament,[[8]](#endnote-8) thérapie (p. ex. ECT), dispositifs mécaniques, ceintures ou dispositifs de retenue.

25.8 Les cours et formations obligatoires sur le droit à la santé des personnes handicapées, le consentement libre et éclairé et les déterminants sociaux sous-jacents ayant une incidence sur la santé, y compris la santé mentale, font partie intégrante des programmes de formation de base des étudiants des programmes de médecine et de santé dans les universités et autres établissements d'enseignement.

**Indicateurs de Processus**

25.9 Proportion de cliniques de santé publique, d'hôpitaux et d'autres établissements offrant des soins de santé qui répondent aux normes nationales d'accessibilité, y compris les bâtiments et l'environnement,[[9]](#endnote-9) le matériel médical et sanitaire, l’information et la communication accessibles.

25.10 Proportion de cliniques et d'hôpitaux de santé publique qui proposent des méthodes de communication accessibles et alternatives.[[10]](#endnote-10)

25.11 Proportion du budget affecté à la santé mentale qui est alloué aux services et soutiens communautaires (par opposition au budget alloué aux hôpitaux et lits psychiatriques).

25.12 Proportion de la population consacrant une grande part de ses dépenses ou de ses revenus domestiques aux services de soins de santé (indicateur ODD 3.8.2) ventilé par sexe, âge et handicap.

25.13 Proportion de personnes handicapées sur la population totale qui utilisent des programmes de soins de santé soutenus par le gouvernement, par âge, sexe et type de handicap.

25.14 Coût moyen des soins de santé à la charge des personnes handicapées par rapport à d'autres personnes, par sexe, âge et handicap.

25.15 Protocole adopté sur le droit à un consentement libre et éclairé au traitement et le droit de refuser un traitement qui s'applique à tous les services de santé, entre autres aux services de santé mentale, y compris dans les situations de détresse mentale.[[11]](#endnote-11)

25.16 Couverture des services de santé essentiels[[12]](#endnote-12) ventilée par sexe, âge et handicap (indicateur ODD 3.8.1)[[13]](#endnote-13)

25.17 Processus de consultation entrepris pour assurer la participation active des personnes handicapées, y compris par l’intermédiaire des organisations qui les représentent, à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des lois, réglementations, politiques et programmes, liés à la santé, y compris la santé sexuelle, génésique et mentale. [[14]](#endnote-14)

25.18 Proportion de personnel, notamment de professionnels de la santé, travaillant dans le secteur public et privé de la santé et de ceux impliqués dans la prestation de programmes et de services de santé, formés au droit à la santé des personnes handicapées et au consentement libre et éclairé.

25.19 Campagnes et activités de sensibilisation destinées aux personnes handicapées et à leurs familles concernant les informations, programmes et services de santé pour les personnes handicapées, en particulier les femmes, les enfants et les personnes âgées handicapés, y compris sur le consentement libre et éclairé, la santé mentale et le bien-être, la santé sexuelle et génésique, les avantages de la pratique d'une activité physique, entre autres.

25.20 Proportion de plaintes reçues concernant l'accès aux services de santé et à la prestation de services de santé et à l'assurance-maladie alléguant une discrimination fondée sur le handicap et/ou impliquant des personnes handicapées qui ont fait l'objet d'une enquête et d'une décision ; proportion de celles jugées en faveur du plaignant ; et proportion de ces dernières qui ont été respectées par le gouvernement et/ou le détenteur d'obligations (par exemple, un prestataire de services de santé privé) ; à chaque fois ventilée par type de mécanisme.

**Indicateurs de Résultat**

25.21 Taux de mortalité maternelle (indicateur ODD 3.1.1) ventilé par âge et handicap de la personne.

25.22 Proportion de femmes et de filles en âge de procréer qui utilisent des méthodes modernes pour satisfaire leur besoin de planification familiale (basées sur l'indicateur ODD 3.7.1) ventilée par âge et handicap.

