



## Adunarea Generală

Distrib. generală  
11 ianuarie 2019

Originalul: Limba engleză  
Tradus și revizuit de IER  
(<http://ier.gov.ro/>)

### Consiliul Drepturilor Omului

Cea de-a patruzecua sesiune

25 februarie-22 martie 2019

Punctul 3 de pe ordinea de zi

**Promovarea și protejarea tuturor drepturilor omului, civile,  
politice, economice, sociale și culturale,  
inclusiv a dreptului la dezvoltare**

### Drepturile persoanelor cu dizabilități

#### Raportul Raportoarei speciale privind drepturile persoanelor cu dizabilități

##### *Rezumat*

În raportul său, Raportoarea specială privind drepturile persoanelor cu dizabilități oferă o prezentare generală a activităților desfășurate în 2018 și prezintă un studiu tematic privind formele de privare de libertate specifice dizabilității, în lumina standardelor prevăzute de Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități. Raportul examinează formele de detenție specifice dizabilității, cauzele care stau la baza acestora și consecințele lor negative și propune modele alternative bazate pe drepturi. Raportul conține recomandări menite să ajute statele să dezvolte și să pună în aplicare reforme pentru a pune capăt privării de libertate pe motive de dizabilitate. Printre acestea se numără abrogarea legilor și a reglementărilor care permit privarea de libertate pe motive de dizabilitate, punerea în aplicare a unor politici de dezinstituționalizare și desfășurarea unor campanii de creștere a gradului de conștientizare.



## Cuprins

	<i>Pagina</i>
I. Introducere .....	3
II. Activitățile Raportoarei speciale .....	3
A. Vizitele de țară.....	3
B. Colaborarea cu părțile interesate.....	3
C. Comunicări .....	4
III. Privarea de libertate a persoanelor cu dizabilități.....	4
IV. Cauzele subiacente ale formelor de privare de libertate specifice dizabilității.....	7
V. Dreptul persoanelor cu dizabilități la libertate și siguranță .....	11
A. Recunoașterea universală a dreptului la libertatea persoanei.....	11
B. Conținutul normativ al articolului 14 din Convenție .....	12
C. Impactul Convenției asupra normelor internaționale și regionale .....	15
VI. Renunțarea la privarea de libertate pe motive de dizabilitate.....	17
A. Reforma legislativă.....	17
B. Dezinstituționalizarea .....	17
C. Renunțarea la măsuri coercitive în domeniul sănătății mintale.....	18
D. Accesul la justiție.....	18
E. Sprijinul comunitar .....	19
F. Participarea .....	20
G. Consolidarea capacităților și creșterea gradului de conștientizare.....	20
H. Mobilizarea resurselor .....	20
VII. Concluzii și recomandări.....	21

## I. Introducere

1. Raportoarea specială privind drepturile persoanelor cu dizabilități, Catalina Devandas-Aguilar, a înaintat prezentul raport Consiliului Drepturilor Omului în temeiul Rezoluției 35/6. Acesta conține o descriere a activităților pe care le-a desfășurat în 2018 și un studiu tematic privind formele de privare de libertate specifice dizabilității. Studiul urmărește să ofere statelor orientări cu privire la modul în care pot să garanteze dreptul la libertate și siguranță al persoanelor cu dizabilități, acordând o atenție deosebită procesului prin care se urmărește să se pună capăt privării de libertate pe bază de dizabilitate.

2. Pentru realizarea studiului, Raportoarea specială a solicitat efectuarea a două studii<sup>1</sup> și a analizat răspunsurile la un chestionar adresat statelor membre, instituțiilor naționale pentru drepturile omului, agențiilor din cadrul sistemului Organizației Națiunilor Unite, organizațiilor societății civile, precum și persoanelor cu dizabilități și organizațiilor care le reprezintă. Aceasta a primit 40 de răspunsuri.<sup>2</sup>

## II. Activitățile Raportoarei speciale

### A. Vizitele de țară

3. În 2018, Raportoarea specială a vizitat Kuwait în perioada 26 noiembrie-5 decembrie (raport care urmează să fie prezentat în cadrul celei de-a patruzeci și treia sesiuni a Consiliului). Aceasta mulțumește Guvernului Statului Kuwait pentru cooperarea sa dinaintea, din timpul și ulterior vizitei sale.

4. Raportoarea specială a decis să efectueze vizite în Botswana, Canada, China și Norvegia. Raportoarea specială a solicitat să fie invitată să efectueze vizite în Benin, Cambodgia, El Salvador și Vietnam și ia act cu satisfacție de invitațiile care i-au fost adresate de a vizita Algeria, Egipt și Emiratele Arabe Unite.

### B. Colaborarea cu părțile interesate

5. În cursul anului, Raportoarea specială a participat la numeroase conferințe și reuniuni de experți, inclusiv la cea de-a cincizeci și șasea sesiune a Comisiei pentru dezvoltare socială, la dezbaterile interactive anuale privind drepturile persoanelor cu dizabilități, desfășurate în cadrul Consiliului Drepturilor Omului, la reuniunea de experți europeni și părți interesate având ca scop furnizarea de informații pentru cea de-a noua sesiune a Grupului de lucru deschis privind îmbătrânirea, la consultarea Consiliului Drepturilor Omului privind drepturile omului și sănătatea mintală și la cea de-a unsprezecea sesiune a Conferinței statelor părți la Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități. De asemenea, a organizat consultări ale experților cu privire la dreptul la sănătate, rolul notarilor și rolul puterii judecătorești în punerea în aplicare a Convenției, în cooperare cu alți experți ai Organizației Națiunilor Unite, agenții, organizații internaționale ale societății civile, organizații ale persoanelor cu dizabilități și cadre universitare.

6. Raportoarea a continuat să promoveze activ un demers global de includere a drepturilor persoanelor cu dizabilități în sistemul Organizației Națiunilor Unite, în coordonare cu Biroul executiv al Secretarului General și Grupul de sprijin interinstituțional pentru Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități. În cadrul acestui demers, a realizat un studiu de referință care va servi drept bază pentru elaborarea unei strategii

<sup>1</sup> P. Gooding și alții, *Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review* (University of Melbourne, 2018); și M. Gómez-Carrillo, E. Flynn și M. Pinilla, *Global Study on Disability-Specific Forms of Deprivation of liberty* (National University of Ireland Galway, forthcoming).

<sup>2</sup> A se vedea [www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/LibertyAndSecurity.aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/LibertyAndSecurity.aspx).

pentru incluziunea persoanelor cu dizabilități, la nivelul întregului sistem al Organizației Națiunilor Unite.

7. Astfel cum a solicitat Adunarea Generală, Raportoarea specială a colaborat cu Divizia de Statistică a Organizației Națiunilor Unite, Grupul interinstituțional de experți privind indicatorii asociați Obiectivelor de dezvoltare durabilă și mai multe agenții ale Organizației Națiunilor Unite, cu scopul de a promova colectarea și dezagregarea datelor privind persoanele cu dizabilități.

8. La 6 martie, Raportoarea specială a prezentat Consiliului Drepturilor Omului raportul său anual privind capacitatea juridică și procesul decizional susținut (A/HRC/37/56). La 22 octombrie, ea a prezentat Adunării Generale raportul său anual privind dreptul la sănătate al persoanelor cu dizabilități (A/73/161). Ambele rapoarte sunt disponibile în formate accesibile.<sup>3</sup>

9. Raportoarea specială a continuat să colaboreze strâns cu titularii de mandate de proceduri speciale, organismele înființate în temeiul tratatelor privind drepturile omului și alți experți din cadrul Organizației Națiunilor Unite și alte agenții ale acesteia, inclusiv cu Organizația Internațională a Muncii (OIM), Oficiul Înaltului Comisar al Organizației Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR), Fondul Națiunilor Unite pentru Populație, Organizația Mondială a Sănătății și Parteneriatul Națiunilor Unite pentru promovarea drepturilor persoanelor cu dizabilități.

10. A colaborat, de asemenea, cu mai multe părți interesate, cum ar fi instituții naționale pentru drepturile omului, organizații care reprezintă persoanele cu dizabilități, alte organizații neguvernamentale, universități și comunitatea diplomatică.

### C. Comunicări

11. Rezumatele comunicărilor trimise și al răspunsurilor primite în perioada acoperită de prezentul raport sunt disponibile în rapoartele privind comunicările transmise de titularii de mandate de proceduri speciale (a se vedea A/HRC/37/80, A/HRC/38/54 și A/HRC/39/27).

## III. Privarea de libertate a persoanelor cu dizabilități

12. Privarea de libertate a persoanelor cu dizabilități este o preocupare majoră la nivel mondial în materia drepturilor omului. Deși nu există informații exhaustive privind numărul persoanelor cu dizabilități private de libertate, statisticile disponibile și informațiile administrative dintr-o serie de țări demonstrează că persoanele cu dizabilități sunt în mod sistematic încarcerate, închise, deținute sau supuse altor forme de restricții fizice în întreaga lume, indiferent de situația economică a țării sau de tradiția sa juridică.

13. Persoanele cu dizabilități sunt considerabil suprareprezentate în locurile obișnuite de privare de libertate, cum ar fi penitenciarele și centrele de luare în custodie publică legată de imigrație. Deși se estimează că persoanele cu dizabilități reprezintă 15% din populație, în multe țări procentul lor poate ajunge până la 50% din populația carcerală.<sup>4</sup> În mod similar, s-a constatat suprareprezentarea copiilor cu dizabilități în centrele de detenție pentru minori și în instituțiile de tip rezidențial pentru copii, precum orfelinatele, instituțiile de asistență socială și adăposturi.<sup>5</sup>

14. În plus, persoanele cu dizabilități sunt supuse pe scară largă unor forme de privare de libertate specifice dizabilității. Se consideră că o formă de privare de libertate este

<sup>3</sup> A se vedea [www.ohchr.org/en/issues/disability/srdisabilities/pages/reports.aspx](http://www.ohchr.org/en/issues/disability/srdisabilities/pages/reports.aspx).

<sup>4</sup> J. Bronson, L. Maruschak și M. Berzofsky, *Disabilities among prison and jail inmates, 2011–12, special report* (United States of America, Department of Justice, 2015); și Australia, Australian Institute of Health and Welfare, *The Health of Australia's Prisoners* (Canberra, 2015).

<sup>5</sup> G. Mulheir (2012), *Deinstitutionalisation – a human rights priority for children with disabilities, Equal Rights Review*, vol. 9, p. 117–137; și C.A. Mallett (2014), *The 'learning disabilities to juvenile detention' pipeline: a case study, Children & Schools*, vol. 36, nr. 3, p. 147–154.

specifică dizabilității dacă există legi, reglementări și/sau practici care prevăd sau permit o astfel de privare de libertate pe baza unei dizabilități percepute sau reale; sau în cazul în care există locuri specifice de detenție, destinate exclusiv sau în principal persoanelor cu dizabilități. Printre formele obișnuite de privare de libertate specifice dizabilității se numără internarea nevoluntară în instituții de sănătate mintală, plasamentul într-o instituție, detenția ca măsură alternativă la sistemul de justiție penală, tratamentul forțat în „tabere de rugăciune” și izolarea la domiciliu. Toate acestea au caracteristici, motivații și justificări comune, bazate pe modelul medical de abordare a dizabilităților.

