



Convention relative aux droits des personnes handicapées

Distr. générale
13 mai 2026
Français
Original : espagnol
Anglais, arabe, espagnol
et français seulement

Comité des droits des personnes handicapées

Rapport sur l'enquête concernant le Mexique menée en application de l'article 6 du Protocole facultatif se rapportant à la Convention

Observations du Mexique*

[Date de réception : 23 mars 2026]

* La version originale du présent document n'a pas été revue par les services d'édition.



Introduction

1. Le Mexique soumet au Comité des droits des personnes handicapées (le Comité) ses observations sur les conclusions de l'enquête menée en application de l'article 6 du Protocole facultatif se rapportant à la Convention relative aux droits des personnes handicapées (« la Convention »). Le Mexique fait des droits des personnes handicapées l'un de ses domaines d'action prioritaires et a la ferme volonté de respecter pleinement la Convention et le Protocole facultatif s'y rapportant.
2. Le Mexique prend acte des conclusions factuelles et des recommandations que le Comité a formulées à l'issue de l'enquête. Il relève que le Comité a mis en évidence des violations des droits consacrés par la Convention, notamment en ce qui concerne la reconnaissance de la personnalité juridique des personnes handicapées, leur inclusion dans la société et leur autonomie de vie, et les effets du placement en institution.
3. Dans l'ordre juridique interne, le placement en institution ne constitue ni une politique publique ordinaire ni une mesure de prise en charge automatique. C'est une mesure de protection exceptionnelle, de courte durée, qui s'applique uniquement lorsqu'il existe un risque réel, actuel et sérieux pour la vie ou l'intégrité des personnes. La désinstitutionnalisation se présente comme une procédure complexe et extrêmement délicate, qui doit être progressive, responsable et centrée sur la personne. Il ne suffit pas de fermer les institutions pour que les personnes handicapées placées en institution puissent mener une vie autonome à l'intérieur de la société, il faut créer à leur intention des systèmes d'accompagnement suffisants, accessibles et pérennes, qui garantissent l'exercice effectif de leur capacité juridique et le respect de leur autonomie et de leur dignité. Le Mexique agit actuellement en ce sens, par la voie de politiques publiques appliquées par diverses administrations, à tous les niveaux de l'État.
4. Par la mise en œuvre de stratégies, la création et la généralisation de nouvelles structures de prise en charge, la prise en considération des principes du consentement éclairé et de la liberté de décision, et une réforme institutionnelle visant au renforcement de l'approche centrée sur la personne, le Mexique s'emploie à mettre ses politiques publiques en conformité avec les dispositions de la Convention.
5. Des problèmes subsistent, mais ils ne doivent pas être perçus comme des omissions volontaires, car ils s'inscrivent dans un processus de transformation structurelle, qui exige du Mexique de procéder à une planification stratégique, des diagnostics rigoureux, une évaluation continue et des ajustements permanents. Le Mexique réaffirme sa volonté de progresser dans la désinstitutionnalisation, en veillant à prendre chaque mesure avec la diligence voulue, à centrer son approche sur les personnes handicapées, dans le respect de leurs volontés et de leurs préférences, et à empêcher toute régression de la protection de leurs droits.
6. Compte tenu de ce qui précède et des mesures mentionnées dans les rapports soumis en 2023 et 2025 (voir les annexes 1 et 2), les faiblesses relevées par le Comité dans ses observations peuvent difficilement être considérées comme systémiques, au regard non seulement des dispositions de la législation mexicaine, mais aussi des mesures, des politiques publiques et des pratiques visant au respect des obligations prévues par la Convention.

I. Maintien du placement en institution

7. Il est établi que, par le passé, des personnes handicapées qui avaient été placées, par la force et pour de longues périodes, dans des institutions telles que des hôpitaux psychiatriques, ont été rendues vulnérables au point d'être parfois victimes d'actes de violence et de maltraitance ou atteintes dans leurs droits. Il est donc nécessaire d'aller plus loin dans la transformation du modèle de prise en charge, en renforçant les stratégies axées sur la prévention, le soutien psychosocial et les solutions de proximité, qui aident les personnes handicapées à mener une vie autonome dans la société.
8. Le manque d'aides ou de services de proximité ne doit pas légitimer le placement en institution. Au contraire, il doit inciter les autorités à se hâter de créer et de développer des

réseaux communautaires suffisants, accessibles et bien organisés. Le placement en institution ne saurait être considéré comme une manière de protéger les personnes handicapées. Les autorités compétentes doivent coopérer, au niveau de leurs procédures, de leurs systèmes d'accompagnement et de leurs services, afin que les décisions de placement, en particulier lorsqu'elles concernent des personnes en situation de vulnérabilité ou des victimes présumées, soient réexaminées, voire annulées.