25.23 Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, par sexe, âge et appartenance à un groupe de population à risque (indicateur 3.3.1 des ODD) et handicap.

25.24 Incidence de la tuberculose, du paludisme et de l'hépatite B pour 1 000 habitants (indicateurs ODD 3.3.2, 3.3.3 et 3.3.4) parmi la population de personnes handicapées par rapport aux autres.

25.25 Probabilité de mourir (pour 1 000) entre 15 et 60 ans, ventilée par sexe (indicateur OMS), handicap et origine autochtone/minoritaire.

25.26 Prévalence de la sous-alimentation (indicateur ODD 2.1.1) ventilée par sexe, âge et handicap.

25.27 Prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans, par forme (surpoids et émaciation) (indicateur ODD 2.2.2) et par sexe, âge et handicap.

25.28 Proportion d’accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (indicateur ODD 3.1.2) ventilée par âge et handicap de la personne qui accouche.

25.29 Proportion de femmes et de filles qui prennent leurs propres décisions éclairées concernant les relations sexuelles, l'utilisation des contraceptifs et les soins de santé génésique (sur la base de l'indicateur ODD 5.6.1) par âge et handicap.

25.30 Taux annuels d'hospitalisation involontaire pour 100 000 personnes dans la population générale.

**\*** Voir le rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées concernant le droit des personnes handicapées de jouir du meilleur état de santé possible, [A/73/161](https://undocs.org/fr/A/73/161).

1. Y compris les personnes vivant avec le VIH/SIDA. [↑](#endnote-ref-1)
2. Cela comprend :

	* non-discrimination fondée sur le handicap ;
	* reconnaître le consentement libre et éclairé des personnes handicapées sur un pied d'égalité avec les autres ;
	* intégrer les programmes et services de santé et de prévention, sur la base de l'égalité avec les autres ;
	* services spécifiques au sein des services de santé généraux, y compris : identification précoce et intervention précoce, le cas échéant (y compris le dépistage des handicaps de la petite enfance et la planification de la prestation de services ciblés tels que la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la communication en langue des signes, la stimulation de la petite enfance, etc., et la prestation des appareils fonctionnels et des technologies d’assistance dédiés à la mobilité, la vision, l’audition, la communication et aux soins auto-administrés) ;
	* des services visant à minimiser et à prévenir d'autres incapacités ;
	* tous les domaines de la santé, y compris, entre autres, la santé sexuelle et génésique, le VIH/SIDA, la santé des adolescents et des personnes âgées, les services de santé mentale. Les services de santé mentale devraient être fournis en tant que service général accessible à toutes les personnes, y compris les personnes avec tout type de handicap, et en tant que service spécifique au handicap pour les personnes handicapées psychosociales. Ces services doivent être basés sur le consentement libre et éclairé de la personne concernée et devraient inclure un large éventail d'alternatives aux services conventionnels, notamment le soutien par les pairs, le soutien en cas de crise, la psychothérapie et le conseil (y compris l’accompagnement pour surmonter des traumatismes), etc. [↑](#endnote-ref-2)
3. La mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle — des ensembles de services de santé essentiels aux réformes du financement de la santé — devrait inclure la gamme complète des services de santé dont les personnes handicapées peuvent avoir besoin, y compris l'adaptation et la réadaptation liées à la santé, les appareils et technologies d'assistance. [↑](#endnote-ref-3)
4. Les prestataires de soins de santé devraient s'adresser directement aux personnes en situation de handicap en discutant de leurs soins de santé et en recherchant leur consentement libre et éclairé individuel, tout en respectant la participation de leurs aidants choisis. Les directives anticipées et les procurations sont acceptées comme des mesures de soutien soumises au droit de la personne de les révoquer à tout moment dans le cadre de l'exercice de sa capacité juridique. Lorsque, malgré des efforts importants, il s'avère impossible d'obtenir la volonté d'une personne, des protocoles seront en place pour déterminer la meilleure interprétation de la volonté et des préférences de la personne sur la base de preuves (y compris «compte tenu de ses préférences, de ses valeurs et de ses attitudes passées, de ce qu’elle a dit et fait, et de ce qu’elle a communiqué de manière verbale ou non verbale », [A/HRC/37/56](https://undocs.org/fr/A/HRC/37/56), par. 31), et sous réserve d'être corrigés par des expressions ultérieures de volonté ou de prise de décision par l'individu (obtenues ou non par des mesures de soutien). [↑](#endnote-ref-4)
5. Cela comprend la santé, la santé mentale, la famille, le droit civil et le droit pénal. [↑](#endnote-ref-5)
6. Le tiers comprend un membre de la famille, un tuteur légal, un travailleur social ou de la santé ou un professionnel. [↑](#endnote-ref-6)
7. Par exemple, stérilisation, avortement, etc. [↑](#endnote-ref-7)
8. Par exemple, contraception, neuroleptiques, médicaments atténuant la croissance, médicaments psychotropes, etc. [↑](#endnote-ref-8)
9. Salles de consultation, installations de traitement et d'opération, toilettes, zones d'attente. [↑](#endnote-ref-9)
10. Entre autres, des informations pour les patients dans des langues et des formats accessibles, y compris la langue des signes, les langues autochtones/minoritaires, le braille, etc. et l'interprétation en langue des signes, en langues autochtones/minoritaires. [↑](#endnote-ref-10)
11. Le protocole devrait :