15. Internarea nevoluntară în instituții de sănătate mintală pentru perioade scurte sau lungi de timp este cea mai cunoscută formă de privare de libertate pe bază de dizabilitate. Din nefericire, faptul că această practică este recunoscută nu a avut ca rezultat abolirea sa, ci, dimpotrivă, adoptarea unor legi care stabilesc criteriile pentru detenție și garanții procedurale. Într-adevăr, majoritatea țărilor reglementează internarea nevoluntară prin intermediul unor legi referitoare la sănătatea mintală. În 2017, 111 state au raportat că dispuneau de o astfel de lege privind sănătatea mintală.<sup>6</sup> Pe lângă criteriul principal pentru diagnosticarea cu o „afecțiune psihică” sau „o tulburare psihică”, criteriile cele mai întâlnite includ pretinsul risc pe care o persoană îl reprezintă pentru ea însăși sau pentru ceilalți și/sau pretinsa nevoie de îngrijire și tratament, conform opiniilor unor cadre medicale. În majoritatea jurisdicțiilor, internarea nevoluntară duce la administrarea forțată de medicamente sau alte intervenții.

16. De obicei, se pretinde că internarea nevoluntară este o măsură excepțională de ultimă instanță, însă dovezile arată că acest lucru nu este adevărat în practică. În pofida faptului că, în general, numărul de paturi disponibile pentru pacienții spitalizați în instituțiile de sănătate mintală a scăzut la nivel mondial, rata de internare nevoluntară pare să fie în creștere în toate regiunile, în special în țările cu venituri mari. De exemplu, în câteva țări europene s-a înregistrat o creștere semnificativă a numărului de internări nevoluntare<sup>7</sup> iar acest fenomen devine tot mai frecvent în multe țări de pe continentul american, din Orientul Mijlociu și din Asia de Est.<sup>8</sup> Chiar și atunci când internările sunt voluntare, în majoritatea țărilor „secțiile de psihiatrie pentru pacienți cu afecțiuni psihiatrice acute” au un regim închis și pacienții nu pot părăsi instituțiile în care sunt internați oricând doresc. În plus, este posibil ca internările voluntare să nu reflecte cu adevărat consimțământul liber și informat al persoanei internate, deoarece este posibil ca acesta să fi fost exprimat în urma amenințării cu internarea nevoluntară în cazul unui refuz. Internarea de lungă durată, pentru o perioadă de 12 luni sau mai mult, încă se practică frecvent în unele țări.<sup>9</sup>

17. Instituționalizarea este o altă formă răspândită de privare de libertate care vizează persoanele cu dizabilități, care este deseori justificată de nevoia de „îngrijire specializată”. Potrivit unui studiu important care a inclus 25 de țări europene, aproape 1,2 milioane de persoane cu dizabilități sunt instituționalizate, majoritatea dintre ele fără consimțământul lor și fără posibilitatea de a contesta plasamentul lor.<sup>10</sup> Instituțiile de asistență socială pentru persoanele cu dizabilități sunt încă răspândite în multe țări din Africa, Asia și America

<sup>6</sup> Organizația Mondială a Sănătății, *Mental Health Atlas 2017* (Atlasul de sănătate mintală 2017) (2018), p. 18.

<sup>7</sup> A. Turnpenny și alții, *Mapping and Understanding Exclusion: Institutional, Coercive and Community-based Services and Practices across Europe* (Mental Health Europe și Universitatea din Kent, 2017).

<sup>8</sup> M. Lebenbaum și alții, *Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions in Ontario, Canada: a population-based linked administrative database study*, *British Journal of Psychiatry Open*, vol. 4, nr. 2 (2018), p. 31–38; J.A. Bustamante Donoso și A. Cavieres Fernández, *Internación psiquiátrica involuntaria. Antecedentes, reflexiones y desafíos*, *Revista Médica de Chile*, vol. 146 (2018), p. 511–517; A. Bauer și alții, *Trends in involuntary psychiatric hospitalization in Israel 1991–2000*, *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 30, nr. 1 (2007), p. 60–70; și A. Kim (2017), *Why do psychiatric patients in Korea stay longer in hospital?*, *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 11, nr. 2.

<sup>9</sup> Turnpenny și alții, *Mapping and Understanding Exclusion*, p. 41.

<sup>10</sup> J. Mansell și alții, *Deinstitutionalisation and Community Living – Outcomes and Costs: Report of a European Study, Volume 2: Main Report* (Canterbury, University of Kent, 2007).

Latină, iar acolo unde nu există instituții publice, această sarcină este îndeplinită de centre conduse de asociații caritabile și centre tradiționale sau religioase. De exemplu, „taberele de rugăciuni”, conduse de vindecători tradiționali și religioși, sunt des întâlnite în multe țări africane. În centrele de acest tip, persoanele cu dizabilități trăiesc, de multe ori, în condiții extrem de insalubre, încâtușate sau în izolare, sub autoritatea absolută a unui „vindecător religios”.<sup>11</sup>

18. Deși structurile instituționale diferă în ceea ce privește dimensiunea, denumirea și modul de organizare, acestea au anumite caracteristici comune, cum ar fi: izolarea și segregarea, în detrimentul unei vieți independente în cadrul comunității; lipsa controlului asupra deciziilor legate de viața de zi cu zi; lipsa posibilității de a alege persoanele cu care doresc să trăiască; impunerea unei rutine stricte, care nu ține seama de voința și preferințele personale; participarea la activități identice, desfășurate în același loc, de către un grup de persoane aflate în îngrijirea unei anumite autorități; o abordare paternalistă în ceea ce privește furnizarea de servicii; supravegherea regimului și condițiilor de viață; obligația partajării asistențelor între mai multe persoane și influența inexistentă sau limitată care poate fi exercitată de persoanele cu dizabilități asupra persoanei a cărei asistență trebuie acceptată de acestea și, de regulă, un număr disproportionat de persoane cu dizabilități care trăiesc în același mediu.<sup>12</sup> În măsura în care persoanele cu dizabilități sunt plasate în instituții fără consimțământul lor liber și informat sau nu sunt libere să plece, acestea sunt private de libertate.

19. Copiii sunt deosebit de expuși riscului de instituționalizare, din cauza dizabilităților acestora. Multe jurisdicții permit separarea forțată a copiilor cu dizabilități de familia lor și plasarea acestora în instituții, pe motive legate de dizabilitățile copiilor și/sau ale părinților sau tutorilor. Astfel, milioane de copii cu dizabilități sunt închiși în instituții, izolați și separați de comunitățile lor.<sup>13</sup> În aceste instituții, copiii sunt închiși în mod curent, forțați să ia medicamente și deseori sunt expuși riscului de a fi supuși torturii, abuzurilor și neglijării. S-a dovedit foarte clar că plasarea copiilor în orice tip de instituție rezidențială, chiar și în centre de îngrijire de tip rezidențial de mici dimensiuni sau în structuri „de tip familial”, are efecte negative asupra dezvoltării lor.<sup>14</sup> Orice plasament al copiilor într-o instituție de tip rezidențial, în afara cadrului familial, trebuie să fie considerat drept instituționalizare și să facă obiectul unor măsuri de protecție împotriva privării de libertate.

20. Privarea de libertate ca măsură de dejudiciarizare este, de asemenea, o practică obișnuită în toate țările (A/HRC/37/25). Atunci când persoanele cu dizabilități intelectuale sau psihosociale au fost declarate lipsite de capacitate procesuală sau lipsite de responsabilitate penală pentru faptele lor, acestea sunt de obicei reorientate către o instituție de psihiatrie medico-legală sau o instituție civilă, în care, deseori, acestea au un acces mai limitat la garanții procedurale decât în cadrul sistemului de justiție penală, sunt supuse unor intervenții forțate, sunt ținute în izolare și fac obiectul unor măsuri de conțenționare. În astfel de instituții, acestea sunt supuse unui regim mai strict și au un acces mai limitat la activități recreative și educaționale și la servicii medicale decât persoanele dintr-un penitenciar obișnuit și beneficiază de mai puține garanții procedurale. Criteriul „periculozității” este utilizat de regulă pentru a evalua necesitatea impunerii acestor măsuri de siguranță. Poliția și serviciile sociale pot avea și rolul îndrumării persoanei în cauză către alte servicii și, în multe cazuri, sunt abilitate să solicite internarea nevoluntară.

<sup>11</sup> Human Rights Watch, *'Like a death sentence': abuses against persons with mental disabilities in Ghana*, 2 octombrie 2012.

<sup>12</sup> Comentariul general nr. 5 (2017) privind viața independentă și integrarea în comunitate.

<sup>13</sup> Fondul Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF), *The State of the World's Children 2013, Children with Disabilities* (New York, mai 2013), p. 46–47.

<sup>14</sup> M. Dozier și alții, *Consensus statement on group care for children and adolescents: a statement of policy of the American Orthopsychiatric Association*, *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 84, nr. 3 (2014), p. 219–225; A.E. Berens și C.A. Nelson, *The science of early adversity: is there a role for large institutions in the care of vulnerable children?*, *Lancet*, vol. 386, nr. 9991 (2015), p. 388–398; și K. Maclean, *The impact of institutionalization on child development*, *Development and Psychopathology*, vol. 15, nr. 4 (2003), p. 853–884.

21. În multe contexte, chiar dacă nu se recurge decât rareori sau deloc la practici precum instituționalizarea și internarea nevoluntară, numeroase persoane cu dizabilități continuă să fie private de libertate în cadrul comunității lor. De exemplu, practica de încătușare a persoanelor cu dizabilități psihosociale a fost raportată într-o serie de țări.<sup>15</sup> În astfel de cazuri, persoanele cu dizabilități sunt legate cu lanțuri sau frânghii de membrii familiei sau de vindecători tradiționali și religioși și/sau sunt închise într-un spațiu foarte restrâns, cum ar fi o cameră, o magazie sau o cușcă. În multe cazuri, acestea sunt lăsate afară, goale, timp de câteva zile sau chiar ani de zile. În general, aceste practici sunt rezultatul unei stigmatizări și al unor stereotipurilor adânc înrădăcinate, dar și al lipsei serviciilor comunitare de sprijin.

22. Practica privării de libertate la domiciliu a persoanelor cu dizabilități nu există doar în mediile defavorizate. În majoritatea regiunilor lumii, mulți copii cu dizabilități sunt închiși în casă în mod sistematic, iar interacțiunea lor cu comunitatea este foarte limitată sau inexistentă.<sup>16</sup> Mulți adulți cu dizabilități care trăiesc în locuințe protejate sunt, de asemenea, privați de libertate, întrucât nu sunt liberi să iasă din casă. În mod similar, persoanele în vârstă cu demență sunt adesea împiedicate să iasă din propria locuință, pe motiv că această măsură este aplicată pentru siguranța lor.<sup>17</sup>

23. Deși formele de privare de libertate specifice dizabilității prevalează în special în rândul persoanelor cu dizabilități intelectuale sau psihosociale, acestea afectează toate persoanele cu dizabilități, în întreaga lor diversitate. În unele țări, copiii surzi și nevăzători continuă să fie instituționalizați doar pentru că nu au acces la educație. Persoanele cu paralizie cerebrală sunt plasate în mod curent în instituții în scopul „tratării” și „reabilitării” acestora. Persoanele cu albinism sunt uneori private de libertate de facto în locuințe protejate și centre de protecție. Pe vremuri, persoanele bolnave de lepră erau închise pentru tot restul vieții în leprozerii.