9. Le réexamen d'une décision de placement suppose une évaluation des besoins de la personne handicapée concernée en vue de l'établissement d'un projet de vie qui soit en accord avec les particularités et les aspirations de celle-ci et qui l'aide à faire partie intégrante de la société et à mener une vie autonome. À cette fin, les questions de l'inclusion professionnelle, de l'éducation, de la santé, du logement, de l'aide à l'autonomie et de la participation à la vie sociale doivent être dûment prises en considération. Il est donc indispensable de renforcer les services intersectoriels de développement local, en prévoyant des dispositifs d'accompagnement, des garanties relatives à la prise de décisions, un soutien psychosocial en fonction du handicap et du genre et le respect des systèmes normatifs des peuples autochtones, et de désigner clairement l'instance chargée du suivi de la désinstitutionnalisation.

10. Par exemple, la Commission nationale de promotion de la santé mentale et de lutte contre les addictions a engagé une transformation du modèle de prise en charge des problèmes de santé mentale, qui se caractérise par une désinstitutionnalisation progressive, des services de proximité, le respect des droits de l'homme et la prise en considération des questions de genre. En application des dispositions nationales et internationales relatives aux droits des personnes handicapées, les mécanismes de formation du personnel et de contrôle ont été renforcés et des protocoles de prévention de la violence et de prise en charge des victimes, ainsi que de détection et de signalement des actes de maltraitance, ont été adoptés.

11. Le placement d'une personne en institution pour un problème de santé mentale ou un trouble du comportement doit être une mesure exceptionnelle, temporaire et dûment justifiée. La préférence doit être donnée aux services de proximité, au consentement éclairé, à l'accompagnement familial et institutionnel, et à la réinsertion sociale, de manière à mettre fin aux pratiques d'internement forcé et à prévenir toute forme de violence dans les services de santé mentale.

12. Suite à la réforme de la loi générale sur la santé, en 2022, l'institutionnalisation cède la place à un modèle de prise en charge communautaire, qui présente les caractéristiques décrites ci-après :

- Les soins de santé spécialisés n'impliquent plus un placement en institution de longue durée. Le placement en institution est une mesure thérapeutique qui n'est appliquée qu'en dernier recours, pour une courte durée et avec le consentement éclairé de la personne concernée, car il doit être mis fin aux placements en milieu fermé. Dans les hôpitaux généraux, la prise en charge d'urgence doit être temporaire et ne doit pas s'effectuer dans des services de soins distincts, afin que la personne concernée retrouve plus rapidement son environnement social. De plus, le Mexique procède à une décentralisation des ressources sanitaires, en accordant la priorité aux soins de santé primaire, dispensés par 346 unités médicales spécialisées et centres communautaires de santé mentale et de lutte contre les addictions [UNEME-CECOSAMA]. Ces centres ne sont pas des structures d'internement, mais des centres de soins ambulatoires, qui permettent une prise en charge sans rupture sociale ;
- En raison du manque de personnel spécialisé, il a été fait largement et longuement appel au Programme d'action « Combler les lacunes en santé mentale » (mhGAP) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), afin que le personnel de santé non spécialisé de l'ensemble du réseau sanitaire apprenne à apporter un soutien psychosocial aux personnes qui en ont besoin et que celles-ci n'aient pas à s'orienter vers des institutions.

13. Le Mexique ne limite pas ses efforts de désinstitutionnalisation au domaine clinique. Il prévoit aussi des prestations sociales, qui reposent sur une coopération entre les secteurs de la santé, de l'éducation et de la sécurité et des organisations de la société civile, laquelle

est rendue possible par des campagnes de sensibilisation et de formation aux questions de santé mentale, comme celle de la culture de l'autonomie, dont relèvent notamment les directives volontaires anticipées, qui permettent aux personnes ayant des problèmes de santé mentale de prendre leurs propres décisions.