	* être explicitement inclusif des personnes handicapées ;
	* interdire le traitement non consensuel et le consentement fournis par un tiers ;
	* reconnaître et assurer une aide qui respecte l'autonomie, la volonté et les préférences de l'individu ;
	* reconnaître et mettre à disposition des méthodes de communication accessibles et alternatives ;
	* reconnaître les directives anticipées/instruments de planification soumis à l'exercice de la capacité juridique de l'individu en tout temps.
	* s'assurer que lorsqu'il n'a pas été possible d'obtenir l'expression de la volonté de la personne, malgré des efforts importants, la meilleure interprétation de la volonté et des préférences déterminera la ligne de conduite et non la norme de « l'intérêt supérieur ». (Voir [l’Observation générale n° 1](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/1&Lang=en) du Comité CDPH sur l'article 12, reconnaissance égale devant la loi). [↑](#endnote-ref-11)
12. Cela est défini comme la couverture moyenne des services essentiels basée sur des interventions de suivi qui incluent la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles et la capacité et l'accès aux services, parmi la population générale et la plus défavorisée. [↑](#endnote-ref-12)
13. Voir les métadonnées sur l'indicateur ODD, où sous ventilation, il indique ; « L'équité est au cœur de la définition de la CSU, et donc l'indice de couverture des services de la CSU devrait être utilisé pour communiquer des informations sur les inégalités de couverture des services au sein des pays. Cela peut être fait en présentant l'indice séparément pour la population nationale vs les populations défavorisées pour mettre en évidence les différences entre elles. » [↑](#endnote-ref-13)
14. Cet indicateur nécessite de vérifier les activités concrètes entreprises par les autorités publiques pour faire participer les personnes handicapées dans les processus décisionnels liés aux questions qui les affectent directement ou indirectement conformément à l'article 4 (3) de la CDPH et à [l'Observation générale no. 7](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/7&Lang=en) du Comité CDPH, y compris des réunions de consultation, des séances d'information technique, des enquêtes de consultation en ligne, des appels à commentaires sur des projets de législation et de politiques, entre autres méthodes et mécanismes de participation. À cet égard, les États doivent

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

assurer la fourniture d'informations appropriées et accessibles ;

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

inclure à la fois les organisations enregistrées et non enregistrées ;

assurer une participation précoce et continue ;

couvrir les dépenses connexes des participants. [↑](#endnote-ref-14)