24. Persoanele cu dizabilități private de libertate se află invariabil într-o situație extrem de vulnerabilă. Acestea sunt expuse unui risc major de a fi supuse la violență sexuală și fizică, sterilizare și trafic de persoane. De asemenea, există un risc ridicat ca acestea să fie supuse torturii și tratamentelor inumane și degradante, inclusiv administrării forțate de medicamente, terapiei cu electroșocuri și măsurilor de contenționare, precum și să fie ținute în izolare. Uneori, acestora li se refuză acordarea de îngrijiri medicale și sunt lăsate să moară.<sup>18</sup> În plus, persoanele cu dizabilități private de libertate sunt adesea lipsite în mod oficial de capacitatea lor juridică, fără să aibă posibilitatea de a contesta privarea lor de libertate și, pe termen lung, ajung să fie invizibile și uitate de comunitate. Astfel, din cauza convingerii eronate potrivit căreia se recurge la practicile menționate anterior din bunăvoință și că acestea sunt bine intenționate și nu constituie o privare de libertate, situația persoanelor cu dizabilități private de libertate face rareori obiectul unei monitorizări din partea mecanismelor naționale de prevenire sau a instituțiilor naționale pentru protecția drepturilor omului.

#### **IV. Cauzele subiacente ale formelor de privare de libertate specifice dizabilității**

25. Cauzele formelor de privare de libertate specifice dizabilității sunt înțelese greșit în întreaga lume. Deși majoritatea oamenilor cred că factorii determinanți ai privării de libertate a persoanelor cu dizabilități au legătură cu dizabilitățile acestora, principalele cauze sunt în mare măsură sociale.

<sup>15</sup> Human Rights Watch, *Living in hell: abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia*, 20 martie 2016.

<sup>16</sup> F. Ellery, G. Lansdown și C. Csáky, *Out from the shadows: sexual violence against children with disabilities* (Save the Children and Handicap International, 2011), p. 14.

<sup>17</sup> J. Askham și alții, *Care at home for people with dementia: as in a total institution?*, *Ageing & Society*, vol. 27, nr. 1 (2007), p. 3–24.

<sup>18</sup> Disability Rights International, *Left behind: the exclusion of children and adults with disabilities from reform and rights protection in the Republic of Georgia* (2013).

26. Stigmatizarea se află deseori la baza diferitelor forme de privare de libertate la care sunt supuse persoanele cu dizabilități. În majoritatea țărilor, nivelul de stigmatizare este deosebit de ridicat din cauza unor concepții greșite foarte răspândite. De exemplu, predomină opinia potrivit căreia unele persoane cu dizabilități sunt incapabile să trăiască în comunitate, întrucât au nevoie de „îngrijiri specializate” în cadrul unei instituții. Credințele religioase și practicile culturale pot, de asemenea, să consolideze stigmatizarea. Din cauza convingerilor că persoanele cu dizabilități sunt posedate de spirite malefice sau că dizabilitățile sunt rezultatul unor păcate sau manifestarea unor acte de vrăjitorie, familiilor acestora le este teamă de ele și/sau le este rușine cu ele, ceea ce determină respingerea socială și segregarea lor. De asemenea, unii cred că dizabilitățile sunt contagioase și, prin urmare, persoanele cu dizabilități ar trebui să fie izolate de societate.

27. Un aspect central al prejudecăților față de persoanele cu dizabilități psihosociale este convingerea nefondată că acestea sunt predispuse la violență. Această presupunere s-a dovedit a fi greșită și dovezile arată că, de fapt, există un risc mai mare ca aceste persoane să fie victime ale violenței.<sup>19</sup> Cu toate acestea, stereotipul legat de pericolozitatea acestor persoane a fost consolidat semnificativ în ultimele decenii, fiind alimentat de relatările negative din mass-media, în cadrul cărora se atrage atenția asupra istoricului psihiatric al autorilor actelor de violență sau, în lipsa acestuia, se fac speculații cu privire la existența unei posibile tulburări psihice nediagnosticate și netratate.<sup>20</sup> În plus, acesta are un impact negativ asupra modului în care prestatorii de servicii și publicul larg reacționează atunci când au de a face cu persoane cu dizabilități psihosociale, ceea ce generează distanțarea socială, comportamente discriminatorii și recurgerea la practici coercitive.<sup>21</sup>

28. În plus, există dovezi că profesioniștii din domeniul sănătății mintale au concepții negative cu privire la pericolul reprezentat de persoanele diagnosticate cu schizofrenie, pericolozitate care, la rândul său, justifică punerea în aplicare a unor măsuri mai restrictive în instituțiile de psihiatrie.<sup>22</sup> În mod similar, în multe țări, personalul medical și al serviciilor sociale îi încurajează pe părinți să opteze pentru instituționalizarea copiilor cu dizabilități, sub pretextul fals că aceștia vor beneficia de îngrijiri medicale mai adecvate decât acasă (a se vedea A/HRC/37/56/Add.2). Autoritățile pentru protecția copilului pot, de asemenea, să separe copiii de familia lor, pe baza dizabilităților reale sau percepute ale părinților, fără să le ofere acestora din urmă sprijinul de care ar putea avea nevoie pentru a păstra copiii alături de ei.

29. Uneori, în spatele pretinsei necesități de tratare și îngrijire a persoanelor cu dizabilități, invocată pentru a justifica internarea nevoluntară a acestora în instituții de sănătate mintală sau alte forme de instituționalizare, se află lipsa unui sprijin adecvat din partea comunității. Indiferent de nivelul veniturilor dintr-o țară, toate persoanele cu dizabilități se confruntă cu dificultăți semnificative în ceea ce privește accesul la servicii medicale, educație, oportunități de angajare și sprijin financiar. În plus, în general, persoanele cu dizabilități au acces limitat la servicii de asistență, inclusiv asistență personală, sprijin în luarea deciziilor și pentru comunicare, sprijin nemedical în situații de criză, sprijin pentru mobilitate și servicii de facilitare a obținerii unei locuințe (A/HRC/34/58). Excluziunea și discriminarea au efecte cumulative pe termen lung, care conduc deseori la privarea de libertate.

30. Persoanele cu dizabilități sunt private în mod regulat de libertate pentru a accesa servicii care ar fi trebuit furnizate în cadrul comunității. De exemplu, multe familii optează pentru instituționalizarea copiilor cu dizabilități [de exemplu, unități de învățământ special (internate), instituții sociale, școli profesionale] deoarece nu există alte posibilități de a

<sup>19</sup> S. Desmarais, *Community violence perpetration and victimization among adults with mental illnesses*, *American Journal of Public Health*, vol. 104, nr. 12 (2014), p. 2342–2349.

<sup>20</sup> J.P. Stuber și alții, *Conceptions of mental illness: attitudes of mental health professionals and the general public*, *Psychiatric Services*, vol. 65, nr. 4 (2014), p. 490–497.

<sup>21</sup> K. McAleenan, *Perceptions of mental illness and mental health policy*, *Psychology Honors Papers*, nr. 34 (2013), disponibil la adresa <http://digitalcommons.conncoll.edu/psychhp/34>.

<sup>22</sup> J.F. Sowislo și alții, *Perceived dangerousness as related to psychiatric symptoms and psychiatric service use – a vignette based representative population survey*, *Scientific Reports*, vol. 7, nr. 45716 (2017).



asigura accesul acestora la educație. De asemenea, multe persoane cu dizabilități sunt plasate în instituțiile de tip rezidențial pentru ca acestea să poată beneficia de prestații sociale. Lipsa conștientizării joacă, de asemenea, un rol important, deoarece se consideră de multe ori că persoanele cu dizabilități au nevoie de îngrijiri specializate, care nu pot fi asigurate în cadrul comunității.

31. În plus, atunci când statele nu oferă sprijinul necesar familiilor persoanelor cu dizabilități, există riscul ca acestea din urmă să fie instituționalizate. Familiile care nu beneficiază de sprijinul social și financiar necesar pentru a putea să le ofere persoanelor cu dizabilități asistența adecvată sau care nu pot face față stresului și presiunii asociate furnizării unei asistențe permanente, au opțiuni foarte limitate și sunt forțate să recurgă la instituționalizarea sau internarea membrilor familiei cu dizabilități.

32. Până de curând, și acest lucru încă mai este valabil în multe țări, serviciile de sănătate mintală erau furnizate în principal în cadrul unui spital. Deși în unele țări se face trecerea de la îngrijirile instituționalizate la intervențiile în comunitate, situațiile de stres intens și de criză majoră (denumite adesea „situații grave și urgente”) continuă să fie gestionate, în general, în mediul spitalicesc, împotriva voinței pacienților, care sunt expuși astfel și mai mult suferințelor și traumelor. Cu toate acestea, s-a demonstrat că serviciile comunitare de asistență pentru situații de criză pot asigura rezultatele dorite în ceea ce privește sprijinirea persoanelor aflate în situații de criză.<sup>23</sup> Este necesar ca domeniul psihiatriei să se transforme și să adopte o abordare bazată pe drepturile omului.

33. Legătura dintre sărăcie, lipsa unui adăpost și dizabilități este bine-cunoscută.<sup>24</sup> Persoanele cu dizabilități intelectuale sau psihosociale sunt suprareprezentate în rândul persoanelor fără adăpost. Atunci când statul nu este în măsură să asigure un venit și asistență pentru obținerea unei locuințe acestor persoane este posibil ca, în cele din urmă, acestea să fie internate nevoluntar sau instituționalizate. În plus, persoanele fără adăpost cu dizabilități sunt expuse în permanență riscului de a fi private de libertate, deoarece comportamentele de supraviețuire (de exemplu, cerșitul, dormitul în locuri publice, statul pe jos pe trotuar, vagabondajul) constituie activități infracționale, în temeiul unor legi care incriminează lipsa de adăpost.<sup>25</sup>

34. De fapt, incriminarea dizabilităților este o tendință îngrijorătoare. În numeroase jurisdicții, legislația incriminează tot mai mult comportamentele atipice (de exemplu, comportamentul haotic și necontrolat, accesele de furie și țipatul în public sau autovătămarea), precum și afișarea în public a sărăciei și a lipsei sprijinului (de exemplu, neîntreținerea proprietăților).<sup>26</sup> Dacă persoanele cu dizabilități încalcă astfel de coduri de conduită, acestea pot face obiectul unor sancțiuni penale, cum ar fi amenzile, obligația de a efectua muncă în folosul comunității sau chiar arestarea. Cumulul de infracțiuni minore poate avea ca rezultat privarea de libertate.<sup>27</sup> În plus, persoanele cu dizabilități sunt incriminate în mod repetat deoarece poliția consideră că refuzul lor de a coopera constituie

<sup>23</sup> Gooding și alții, *Alternatives to Coercion*, p. 67–81.