Effets produits et préjudices causés par le placement en institution

14. Le Comité affirme que des personnes handicapées ont été torturées et maltraitées dans certaines institutions. À cet égard, il convient de souligner que les centres de santé mentale gérés par la Commission nationale de promotion de la santé mentale et de lutte contre les addictions travaillent en étroite coordination avec les commissions locales et sont soumis à des contrôles aux fins du plein respect des droits de l'homme. De plus, des mesures sont prises afin que les personnes prises en charge ne soient soumises à aucun traitement cruel, inhumain ou dégradant.

15. Les unités gérées par la Commission nationale de promotion de la santé mentale et de lutte contre les addictions n'ont pas de chambres d'isolement. Par contre, elles sont équipées de salles dans lesquelles des personnes sont placées en observation afin que leur intégrité et celle d'autrui soient préservées, en dehors de tout confinement punitif. De plus, il est fait recours à des stratégies non invasives de prévention et de gestion des crises, qui font prévaloir la désescalade verbale sur toute méthode de contention physique ou pharmacologique, et privilégient le respect de l'autonomie et des droits humains.

16. Le Mexique s'emploie à adopter des directives volontaires anticipées afin que les préférences de la personne soient au cœur de son traitement et à instaurer une culture de prévention, en favorisant la sensibilisation et la formation du personnel de santé aux droits de l'homme et à l'approche des soins centrée sur la personne. Il existe en outre des mécanismes de surveillance et de signalement des violations des droits de l'homme, ainsi que des dispositifs, anonymes (boîte fonctionnelle) ou directs (écoute active), qui permettent de recenser toute atteinte présumée aux droits et d'y répondre efficacement.

17. Au titre des ressources techniques, il convient de mentionner l'élaboration de manuels de procédures visant à normaliser l'utilisation de méthodes de communication non violente. En ce qui concerne les méthodes de contention non coercitives, la priorité est donnée à l'apprentissage de techniques de gestion des crises par la désescalade verbale, de manière à prévenir les troubles du comportement, à appliquer aussi que peu possible des mesures restrictives et à faire toujours passer avant tout l'intégrité et la dignité de la personne.

18. En ce qui concerne les préoccupations du Comité au sujet des suicides, il existe un programme national de prévention du suicide et un manuel de prévention du suicide, qui contribuent à la sensibilisation de la population, au repérage précoce et à l'accompagnement des personnes à risque. Il existe aussi « La Línea de la Vida », un service téléphonique qui permet aux personnes à risque d'être écoutées, conseillées, orientées et mise en relation avec des réseaux d'aide. En complément, des formations sont dispensées au personnel de santé de première ligne, dans le cadre du Programme d'action « Comblar las lagunas en salud mental » de l'OMS, en vue d'une prise en charge rapide, accessible et locale.

Effets sur les groupes les plus vulnérables

19. Le Mexique est doté d'une loi générale sur l'inclusion des personnes handicapées, qui prône une approche intersectionnelle devant garantir aux personnes handicapées l'exercice de tous leurs droits sans discrimination fondée sur l'origine ethnique, la nationalité, le genre, l'âge, la taille, la situation socioéconomique, l'état de santé, la religion, l'opinion, l'état civil, les préférences sexuelles, la grossesse, l'identité politique, la langue, le statut migratoire ou tout autre motif ou caractéristique propre à la condition humaine, qui porte atteinte à leur dignité. La loi générale dispose que toute politique publique relative aux droits des personnes handicapées doit intégrer le principe de transversalité, c'est-à-dire reposer sur un plan d'action et de coordination des efforts et des ressources qui soit tridimensionnel (verticalité, horizontalité et profondeur).

20. Le Comité relève que des personnes vivent dans des institutions depuis leur enfance. Cette situation n'est pas voulue par les autorités mexicaines, elle est la conséquence de l'important retard pris dans la construction de structures de proximité et des défauts des systèmes de suivi, auxquels l'État est tenu de remédier, suivant le principe de progressivité des droits de l'homme. En conséquence, conformément à la Convention et comme suite aux observations du Comité relatives à l'autonomie de vie et à l'inclusion sociale, l'État conçoit et gère des structures de proximité, qui ne sont ni des hôpitaux ni des établissements psychiatriques, afin que les personnes handicapées puissent continuer de vivre dans leur famille et dans la société.