<sup>24</sup> C. Mercier și S. Picard, *Intellectual disability and homelessness*, *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 55 (2011), p. 441–449; și K. Salkow și M. Fichter, *Homelessness and mental illness*, *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 16, nr. 4 (2003), p. 467–471.

<sup>25</sup> National Law Center on Homelessness and Poverty, *No Safe Place: the Criminalization of Homelessness in U.S. Cities* (2014).

<sup>26</sup> A. Fang, *Hiding homelessness: 'quality of life' laws and the politics of development in American cities*, *International Journal of Law in Context*, vol. 5, nr. 1 (2009), p. 1–24.

<sup>27</sup> Australia, Parlamentul Statului Victoria, Law Reform Committee (Comisia pentru reforme legislative), *Inquiry into Access to and Interaction with the Justice System by People with an Intellectual Disability and their Families and Carers* (2013).

o amenințare.<sup>28</sup> Persoanele cu epilepsie sau surde au fost, de asemenea, considerate în mod eronat ca fiind indisciplinate și necooperante.<sup>29</sup>

35. Prevenirea sinuciderii și a autovătămării reprezintă motive invocate frecvent pentru a justifica internarea nevoluntară în instituții de psihiatrie. Cu toate acestea, niciun studiu medical nu a dovedit în mod categoric faptul că riscul de suicid scade ulterior administrării unui tratament nevoluntar.<sup>30</sup> Dimpotrivă, o serie de studii au raportat creșterea ratelor de sinucidere după spitalizarea într-o instituție de psihiatrie.<sup>31</sup> Experiențele negative trăite de persoanele internate nevoluntar pot conduce, de asemenea, la scăderea probabilității ca acestea să solicite ajutor sau să apeleze la serviciile din cadrul sistemului de sănătate mintală. În plus, există dovezi incontestabile că sinuciderea este foarte dificil, dacă nu chiar imposibil, de prevăzută.<sup>32</sup> Prevenirea sinuciderilor necesită strategii multisectoriale cuprinzătoare, inclusiv crearea unor locuri în care oamenii să se simtă în siguranță și să fie sprijiniți, pentru ca aceștia să poată vorbi despre sinucidere și autovătămare fără să se teamă de o eventuală intervenție forțată.

36. Angajarea răspunderii pentru malpraxis și filosofia privind gestionarea riscurilor, care a rezultat din aceasta, s-au dovedit a fi un factor catalizator. În numeroase jurisdicții, obligația de diligență ce revine prestatorilor de servicii și familiilor include prevenirea autovătămării persoanelor ce reprezintă un pericol pentru ele însele. Această perspectivă a unei răspunderi tot mai mari determină prestatorii de servicii să fie deosebit de prudenți și, astfel, să recurgă la măsuri coercitive. În plus, rata sinuciderilor crește atunci când potențiala răspundere civilă delictuală este extinsă pentru a include profesioniștii din domeniul sănătății mintale, întrucât este posibil ca acei profesioniști care riscă să fie trași la răspundere să aleagă să nu lucreze cu persoanele considerate a fi expuse unui risc ridicat de sinucidere.<sup>33</sup>

37. Interacțiunea dintre dizabilități și alte caracteristici identitare generează noi inegalități în exercitarea dreptului la libertatea persoanei. Din cauza stereotipurilor legate de gen și de dizabilitate, care includ ideea că femeile cu dizabilități nu își pot îndeplini rolul tradițional de mame și îngrijitoare, acestea riscă să fie considerate o „povară” și să fie internate în instituții de psihiatrie sau de alt tip. În mod similar, din cauza prejudecăților legate de vârstă și de dizabilitate, multe persoane în vârstă cu dizabilități sunt instituționalizate sau sunt închise în locuințe. Există numeroase rapoarte potrivit cărora populațiile minoritare sunt suprareprezentate în instituțiile de psihiatrie.<sup>34</sup>

<sup>28</sup> S. Krishan și alții, *The influence of neighbourhood characteristics on police officers' encounters with persons suspected to have a serious mental illness*, *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 37, nr. 4 (2014), p. 359–369; și K. Gendle și J. Woodhams, *Suspects who have a learning disability: police perceptions toward the client group and their knowledge about learning disabilities*, *Journal of Intellectual Disabilities*, vol. 9, nr. 1 (2005), p. 70–81.

<sup>29</sup> S. Nevins, *The US prison system perpetuates 'the criminalization of disability'*, 14 noiembrie 2014.

<sup>30</sup> D. Giacco și S. Priebe, *Suicidality and hostility following involuntary hospital treatment*, *PLOS One*, vol. 11, nr. 5 (2016); C. Katsakou și S. Priebe, *Outcomes of involuntary hospital admission – a review*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 114, nr. 4 (2006), p. 232–241.

<sup>31</sup> D. Chung și alții, *Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis*, *JAMA Psychiatry*, vol. 74, nr. 7 (2017), p. 694–702.

<sup>32</sup> M. Chan și alții, *Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales*, *British Journal of Psychiatry*, 209 (4) (2016), p. 277–283.

<sup>33</sup> S. Dillbary, G. Edwards și F.E. Vars, *Why exempting negligent doctors may reduce suicide: an empirical analysis*, *Indiana Law Journal*, vol. 93, nr. 2 (2018).

<sup>34</sup> R. Gajwani și alții, *Ethnicity and detention: are Black and minority ethnic (BME) groups disproportionately detained under the Mental Health Act 2007?*, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 51, nr. 5 (2016), p. 703–711; L. Snowden, J.F. Hastings și J. Alvidrez (2009), *Overrepresentation of black Americans in psychiatric inpatient care*, *Psychiatric Services*, vol. 60, nr. 6 (2009), p. 779–785.

## V. Dreptul persoanelor cu dizabilități la libertate și siguranță

### A. Recunoașterea universală a dreptului la libertatea persoanei

38. Dreptul la libertate și siguranță este recunoscut pe scară largă în instrumentele internaționale și regionale ca fiind unul din drepturile fundamentale ale omului. Libertatea persoanei privește lipsa de îngrădire fizică, iar siguranța persoanei privește protecția împotriva vătămarilor fizice și psihice.<sup>35</sup> Prin urmare, dreptul la libertate și siguranță este strâns legat de exercitarea altor drepturi ale omului, inclusiv a dreptului la integritate personală, a dreptului la viață privată, a dreptului la sănătate, a dreptului la libertatea de circulație și a dreptului la libertatea de întrunire, de asociere și de exprimare. În plus, persoanele private de libertate se află invariabil într-o poziție extrem de vulnerabilă și sunt expuse unui risc mai mare de a fi supuse torturii și tratamentelor sau pedepselor inumane și degradante.

39. Dreptul la libertatea individuală, astfel cum este definit în dreptul internațional al drepturilor omului, nu este un drept absolut. Acesta poate fi restricționat potrivit legii, de exemplu, în cadrul unei proceduri penale sau în interesul siguranței publice sau al sănătății publice. Cu toate acestea, dreptul la libertate și siguranța persoanei constituie o garanție de fond că privarea de libertate nu va fi dispusă în mod nelegal sau arbitrar. Privarea de libertate este nelegală atunci când contravine dreptului intern sau internațional al drepturilor omului și arbitrară atunci când este impusă într-un mod neadecvat, nedrept, disproporționat, imprevizibil, discriminatoriu sau fără un proces echitabil. Deseori, aceste două interdicții se suprapun.<sup>36</sup>

40. Privarea de libertate implică o restrângere a libertății fizice mai severă decât simpla restrângere a libertății de mișcare. O persoană este privată de libertate atunci când este închisă într-un spațiu restrâns sau plasată într-o instituție sau în alt loc fără să fie liberă să plece și fără consimțământul său liber și informat.<sup>37</sup> Printre exemplele de privare de libertate se numără reținerea de către poliție, arestarea preventivă, detenția pe baza unei hotărâri de condamnare, arestul la domiciliu, detenția administrativă, internarea nevoluntară și plasarea copiilor în instituții de îngrijire. De asemenea, aceasta poate lua forma unor restrângeri severe suplimentare ale libertății, de exemplu, detenția în izolare sau folosirea unor mijloace de conținere.

41. Caracterul universal al drepturilor omului presupune faptul că dreptul la libertate și siguranță nu poate fi negat pe baza unor motive de discriminare interzise, cum ar fi rasa, sexul, vârsta, dizabilitatea, religia, originea națională, etnică, indigenă sau socială sau altă situație. O astfel de privare de libertate este discriminatorie și, prin urmare, ilegală și arbitrară. Cu toate acestea, recurgerea la privarea de libertate pe baza unor deficiențe reale sau percepute a fost justificată pe scară largă prea multă vreme. Astfel cum s-a menționat anterior, în majoritatea jurisdicțiilor, legislația administrativă, civilă și/sau penală autorizează privarea de libertate a unei persoane pe baza unei dizabilități, ca factor de sine stătător sau coroborat cu alți factori (de exemplu, atunci când persoana în cauză reprezintă un pretins „pericol pentru sine sau pentru ceilalți” sau când are nevoie de tratament sau îngrijire).

42. În plus, în mod tradițional, jurisprudența organismelor internaționale și regionale pentru drepturile omului a susținut aceste excepții, în pofida faptului că niciun tratat fundamental privind drepturile omului nu prevede că dizabilitatea poate fi considerată un motiv legitim pentru privarea de libertate. În consecință, toate aceste practici au fost normalizate și, astfel, persoanele cu dizabilități din întreaga lume se confruntă cu niveluri disproporționat de ridicate ale privării de libertate în mod nelegal și arbitrar, care poate lua

<sup>35</sup> Comitetul Drepturilor Omului, Comentariul general nr. 35 (2014) privind libertatea și siguranța persoanei, pct. 3.

<sup>36</sup> Ibid., pct. 11.

<sup>37</sup> Ibid., pct. 5-6.

diferite forme, de la cele de privare de libertate specifice dizabilității la detenția în structuri tradiționale.

43. În acest context, adoptarea Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități a fost un pas important în ceea ce privește recunoașterea dreptului la libertate al persoanelor cu dizabilități. Reafirmând universalitatea drepturilor omului, Convenția le reamintește statelor părți obligația lor de a respecta, proteja și realiza dreptul la libertate al tuturor persoanelor cu dizabilități. Articolul 14 din aceasta subliniază că persoanele cu dizabilități trebuie să beneficieze de dreptul la libertatea persoanei în condiții de egalitate cu ceilalți și că, prin urmare, nu pot fi lipsite de libertate în mod ilegal sau arbitrar. În plus, articolul 14 clarifică faptul că lipsirea de libertate pe baza unei dizabilități<sup>38</sup> este discriminatorie și, în consecință, este contrară literei și spiritului Convenției. Astfel, Convenția a schimbat fundamental interpretarea dreptului la libertate al persoanelor cu dizabilități, care prevalase până la adoptarea acesteia, înlocuind normele și interpretările anterioare.