21. Autrement dit, une transition s'opère. À des structures propres au modèle caritatif succèdent des formes de logement collectif qui se prêtent plus à la personnalisation et permettent de participer plus pleinement à la vie de la société. Il reste que le placement doit être uniquement une mesure de dernier recours. Autant que possible, les services de proximité et le regroupement familial sont préférés, conformément à l'approche fondée sur les droits de l'homme et à l'objectif d'inclusion dans la société.

a) Enfants et adolescents

22. En ce qui concerne la présence d'enfants et d'adolescents dans des institutions pour de longues périodes, voire pour une durée indéterminée, et la fragilité des systèmes d'information et de suivi, il convient de se référer à la Constitution, qui établit les droits à l'identité, à la protection spéciale et au rétablissement effectif des droits, conformément au principe de l'intérêt supérieur de l'enfant.

23. Le placement en institution n'a de validité juridique qu'à la condition d'être temporaire et exceptionnel, et de constituer une étape dans l'obtention d'une solution définitive, respectueuse du droit à une vie familiale et à une vie sociale. Les séjours prolongés en institution ne sont pas des finalités légitimes de l'action de l'État, mais les signes de défaillances dans les processus de rétablissement des droits, de regroupement familial ou d'inclusion dans la société.

24. Dans ses observations, le Comité affirme que l'absence de registres complets, actualisés et interopérables empêche un suivi efficace des mesures de protection de remplacement et l'analyse de leur durée, de leurs causes et de leurs résultats. Cette situation ne signifie pas que l'État n'a aucune obligation de contrôle ; elle montre simplement que les procédures et les mécanismes de coordination entre les administrations doivent être améliorés. Il est indispensable que chaque enfant ou adolescent placé en institution fasse l'objet d'un suivi, afin que son placement ne se prolonge pas indéfiniment par inaction de l'administration, sans réexamen périodique de la situation ni objectifs clairs de rétablissement des droits. Si sa durée n'est pas définie et qu'il n'est pas accompagné d'un plan de sortie et d'une évaluation régulière, le placement en institution n'est plus une mesure de protection, mais une forme d'exclusion structurelle.

25. Le Mexique sait qu'il est tenu non seulement d'enregistrer les placements d'enfants et d'adolescents handicapés en institution, mais aussi d'élaborer et d'appliquer des programmes individuels de rétablissement des droits qui offrent de véritables solutions telles que le renforcement de l'accompagnement familial, le placement en famille d'accueil, l'inclusion dans le système éducatif et la fourniture de services de proximité. Le placement en institution doit être temporaire, non pas pour satisfaire à de simples exigences administratives, mais pour être légitime au regard de la Constitution. Les filles handicapées courent un risque plus élevé d'être victimes de violence, de maltraitance et d'exclusion, aussi bien dans un cadre familial que dans une institution ou une structure de proximité, en raison de facteurs structurels de discrimination (âge, genre et handicap). Cette situation n'est pas la preuve que l'État applique une politique d'omission ou de tolérance, mais qu'il doit faire plus pour la prévention, la protection et le rétablissement des droits.

26. Les violences faites aux filles handicapées ne sont souvent pas signalées, en raison d'obstacles à la communication, d'un état de dépendance à l'égard des aidants et de difficultés à porter plainte. L'État ne peut pas rester neutre et se contenter de prendre des mesures générales de prévention. Il doit prévoir des aménagements raisonnables et une prise en charge spécialisée qui tienne compte des besoins particuliers des personnes handicapées.

et veiller à l'accessibilité des systèmes de signalement. L'État ne doit pas non plus se contenter de réagir ; il doit concevoir des environnements qui soient sûrs et permettent de réduire structurellement les risques de maltraitance, ce qui implique automatiquement de limiter la durée des placements en institution et de renforcer la prise en charge de type familial ou communautaire.

27. L'État est conscient de l'intérêt de systèmes d'information, de mécanismes de contrôle et de stratégies différenciées, comme il ressort des politiques publiques nationales. Au titre de sa mesure 3.3.6, le Programme national de protection de l'enfance pour la période 2026-2030 invite les autorités compétentes à surveiller les conditions de fonctionnement des foyers, refuges ou autres centres d'accueil pour enfants et adolescents handicapés, au moyen de mécanismes d'enregistrement et de contrôle qui permettent d'établir la durée du séjour, les conditions d'accueil et les progrès accomplis dans le rétablissement des droits. Au titre de sa stratégie 3.3, il prévoit l'application de mesures qui garantissent l'inclusion des enfants et adolescents handicapés et leur protection contre la discrimination, selon une approche différenciée qui tient compte des risques plus élevés encourus par les filles, en vue de leur plein épanouissement.

28. Le Programme national de protection de l'enfance tend à empêcher que les placements en institution ne soient définitifs et à faire en sorte que ceux-ci soient contrôlés, réexaminés périodiquement et accompagnés de plans de sortie qui offrent de véritables solutions de remplacement telles que le renforcement de l'accompagnement familial, le placement en famille d'accueil, la fourniture de services de proximité et des aides à l'autonomie. À mesure que les services accessibles et les réseaux d'accompagnement de proximité se développent, le risque structurel de placement en milieu fermé et le risque de maltraitance des personnes placées, découlant de leur situation d'isolement et de dépendance, diminuent.

29. Compte tenu de ce qui précède, il serait faux de dire que le Mexique fait le choix de maintenir indéfiniment des enfants et des adolescents dans des institutions et qu'il ne tient pas compte de la situation particulière des filles handicapées. Le législateur et les institutions reconnaissent le caractère temporaire et exceptionnel du placement en institution, et sont conscients qu'une approche intersectionnelle s'impose face à des risques différenciés. L'État n'accepte pas le placement en institution pour une durée indéterminée ni ne sous-estime les risques. Il tend à renforcer progressivement les mécanismes de surveillance, d'inclusion, d'accessibilité et de rétablissement effectif des droits, dans le respect de l'intérêt supérieur de l'enfant, du principe de non-discrimination et de l'obligation constitutionnelle de protection renforcée.

b) Personnes âgées handicapées

30. Le système national et les systèmes étatiques et municipaux de développement intégral de la famille sont chargés de l'organisation, du fonctionnement, du suivi et de l'évaluation des centres, foyers et camps de loisirs qui contribuent à la prise en charge, à l'accompagnement et au développement intégral des personnes âgées, y compris des personnes âgées handicapées.

31. Les camps de loisirs proposent des activités de jour, physiques, culturelles et conviviales, qui favorisent un vieillissement actif et l'intégration sociale. De leur côté, les centres et les foyers fonctionnent comme des résidences pour personnes âgées qui n'ont pas accès à un accompagnement suffisant. Le placement dans ces structures est une mesure exceptionnelle, provisoire et pleinement respectueuse des droits.

32. Dans les centres et foyers pour personnes âgées, les structures propres au modèle caritatif traditionnel sont remplacées progressivement par des formes de logement collectif qui se prêtent plus à la personnalisation et permettent de participer plus pleinement à la vie de la société. Le placement reste considéré comme une mesure de dernier recours, et la priorité est donnée aux services d'accompagnement de proximité et, si possible, au regroupement familial.

33. Les centres, foyers et camps de loisirs pour personnes âgées se sont dotés de directives internes pour la prévention des actes de violence, de maltraitance et de négligence et la prise en charge des personnes âgées qui en sont victimes. Ces directives portent notamment sur la

détection précoce et l'enregistrement des faits de violence, de maltraitance et de négligence, l'orientation des victimes et la saisine des juridictions et des instances de protection des droits de l'homme compétentes.

34. Dans les centres, foyers et camps de loisirs pour personnes âgées, les pratiques d'enfermement punitif, les mesures de contention physique ou pharmacologique assorties de sanctions disciplinaires, et toute forme de traitement cruel, inhumain ou dégradant sont interdites. La préférence est donnée aux mesures d'accompagnement, aux aménagements raisonnables, à la participation éclairée des personnes âgées et au respect de leur autonomie.