## B. Conținutul normativ al articolului 14 din Convenție

44. Articolul 14 din Convenție definește conținutul dreptului la libertate și siguranță al persoanei, astfel cum se aplică în cazul persoanelor cu dizabilități. Articolul 14 alineatul (1) litera (a) reafirmă dreptul la libertate și siguranță al tuturor persoanelor cu dizabilități, în condiții de egalitate cu ceilalți. Articolul 14 alineatul (1) litera (b) prevede că persoanele cu dizabilități nu pot fi lipsite de libertate în mod ilegal sau arbitrar și precizează, de asemenea, că existența unei dizabilități nu va justifica în niciun fel lipsirea de libertate. În sfârșit, articolul 14 alineatul (2) reafirmă că toate persoanele cu dizabilități lipsite de libertate au dreptul la garanții procedurale și de fond în condiții de egalitate cu ceilalți, inclusiv prin asigurarea unor condiții adecvate de accesibilitate și a unor adaptări rezonabile. Astfel, statele părți au obligația, cu efect imediat: (a) să se abțină de la orice acțiune care aduce atingere în mod ilegal sau arbitrar exercitării dreptului la libertate și să nu autorizeze astfel de practici; (b) să protejeze acest drept împotriva practicilor actorilor privați, cum ar fi profesioniștii din domeniul sănătății și furnizorii de locuințe și/sau servicii sociale; și (c) să ia măsuri pozitive pentru a facilita exercitarea dreptului la libertate.

45. Dreptul la libertate al persoanei se suprapune și interacționează cu alte drepturi ale omului și libertăți fundamentale prevăzute de Convenție, în special dreptul la egalitate și nediscriminare (articolul 5), dreptul la viață (articolul 10), dreptul la recunoaștere egală în fața legii (articolul 12), accesul la justiție (articolul 13), dreptul de a nu fi supus torturii și niciunui fel de pedeapsă sau de tratament crud, inuman ori degradant (articolul 15), dreptul de a nu fi supus exploatării, violenței și abuzului (articolul 16), dreptul la protejerea integrității persoanei (articolul 17), libertatea de mișcare și cetățenia (articolul 18), dreptul la viață independentă și integrare în comunitate (articolul 19), libertatea de expresie și opinie și accesul la informație (articolul 21), dreptul la viață personală (articolul 22), dreptul la sănătate, inclusiv dreptul la un consimțământ conștient și liber exprimat (articolul 25), dreptul la muncă și la încadrarea în muncă (articolul 27), dreptul la un standard de viață și la o protecție socială adecvate (articolul 28) și dreptul de a participa la viața politică și publică (articolul 29).

46. Articolul 14 instituie o interdicție absolută privind lipsirea de libertate pe baza existenței unei dizabilități. O persoană cu dizabilități poate fi arestată sau deținută în mod legal, în condiții de egalitate cu ceilalți, dar, în conformitate cu articolul 14 alineatul (1) litera (b), nu este permisă nicio excepție în temeiul căreia o persoană poate fi lipsită de libertate din cauza unei deficiențe reale sau percepute a acesteia. Orice lipsire de libertate pentru astfel de motive ar fi discriminatorie și, prin urmare, ilegală și arbitrară. Astfel de cazuri includ, printre altele, plasarea persoanelor cu dizabilități în instituții, internarea lor nevoluntară în instituții de sănătate mintală, detenția acestora ca urmare a faptului că au fost

<sup>38</sup> A se vedea Comitetul pentru drepturile persoanelor cu dizabilități, „Orientări referitoare la articolul 14 din Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități: dreptul persoanelor cu dizabilități la libertate și siguranță (2015), pct. 6.

declarate incapabile sau exonerate de răspundere penală ori ca urmare a faptului că beneficiază de măsuri de dejudiciarizare.

47. Comitetul pentru drepturile persoanelor cu dizabilități a precizat, de asemenea, că această interdicție absolută se aplică și atunci când sunt invocați alți factori pentru a justifica privarea de libertate; de regulă, se invocă în special faptul că persoana în cauză este considerată un „pericol pentru sine sau pentru ceilalți” sau că aceasta are nevoie de tratament sau îngrijire.<sup>39</sup> În această privință, Comitetul a reamintit că, în cursul procesului de elaborare a Convenției, au existat discuții ample privind necesitatea adăugării unui adverb („doar” sau „exclusiv”).<sup>40</sup> Statele s-au opus acestor propuneri, argumentând că acestea ar putea da naștere unor interpretări greșite și ar putea permite privarea de libertate pe baza unor dizabilități, dacă ar exista și alți factori. În mod similar, nu a fost acceptată propunerea de includere a unei dispoziții privind o reexaminare periodică, întrucât o astfel de dispoziție ar contrazice interdicția categorică privind privarea de libertate din cauza existenței unei dizabilități și ar putea lăsa loc interpretării potrivit căreia privarea de libertate pe motive de dizabilitate este permisă dacă sunt prevăzute anumite garanții. Prin urmare, lucrările pregătitoare ale Convenției confirmă intenția statelor de a stabili o interdicție absolută.

48. Plasarea unei persoane cu dizabilități într-o instituție, fie fără consimțământul acesteia, fie cu consimțământul unui terț însărcinat cu luarea deciziilor în locul persoanei cu dizabilități, contravine dreptului la libertate al persoanei și dreptului de a trăi independent în comunitate (articolul 19). Faptul că statul nu poate asigura persoanelor cu dizabilități sprijinul adecvat pentru a trăi independent în cadrul comunității nu poate constitui un motiv legitim pentru privarea de libertate. De asemenea, plasarea unui copil într-un sistem de îngrijire în afara familiei, de exemplu într-o instituție sau într-o structură de tip rezidențial, pe baza unei dizabilități reale sau percepute a copilului și/sau a părinților săi ori a tutorelui acestuia, este discriminatorie și, prin urmare, arbitrară și ilegală.

49. Internarea nevoluntară a unei persoane într-o instituție de sănătate mintală, pe baza unei pretense boli mintale sau unei tulburări psihice, contravine dreptului la libertate și siguranță al persoanei și principiului consimțământului conștient și liber exprimat [articolul 25 litera (d)]. Orice persoană, inclusiv o persoană care suferă de tulburări psihice grave sau trece prin stări psihice extreme, are dreptul să beneficieze de serviciile de sănătate mintală și/sau de alte tipuri de sprijin dorite, pe baza consimțământului său conștient și liber exprimat, și să refuze orice servicii nedorite, fără să fie privată de libertate. Dacă internarea nevoluntară implică un tratament forțat și o administrare forțată de medicamente, aceasta încalcă, de asemenea, dreptul la siguranță al persoanei, dreptul la protejarea integrității persoanei (articolul 17) și dreptul de a nu fi supus torturii și relelor tratamente (articolul 15).

50. Privarea de libertate a unei persoane, după ce a fost declarată incapabilă sau a fost exonerată de răspundere penală, pe motiv că este „nebună” sau „alienată”, contravine dreptului la libertate al persoanei și dreptului de acces la justiție (articolul 13). În astfel de cazuri, persoana în cauză face obiectul unor măsuri de dejudiciarizare, cum ar fi măsuri de siguranță care presupun lipsirea de libertate și un tratament nevoluntar, deseori pe termen nelimitat sau pentru o perioadă mult mai lungă decât dacă aceasta ar fi fost condamnată pentru o infracțiune în cadrul unei proceduri obișnuite, și, prin urmare, aceasta nu beneficiază de garanțiile unui proces echitabil, în condiții de egalitate cu ceilalți (A/HRC/37/25, pct. 36). Statele au obligația de a se asigura că garanțiile judiciare care protejează drepturile persoanelor acuzate de o infracțiune se aplică tuturor persoanelor cu dizabilități, acordând prioritate prezumției de nevinovăție, dreptului persoanei de a se apăra în instanță și dreptului la un proces echitabil, inclusiv prin asigurarea unor aranjamente procedurale și adaptate vârstei și sexului.

51. Plasarea copiilor cu dizabilități în instituții sau în structuri de tip rezidențial, departe de familie, în scopul îngrijirii lor, constituie o privare arbitrară de libertate, care contravine, de asemenea, dreptului la un cămin și o familie (articolul 23). Prin urmare, în cazul în care membrii familiei apropiate nu pot îngriji un copil cu dizabilități, statele trebuie să asigure

<sup>39</sup> Ibid.

<sup>40</sup> Ibid., pct. 7.

luarea în îngrijire a copilului de către familia extinsă și, dacă acest lucru nu este posibil, luarea acestuia în îngrijire în cadrul unei familii din comunitatea acestuia. Noțiunea de „instituții corespunzătoare de îngrijire a copiilor”, în sensul articolului 20 din Convenția cu privire la drepturile copilului, și Orientările privind îngrijirea alternativă a copiilor, ar trebui să fie revizuite în conformitate cu normele mai stricte prevăzute de Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități. Astfel cum se recunoaște la articolul 41 din Convenția cu privire la drepturile copilului, punerea acesteia în aplicare nu trebuie să aducă atingere niciunei dispoziții de drept internațional care este mai favorabilă pentru realizarea drepturilor copilului.

52. Statele au obligația de a lua măsuri adecvate pentru a proteja dreptul la libertate și siguranță al persoanelor cu dizabilități împotriva privării de libertate de către terți.<sup>41</sup> Statele trebuie să protejeze persoanele cu dizabilități împotriva detenției în instituții sau în structuri comunitare administrate de entități neguvernamentale sau private. Acestea ar trebui, de asemenea, să le protejeze împotriva privării abuzive de libertate de către angajatori, instituții de învățământ și spitale. În plus, statele trebuie să protejeze persoanele cu dizabilități împotriva privării de libertate la domiciliu, inclusiv împotriva izolării la domiciliu, a practicii încătușării și a practicii *pasung*.<sup>42</sup>

53. De multe ori, negarea capacității juridice este atât o cauză, cât și o consecință a privării de libertate a unei persoane și poate fi folosită ca factor determinant al instituționalizării sau al internării nevoluntare și este strâns legată de măsurile de dejudiciarizare ce presupun redirecționarea unei persoane în afara sistemului de justiție penală și încredințarea acesteia unor servicii medico-legale. Privarea de libertate poate avea ca rezultat, de asemenea, limitarea capacității juridice. De exemplu, în anumite jurisdicții, instituționalizarea unei persoane presupune în mod automat lipsirea formală de capacitatea sa juridică, prin stabilirea incapacității sale juridice, iar instituția în cauză devine tutorele persoanei respective. De asemenea, internarea nevoluntară implică, în majoritatea cazurilor, intervenții medicale forțate. În plus, persoanele lipsite de capacitate juridică au posibilități limitate de a contesta instituționalizarea lor sau internarea lor nevoluntară, întrucât acestea sunt private deseori de posibilitatea de a solicita reprezentare juridică și de a participa la o procedură judiciară.

54. Persoanele cu dizabilități private de libertate trebuie să beneficieze de toate garanțiile procedurale și materiale stabilite în dreptul național și internațional, în condiții de egalitate cu ceilalți, inclusiv de dreptul de a fi informat cu promptitudine cu privire la motivele arestării, dreptul la controlul judiciar al legalității detenției, dreptul la punerea imediată în libertate și dreptul de a primi despăgubiri în cazul arestării sau detenției ilegale sau arbitrare.<sup>43</sup> Articolul 14 alineatul (2) din Convenție precizează că toate aceste garanții procedurale și de fond se aplică atunci când persoanele cu dizabilități sunt lipsite de libertate „ca urmare a oricărui proces”, și anume, orice tip de arestare sau detenție de natură penală, civilă sau administrativă, inclusiv lipsirea de libertate din motive de sănătate mintală.

55. Accesul la justiție este esențial pentru protejarea dreptului la libertate al persoanei. Statele au obligația de a asigura accesul efectiv la justiție al persoanelor cu dizabilități private de libertate, în condiții de egalitate cu ceilalți, pentru a facilita participarea acestora la toate procedurile judiciare care au ca scop examinarea legalității detenției lor și obținerea unor despăgubiri și reparații. Această obligație include asigurarea accesibilității secțiilor de poliție și a instanțelor, accesul efectiv la informație și mijloace de comunicare, precum și asigurarea unor aranjamente procedurale.

<sup>41</sup> Comitetul Drepturilor Omului, Comentariul general nr. 35, pct. 7.

<sup>42</sup> Practica „*pasung*” implică, pe lângă încătușarea victimelor, izolarea și neglijarea acestora. A se vedea N.H. Laila și alții, *Perceptions about pasung (physical restraint and confinement) of schizophrenia patients: a qualitative study among family members and other key stakeholders in Bogor Regency, West Java Province, Indonesia 2017*, *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 12, nr. 35 (2018).

<sup>43</sup> Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice, articolul 9.

56. Noțiunea de sprijin inclusă în Convenție poate contribui la descurajarea recurgerii la regimuri de detenție și alte măsuri coercitive destinate persoanelor cu dizabilități (a se vedea A/HRC/34/58). De exemplu, în timp ce răspunsul implicit al majorității jurisdicțiilor la situațiile de criză este acela de a lipsi persoanele de capacitatea lor juridică și de a dispune internarea lor nevoluntară, abordarea bazată pe sprijin promovată de Convenție impune adoptarea unor soluții de sprijin necoercitive, în cadrul sau în afara sectorului sănătății. Cu toate acestea, trebuie subliniat faptul că obligația de a elimina măsura privării de libertate pe baza existenței unor dizabilități este independentă de acordarea de sprijin. Statele trebuie să își îndeplinească obligația de a oferi sprijin, alături de obligația lor de a elimina măsura privării de libertate pe motive de dizabilitate. Lipsa unor servicii de sprijin în cadrul comunității nu poate constitui în niciun caz o justificare pentru privarea de libertate.

### C. Impactul Convenției asupra normelor internaționale și regionale

57. Schimbarea de paradigmă a Convenției, în favoarea unei interdicții absolute privind privarea de libertate din cauza existenței unor dizabilități, a avut deja un impact semnificativ asupra activității Organizației Națiunilor Unite. Diferite entități, organisme de monitorizare a tratatelor și diverși titulari de mandate de proceduri speciale au adoptat normele de la articolul 14 din Convenție, inclusiv Oficiul Înaltului Comisar al Organizației Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului<sup>44</sup>, Organizația Mondială Sănătății<sup>45</sup>, Comitetul pentru eliminarea discriminării împotriva femeilor (CEDAW/C/IND/CO/4-5, pct. 37), Grupul de lucru privind detenția arbitrară<sup>46</sup> și Raportorul special privind dreptul tuturor de a se bucura de cel mai înalt standard posibil de sănătate fizică și mintală (A/HRC/35/21, pct. 66).

58. Cu toate acestea, de la adoptarea Convenției, trei mecanisme pentru drepturile omului au contestat interdicția absolută privind privarea de libertate pe baza existenței unor dizabilități: Comitetul Drepturilor Omului<sup>47</sup>, Subcomitetul de prevenire a torturii și a pedepselor ori tratamentelor inumane sau degradante (CAT/OP/27/2, pct. 5-11) și fostul Raportor special privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante, Juan Méndez (A/HRC/22/53, pct. 69). Deși au exclus posibilitatea privării de libertate a unei persoane pe baza existenței unei „necesități medicale” sau pe motive legate de nevoia de a primi îngrijiri, acestea mențin totuși o excepție în cazul existenței unui risc pentru persoana în cauză sau pentru ceilalți.

59. La nivel regional, nici Curtea Interamericană a Drepturilor Omului, nici Curtea Africană a Drepturilor Omului și Popoarelor nu au abordat chestiunea privării de libertate pe baza existenței unor deficiențe, de la adoptarea Convenției. Cu toate acestea, Protocolul la Carta Africană a Drepturilor Omului și Popoarelor, recent adoptat, referitor la drepturile persoanelor cu dizabilități din Africa, se bazează pe articolul 14 din Convenție, care interzice orice lipsire de libertate pe baza existenței unei dizabilități [articolul 8 alineatul (5)]. În sistemul interamerican, Curtea Interamericană a Drepturilor Omului a acceptat articolul 14 alineatul (2) din Convenție, susținând necesitatea adoptării unor măsuri de asigurare a accesibilității și a unor adaptări rezonabile pentru deținuții cu dizabilități<sup>48</sup>, în timp ce Comisia Interamericană pentru Drepturile Omului a făcut referire la articolul 14

<sup>44</sup> A/HRC/10/48, pct. 43–47; A/HRC/34/32, pct. 25–28; A/HRC/36/28, pct. 32, 40, 42 și 50; și A/HRC/39/36, pct. 46.

<sup>45</sup> Organizația Mondială a Sănătății, setul de instrumente *QualityRights guidance and training tools*, disponibil la adresa [www.who.int/mental\\_health/policy/quality\\_rights/en](http://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en).

<sup>46</sup> Principiile și orientările de bază ale Organizației Națiunilor Unite privind căile de atac și procedurile care permit exercitarea de către orice persoană privată de libertate a dreptului de a introduce o acțiune în fața unei instanțe, pct. 38 și 103.

<sup>47</sup> Comitetul Drepturilor Omului, Comentariul general nr. 35, pct. 19.

<sup>48</sup> *Chinchilla Sandoval și alții împotriva Guatemalei, Excepții preliminare, fond, reparații și cheltuieli de judecată, hotărâre din 29 februarie 2016*, pct. 209.

alineatul (1) litera (b) din Convenție în contextul unei măsuri de prevenire legate de o instituție de psihiatrie și în cadrul unui raport de țară recent.<sup>49</sup>

60. Convenția din 1950 pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale constituie singurul instrument referitor la drepturile omului, la nivel regional sau global, care prevede o excepție de la dreptul la libertate și siguranță, pe baza existenței unei deficiențe [articolul 5 alineatul (1) litera (e), „detenția legală a unui alienat”]. În această privință, Curtea Europeană a Drepturilor Omului a elaborat un set de norme pentru a stabili cazurile în care o persoană poate fi lipsită de libertate, pe motiv că este considerată „alienată”.<sup>50</sup> Aceste norme nu numai că sunt contrare articolului 14 din Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități, ci sunt și inferioare celor elaborate de mecanismele internaționale pentru drepturile omului, menționate anterior.

61. În acest context, Raportoarea specială reiterează faptul că detenția unei persoane cu dizabilități pe motiv că reprezintă un „pericol pentru sine sau pentru ceilalți”, că „are nevoie de îngrijiri” sau pe baza existenței unei „necesități medicale” este ilegală și arbitrară. În primul rând, aceasta este discriminatorie în măsura în care se aplică exclusiv sau în mod disproporționat persoanelor cu o dizabilitate reală sau percepută, în special persoanelor cu dizabilități intelectuale sau psihosociale, persoanelor cu autism și persoanelor cu demență. În al doilea rând, aceasta privează persoana în cauză de capacitatea juridică de a lua decizii cu privire la primirea de îngrijiri sau tratamente ori la internarea într-un spital sau plasarea într-o instituție, și încălcă dreptul la integritatea persoanei și dreptul de a nu fi supus torturii și reținerii. În al treilea rând, aceasta nu este nici necesară, nici proporțională, întrucât aduce atingere esenței dreptului la libertate și la siguranță și nu permite atingerea scopului urmărit de legiuitor. În plus, aceasta poate împiedica recuperarea acestor persoane și poate constitui o nouă traumă pentru persoanele care au fost victime ale unor abuzuri în trecut. În plus, există tot mai multe dovezi cu privire la valoarea pozitivă a practicilor de asistență necoercitive, atât în cadrul, cât și în afara sectorului sănătății.<sup>51</sup>

62. Criteriul privind existența unui „pericol pentru ceilalți” este arbitrar și injust în sine, întrucât are ca rezultat privarea de libertate a unor persoane cu dizabilități care nu au comis niciun fel de infracțiune, ceea ce contravine principiului general al prezumției de nevinovăție. O persoană care a săvârșit într-adevăr o infracțiune ar trebui să aibă acces la justiție în condiții de egalitate cu ceilalți și să beneficieze de aceleași garanții procedurale. Fără a aduce atingere celor menționate anterior, este necesară o abordare radical diferită a sancțiunilor penale, pentru a evita suprareprezentarea persoanelor cu dizabilități în penitenciare din cauza discriminării din cadrul procedurilor judiciare și a excluziunii sociale. Abordarea justiției restaurative, care se axează pe reabilitarea infractorilor, prin repararea prejudiciilor cauzate victimelor și comunității în ansamblu, este o cale care merită explorată.

63. Doar 4 din cele 177 de state părți la Convenție au formulat declarații cu privire la intenția de a limita punerea în aplicare a articolului 14.<sup>52</sup> În plus, alte țări au formulat rezerve și declarații cu privire la articolele 12 și 15 care ar putea avea repercusiuni asupra realizării dreptului la libertate al persoanei.<sup>53</sup> În conformitate cu articolul 19 din Convenția de la Viena cu privire la dreptul tratatelor și cu articolul 46 din Convenție, nu sunt permise rezerve și declarații incompatibile cu obiectul și scopul tratatului. Având în vedere rolul central pe care îl are dreptul la libertate al persoanei în ceea ce privește exercitarea efectivă a tuturor drepturilor prevăzute de Convenție, astfel de rezerve și declarații contravin obiectului și scopului său. De aceea, Raportoarea specială solicită statelor părți în cauză să își retragă toate rezervele și declarațiile.

<sup>49</sup> Măsura de prevenire nr. 440-16, în favoarea domnului Zaheer Seepersad și împotriva Trinidad și Tobago, 4 august 2017, pct. 21; și *Situation of Human Rights in Guatemala (Raport privind situația drepturilor omului în Guatemala)*, OEA/Ser.L/V/II, Doc. 208/17 (2017).

<sup>50</sup> *Stanev împotriva Bulgariei* (cererea nr. 36760/06), hotărâre din 17 ianuarie 2012, pct. 153.

<sup>51</sup> Gooding și alții, *Alternatives to Coercion*.

<sup>52</sup> Australia, Irlanda, Norvegia și Țările de Jos.

<sup>53</sup> Canada, Egipt, Estonia, Franța, Georgia, Kuwait, Malaysia, Polonia, Singapore și Republica Bolivariană a Venezuelei.



## VI. Renunțarea la privarea de libertate pe motive de dizabilitate

### A. Reforma legislativă

64. Statele au obligația de a abroga imediat toate actele normative care permit privarea de libertate pe baza unor deficiențe reale sau percepute, în instituții publice sau private. De asemenea, statele trebuie să abroge legile aparent neutre în privința dizabilităților, care au un impact disproporționat și negativ asupra dreptului la libertate al persoanelor cu dizabilități. De asemenea, trebuie să fie abrogate legile în materie de sănătate mintală care autorizează și reglementează internarea nevoluntară și tratamentul forțat al persoanelor pe baza unei deficiențe reale sau percepute (adică pe baza unui diagnostic cu privire la „starea de sănătate mintală” sau la o „tulburare psihică”). În acest scop, statele ar trebui să inițieze un proces de reexaminare a tuturor textelor legislative, din diferite domenii de drept, cu participarea activă a persoanelor cu dizabilități și a organizațiilor care le reprezintă.

65. Statele trebuie să recunoască dreptul persoanelor cu dizabilități de a avea acces la o gamă largă de servicii de asistență bazate pe drepturi, inclusiv la servicii de sprijin pentru persoanele aflate în situații de criză sau care se confruntă cu suferințe emoționale. Legislația trebuie să se asigure că mecanismele de asistență sunt disponibile, accesibile, adecvate și au prețuri rezonabile, că sunt furnizate cu titlu voluntar și că respectă drepturile și demnitatea persoanelor cu dizabilități (A/HRC/34/58). În plus, statele trebuie să stabilească un cadru juridic care să faciliteze crearea și punerea în aplicare a unor astfel de măsuri de sprijin.

66. Statele ar trebui să își revizuiască legislația civilă și penală, pentru a se asigura că reglementările privind răspunderea juridică și obligația de diligență ce revine prestatorilor de servicii și familiilor nu încurajează sau nu au ca rezultat practici coercitive. De asemenea, legislația penală trebuie să fie revizuită pentru a elimina legile și practicile care incriminează lipsa de adăpost și/sau existența unor dizabilități.

### B. Dezinstituționalizarea

67. Statele trebuie să asigure eradicarea tuturor formelor de instituționalizare a persoanelor cu dizabilități și să stabilească procese clare de dezinstituționalizare. Acest proces ar trebui să includă adoptarea unui plan de acțiune însoțit de termene clare și criterii concrete, un moratoriu privind noile internări, redistribuirea către prestatorii de servicii comunitare a fondurilor publice alocate instituțiilor și dezvoltarea unor servicii comunitare de sprijin adecvate, cum ar fi servicii de asistență pentru obținerea unei locuințe, servicii de îngrijire și asistență la domiciliu, servicii de sprijin reciproc între persoane cu probleme similare și servicii de îngrijire temporară (A/HRC/34/58). Inițiativele de dezinstituționalizare ar trebui să includă toate tipurile de instituții, inclusiv instituțiile de psihiatrie. S-a dovedit că procesele de dezinstituționalizare concepute necorespunzător și subfinanțate sunt contraproductive și aduc atingere drepturilor persoanelor cu dizabilități. Strategiile de dezinstituționalizare nu trebuie să se limiteze la simpla relocare a persoanelor cu dizabilități în instituții mai mici, centre de îngrijire în afara mediului familial, de mici dimensiuni (*group homes*) sau diferite cămine pentru persoane cu dizabilități.

68. Este necesară adoptarea mai multor strategii pentru a pune capăt instituționalizării copiilor cu dizabilități. Printre acestea se numără consolidarea serviciilor de sprijin familial, furnizarea de servicii comunitare pentru copii, strategiile de protecție a copilului, educația incluzivă și dezvoltarea unor servicii alternative de îngrijire de tip familial, adaptate copiilor cu dizabilități, inclusiv plasamentul la rude pe termen lung, plasamentul în cadrul unei familii substitutive și adopția. Toate aceste forme de îngrijire alternativă trebuie să fie însoțite de o formare, un sprijin și o monitorizare corespunzătoare, pentru a asigura sustenabilitatea acestor plasamente. Statele ar trebui să adopte fără întârziere un moratoriu privind instituționalizarea copiilor sub vârsta de 3 ani.

69. Statele trebuie să ia cât mai repede măsuri pentru a pune capăt privării de libertate în cadrul instituțiilor private și/sau religioase, cum ar fi orfelinatele, structurile de îngrijire de tip rezidențial de mici dimensiuni, centrele de recuperare și reabilitare și taberele de

rugăciune. Statele au obligația de a proteja persoanele cu dizabilități împotriva privării ilicite de libertate de către terți, inclusiv prin instituirea unor cadre instituționale de prevenție, prin educație și activități de monitorizare. Statele trebuie să ia fără întârziere măsuri pentru a pune capăt tuturor formelor de izolare la domiciliu și practicilor de încătușare.

### C. Renunțarea la măsuri coercitive în domeniul sănătății mintale

70. Statele trebuie să pună capăt tuturor formelor de privare de libertate și tuturor măsurilor coercitive din domeniul sănătății mentale. În acest scop, statele trebuie să își transforme sistemele de sănătate mintală pentru a asigura o abordare bazată pe drepturi și răspunsuri comunitare finanțate corespunzător, inclusiv prin înființarea unor servicii administrate de persoane care s-au aflat sau se află în situații similare. S-a dovedit că guvernele, furnizorii de servicii, instanțele și comunitățile au mai multe șanse de succes atunci când întreprind acțiuni concertate pentru a pune capăt practicilor coercitive.

71. Statele trebuie să înființeze servicii de asistență pentru persoanele aflate în situații de criză. Serviciile comunitare care nu recurg la forță sau la măsuri coercitive și-au dovedit eficiența și sunt esențiale pentru asigurarea unui răspuns bazat pe drepturi. În mai multe zone ale lumii au fost înființate programe comunitare necoercitive și nemedicale, destinate persoanelor aflate în situații de suferință extremă, ca soluții alternative la internare (de exemplu, centre de tip rezidențial de îngrijire temporară pentru persoane aflate în situații de criză, servicii de tip respiro de îngrijire temporară a persoanelor care se confruntă cu o criză, plasamentul în familii substitutive și plasamentul în regim de urgență al copiilor).<sup>54</sup> Aceste structuri au câteva caracteristici comune, printre care faptul că acestea găzduiesc mai puține persoane în comparație cu spitalele, oferă un mediu de tip familial și pun mai puțin accent pe medicație, iar oamenii interacționează mai mult cu personalul. S-a demonstrat că astfel de programe permit reducerea numărului de internări nevoluntare și creșterea ratei de satisfacție.<sup>55</sup>

72. Planificarea în avans poate fi utilă pentru a sprijini exercitarea capacității juridice în situații de criză.<sup>56</sup> Directivele anticipate le permit oamenilor să își exprime voința și preferințele cu privire la modul în care doresc să fie îngrijiți în cazul unui eveniment viitor. Acestea pot include și refuzul anumitor tratamente și/sau solicitări în avans cu privire la anumite opțiuni pe care persoana în cauză le-a considerat utile în trecut. Pentru ca directivele anticipate să fie eficiente, este esențial să se asigure faptul că acestea sunt alese în mod liber de către persoana care le formulează, că aceasta are control deplin asupra momentului în care ar trebui să fie puse în aplicare directivele și că acestea prevăd faptul că persoana în cauză are posibilitatea de a decide să își modifice dorințele și preferințele în orice moment.

### D. Accesul la justiție

73. Persoanele cu dizabilități ar trebui să aibă acces la justiție în condiții de egalitate cu ceilalți, pentru a putea contesta orice privare de libertate. În acest scop, statele trebuie să se asigure că persoanele cu dizabilități au acces la aranjamente procedurale, adaptate vârstei și sexului, inclusiv la procese decizionale susținute, în cadrul tuturor procedurilor judiciare, înainte de proces, în cursul procesului și după proces. Statele trebuie, de asemenea, să promoveze formarea adecvată a celor care lucrează în domeniul administrării justiției.

74. Statele trebuie să garanteze că toate persoanele cu dizabilități care s-au confruntat cu orice formă de privare de libertate arbitrară și/sau orice formă de exploatare, violență sau abuz, în contextul acestor practici, au acces la căi de atac și reparații adecvate, inclusiv sub

<sup>54</sup> Gooding și alții, *Alternatives to Coercion*, p. 67–81.

<sup>55</sup> C. Obuaya, E. Stanton și M. Baggaley, *Is there a crisis about crisis houses?*, *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 106, nr. 8 (2013), p. 300–302.

<sup>56</sup> M.H. de Jong și alții, *Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a systematic review and meta-analysis*, *JAMA Psychiatry*, vol. 73, nr. 7 (2016), p. 657–664.

formă de restituire, despăgubire, satisfacție și garanții de nerepetare, după caz. În cazul în care se consideră că detenția este arbitrară, restituirea implică în mod necesar repunerea în libertate.<sup>57</sup>

75. Mecanismele naționale de prevenire, instituțiile naționale pentru drepturile omului și mecanismele independente de promovare, protejare și monitorizare a punerii în aplicare a Convenției trebuie să fie mandatate în mod expres să efectueze anchete și investigații privind lipsirea de libertate a persoanelor cu dizabilități și să ofere asistență celor care doresc să fie reprezentate în justiție și să aibă acces la căi de atac judiciare. Locurile destinate privării de libertate specifice dizabilității, cum ar fi structurile de psihiatrie și alte instituții, trebuie să facă obiectul unei monitorizări efective. Disponibilitatea unor date exacte cu privire la numărul persoanelor cu dizabilități private de libertate va facilita monitorizarea evoluției situației și a schimbărilor care survin de-a lungul timpului, ceea ce va permite îmbunătățirea strategiilor de prevenire și de dezinstituționalizare.

## E. Sprijinul comunitar

76. Statele ar trebui să pună în aplicare un sistem cuprinzător de coordonare a accesului efectiv al persoanelor cu dizabilități la servicii de sprijin bazate pe drepturi, inclusiv a accesului la o serie de servicii de asistență la domiciliu, servicii de tip rezidențial și alte servicii de sprijin comunitare (A/HRC/34/58). Serviciile și programele cu caracter general, inclusiv cele din domeniul educației, îngrijirii sănătății, ocupării forței de muncă și al locuințelor, precum și alte servicii comunitare, trebuie, de asemenea, să fie incluzive și accesibile persoanelor cu dizabilități. Ar trebui ca persoanele cu dizabilități să aibă posibilitatea de a alege unde și cu cine să trăiască și să nu fie obligate să trăiască într-un anumit mediu și în anumite condiții.

77. Copiii cu dizabilități și familiile acestora trebuie să beneficieze de diferite tipuri de servicii de informare și sprijin, inclusiv servicii în materie de intervenție timpurie, centre de îngrijire de zi, servicii în domeniul educației, servicii de protecție a copilului și servicii sociale, pentru a evita separarea copiilor de familie și instituționalizarea acestora. De asemenea, este posibil ca familiile să aibă nevoie de asistență pentru a dobândi o perspectivă pozitivă asupra dizabilității și pentru a învăța cum să își sprijine copiii în funcție de vârsta lor și de gradul lor de maturitate. În cazul în care separarea copilului de familie este inevitabilă, statele trebuie să asigure plasamentul copilului în structuri alternative de îngrijire de tip familial, în conformitate cu principiul interesului superior al copilului. Instituțiile mai mici, structurile de îngrijire de tip rezidențial sau structurile „de tip familial” nu pot înlocui dreptul și nevoia tuturor copiilor de a trăi în cadrul unei familii.

78. Sistemele de protecție socială care țin seama de nevoile persoanelor cu dizabilități pot contribui la limitarea semnificativă a aplicării măsurii privării de libertate a persoanelor cu dizabilități, prin asigurarea unor mijloace de subzistență și a accesului la serviciile sociale. Statele trebuie să instituie sisteme cuprinzătoare și incluzive de protecție socială, care să integreze aspectul dizabilității în toate programele și intervențiile, și să asigure accesul la programe și servicii adaptate în mod specific nevoilor legate de dizabilități (A/70/297). Pensiile de invaliditate trebuie să promoveze independența și incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități și nu să conducă la privarea lor de libertate în mod ilegal în cadrul unor instituții. Toate persoanele cu dizabilități, inclusiv cele cu deficiențe multiple și grave, au dreptul de a trăi în comunitate și de a primi sprijinul de care au nevoie în acest scop.

<sup>57</sup> Principiile și orientările de bază ale Organizației Națiunilor Unite privind măsurile reparatorii și procedurile care permit exercitarea de către orice persoană privată de libertate prin arestare sau detenție a dreptului de a introduce o acțiune în fața unei instanțe, pct. 26.

## F. Participarea

79. În cadrul procesului de reformă legislativă și politică menit să pună capăt tuturor formelor de privare de libertate pe motive de dizabilitate, statele trebuie să consulte și să implice în mod activ persoanele cu dizabilități și organizațiile care le reprezintă, în special grupurile ale căror drepturi sunt direct afectate, inclusiv copiii cu dizabilități. De asemenea, persoanele cu dizabilități și organizațiile care le reprezintă trebuie să participe la toate procesele decizionale legate de conceperea, punerea în aplicare, monitorizarea și evaluarea sistemelor de sănătate mintală, inclusiv la elaborarea unor măsuri comunitare necoercitive.

80. Statele ar trebui să stabilească mecanisme flexibile de informare, care să permită participarea efectivă a grupurilor de persoane cu dizabilități private în mod disproporționat de libertate, pe motive de dizabilitate, având în vedere că este posibil ca acestea să nu fie reprezentate în mod corespunzător de organizațiile existente (în domeniu) (A/HRC/31/62).<sup>58</sup> Statele ar trebui, de asemenea, să promoveze colaborarea și parteneriatele între autoritățile publice și organizațiile societății civile, inclusiv organizațiile care reprezintă persoanele cu dizabilități, în domeniul furnizării de servicii de sprijin.

## G. Consolidarea capacităților și creșterea gradului de conștientizare

81. Modificarea cadrelor juridice și politice nu vor fi suficiente pentru a schimba situația, dacă acestea nu sunt însoțite de o schimbare radicală a modului în care persoanele cu dizabilități sunt percepute de societate. Statele trebuie să completeze eforturile de reformare a legislației și politicilor cu activități de formare și de creștere a gradului de conștientizare, destinate autorităților, funcționarilor publici, furnizorilor de servicii, sectorului privat, mass-mediei, persoanelor cu dizabilități, familiilor acestora și publicului larg.

82. Este necesară o schimbare urgentă a modului în care violența și persoanele cu dizabilități psihosociale sunt evocate în discursul public. Statele trebuie să adopte măsuri eficiente de combatere a stereotipurilor, a atitudinilor negative și a practicilor dăunătoare și coercitive împotriva persoanelor cu dizabilități. Instituțiile de învățământ superior, în special facultățile de medicină, de drept și de sociologie și asistență socială, ar trebui să își revizuiască programele de învățământ, astfel încât acestea să reflecte în mod adecvat dispozițiile inovatoare ale Convenției.

## H. Mobilizarea resurselor

83. Este necesar ca statele să nu mai finanțeze serviciile care privesc persoanele de libertate pe motive de dizabilitate. Internarea nevoluntară și instituționalizarea nu numai că sunt o soluție greșită, ci implică și utilizarea inutilă și ineficientă a resurselor publice. Dovezile arată că asigurarea unui sprijin adecvat persoanelor cu dizabilități este o soluție mult mai utilă și mai rentabilă decât plasamentul acestora în orice fel de instituție.<sup>59</sup> În plus, internarea nevoluntară într-o instituție de psihiatrie sau în alte instituții presupune alocarea unor sume foarte mari de către guverne pentru a asigura sisteme de garanții, precum și riscul ca acestea să fie implicate în litigii costisitoare și de lungă durată.

84. Statele au obligația de a lua măsuri imediate, folosind la maximum resursele de care dispun, inclusiv cele puse la dispoziție în cadrul cooperării internaționale, pentru a garanta respectarea și protejarea dreptului la libertate al persoanelor cu dizabilități. Planificarea și elaborarea bugetelor de stat ar trebui să includă finanțarea serviciilor de sprijin destinate persoanelor cu dizabilități, precum și a activităților de monitorizare a acestora. Practicile care contravin abordării dizabilității axate pe drepturile omului (de exemplu,

<sup>58</sup> A se vedea, de asemenea, Comitetul pentru drepturile persoanelor cu dizabilități, Comentariul general nr. 7 (2018) privind participarea persoanelor cu dizabilități, inclusiv a copiilor cu dizabilități, prin intermediul organizațiilor care le reprezintă, la implementarea și monitorizarea implementării Convenției.

<sup>59</sup> D. Tobis, *Moving from Residential Institutions to Community-based Services in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union* (Washington, D.C., World Bank, 2000).

instituționalizarea sau intervențiile psihiatrice coercitive) ar trebui să nu mai fie finanțate în cadrul cooperării internaționale.

## VII. Concluzii și recomandări

85. Privarea de libertate pe motive de dizabilitate constituie o încălcare a drepturilor omului la scară largă. Persoanele cu dizabilități sunt plasate sistematic în instituții de psihiatrie sau de alt tip sau sunt ținute în izolare la domiciliu și în alte locuri în cadrul comunității lor, pe baza existenței unei dizabilități reale sau presupuse. De asemenea, acestea sunt suprareprezentate în locurile tradiționale de privare de libertate precum penitenciarele, centrele de luare în custodie publică legate de imigrație, centrele de detenție pentru minori și instituțiile de tip rezidențial pentru copii. În plus, în toate aceste locuri, persoanele cu dizabilități sunt expuse altor încălcări ale drepturilor omului, cum ar fi tratamentul forțat și măsurile de izolare și contenționare.

86. Privarea de libertate pe motive de dizabilitate nu este un „rău necesar”, ci o consecință a incapacității statelor de a-și îndeplini obligațiile ce le revin față de persoanele cu dizabilități în materie de drepturi ale omului. După cum ilustrează acest raport, privarea de libertate a persoanelor cu dizabilități are rădăcinile în intoleranța și incapacitatea statelor de a asigura exercitarea drepturilor omului, în special a dreptului la capacitate juridică, a dreptului la respectarea integrității, a dreptului de acces la justiție, a dreptului la o viață independentă în comunitate, a dreptului la cel mai înalt standard realizabil de sănătate, a dreptului la un standard de viață adecvat și a dreptului la protecție socială. În absența asigurării unui sprijin adecvat și a mijloacelor de trai necesare, persoanele cu dizabilități sunt plasate în instituții de sănătate mintală și de alt tip, ca și cum nu ar exista o altă opțiune. Ca urmare a modului în care sunt concepute, îngrijirea instituționalizată și serviciile de sănătate mintală nu fac decât să consolideze această discriminare structurală acumulată de-a lungul timpului.

87. Raportoarea specială adresează statelor următoarele recomandări, cu scopul de a le ajuta să elaboreze și să pună în aplicare reforme care să asigure punerea deplină în aplicare a dreptului la libertate și siguranță al persoanei:

- (a) Să recunoască, în dreptul intern, dreptul persoanelor cu dizabilități la libertate și siguranță, în condiții de egalitate cu ceilalți;
- (b) Să procedeze la o examinare cuprinzătoare a legislației pentru abrogarea tuturor legilor și reglementărilor care permit, de sine stătătoare sau în combinație cu alți factori, privarea de libertate pe motive de dizabilitate;
- (c) Să pună aplicare o politică de dezinstituționalizare a persoanelor cu dizabilități din toate tipurile de instituții, inclusiv să adopte un plan de acțiune însoțit de termene clare și criterii concrete și să instituie un moratoriu cu privire la noile internări, precum și să dezvolte servicii comunitare de sprijin adecvate;
- (d) Să pună capăt tuturor tipurilor de practici coercitive, inclusiv celor din cadrul structurilor de sănătate mintală, și să garanteze respectarea, în orice moment, a consimțământului conștient al unei persoane;
- (e) Să garanteze accesul la căi de atac efective al tuturor persoanelor cu dizabilități care sunt private de libertate în mod arbitrar și să ia fără întârziere măsuri pentru a le repune în libertate;
- (f) Să asigure crearea unor servicii de sprijin pentru persoanele care se confruntă cu situații de criză și suferințe emoționale, inclusiv a unor locuri în care oamenii să se simtă în siguranță și să fie sprijiniți, pentru ca aceștia să poată vorbi despre sinucidere și autovătămare;
- (g) Să implice și să consulte în mod activ persoanele cu dizabilități și organizațiile care le reprezintă, în toate procesele decizionale, pentru a pune capăt tuturor formelor de privare de libertate pe motive de dizabilitate;

(h) Să asigure creșterea gradului de conștientizare a populației, în special a responsabililor politici, a funcționarilor publici, a prestatorilor de servicii și a mass-mediei, cu privire la dreptul la libertate și siguranță al persoanelor cu dizabilități, inclusiv prin combaterea stereotipurilor, a prejudecăților și a practicilor dăunătoare;

(i) Să se abțină de la alocarea de fonduri serviciilor care încalcă dreptul la libertate și siguranță al persoanelor cu dizabilități și să sporească progresiv fondurile alocate cercetării și asistenței tehnice în vederea eliminării tuturor formelor de privare de libertate specifice dizabilității, precum și să asigure accesul persoanelor cu dizabilități la serviciile comunitare și la programele de protecție socială.

(j) Să încurajeze actorii din cadrul cooperării internaționale, inclusiv organizațiile non-profit, să se abțină de la finanțarea structurilor sau instituțiilor destinate privării de libertate a persoanelor cu dizabilități.

88. Raportoarea specială recomandă, de asemenea, ca sistemul Organizației Națiunilor Unite să își consolideze capacitățile și să țină seama în mod corespunzător de normele referitoare la dreptul la libertate și siguranță al persoanei, protejat de Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități, în toate activitățile sale, inclusiv atunci când sprijină reformele legislative și politice ale statelor.

---