35. De plus, les personnes âgées handicapées sont invitées à participer activement à l'établissement des règlements intérieurs des centres, foyers et camps de loisirs, à la définition des améliorations à leur apporter et à l'élaboration de leur offre d'activités, par l'intermédiaire de consultations, de comités d'usagers et d'enquêtes de satisfaction.

36. Des mesures progressives sont prises afin d'adapter les infrastructures et les services (accessibilité physique, communication accessible, aides à la mobilité, activités adaptées) de manière à éliminer les obstacles et à faire en sorte que la prise en charge et les services récréatifs et culturels s'inscrivent dans un modèle d'aide à l'inclusion sociale, conformément aux recommandations internationales relatives à la désinstitutionnalisation.

37. Compte tenu de ce qui précède, il serait faux de dire que les personnes âgées qui sont placées en institution sont victimes de négligence, soumises à des traitements médicaux et vivent dans des conditions dégradantes. Le Mexique s'emploie à garantir l'intégrité et la dignité des personnes âgées, à étendre la protection de leurs droits, selon les principes d'égalité et de non-discrimination, et à renforcer leur autonomie.

Santé mentale et addictions

38. Le Comité indique que, selon l'une de ses sources d'information, le budget de la santé, tant au niveau fédéral qu'au niveau des États, continue de financer les hôpitaux psychiatriques, alors qu'il n'existe aucune ligne budgétaire pour le financement de services de santé mentale de proximité.

39. Le Mexique a investi dans la construction et la mise en service d'unités de soins ambulatoires spécialisés dans le traitement des problèmes de santé mentale et des addictions. Pour preuve de l'attention accordée aux soins de santé mentale de proximité, il existe actuellement 346 centres locaux de traitement des problèmes de santé mentale et des addictions, 45 centres intégrés de santé mentale relevant des services étatiques de santé et des services de santé publique de l'Institut mexicain de sécurité sociale pour le bien-être, et 110 centres d'insertion de la jeunesse financés par le budget fédéral, qui agissent en première ligne pour la prévention, le dépistage précoce et le traitement des problèmes de santé mentale et des addictions et permettent une réadaptation psychosociale, sans hospitalisation et dans la communauté. En 2025, le Secrétariat aux finances et au crédit public a affecté des fonds du budget fédéral à des programmes de promotion de la santé mentale et de lutte contre les addictions¹, selon la répartition suivante : 35 % des fonds ont été alloués aux soins de santé mentale secondaires et 65 %, aux soins de proximité, à la recherche et à la formation.

40. Chaque année, en application de la Convention relative au transfert des ressources budgétaires fédérales, l'administration fédérale alloue aux États fédérés des fonds destinés au renforcement des mesures de promotion de la santé mentale et des mesures de prévention des problèmes de santé mentale, dans le cadre du programme budgétaire E025 (maintenant E032), relatif à la santé mentale et à la prévention des addictions.

41. Afin de consolider le réseau de soins de proximité, des fonctionnaires fédéraux sont transférés dans les États fédérés pour s'occuper de la prévention et de la prise en charge dans les centres locaux de santé mentale et de traitement des addictions. Par exemple, la ville de Mexico a mis en œuvre la stratégie « Une ville de bien-être émotionnel : une vie épanouie, un cœur heureux » afin de transformer le modèle de prise en charge des problèmes de santé

¹ Selon le budget fédéral des dépenses 2025, le montant des fonds alloués était de 3 334 215 041 pesos. Voir https://www.pef.hacienda.gob.mx/es/PEF2025/analiticos_presupuestarios.

mentale et de garantir un accès aux soins gratuit, équitable et inclusif. Dans la ville et l'État de Mexico, les organismes directeurs ont évolué. L'Institut pour la prévention et le traitement des addictions et l'Institut de l'État de Mexico pour la lutte contre les addictions sont devenus l'Institut pour la prise en charge des problèmes de santé mentale et des addictions et l'Institut de l'État de Mexico pour la santé mentale et la lutte contre les addictions, afin de créer un modèle de prise en charge global de type communautaire, qui respecte les droits de l'homme et contribue à la désinstitutionnalisation. Des représentants de l'État fédéral ont été dépêchés ailleurs dans le pays pour l'élaboration de stratégies.

42. Parallèlement aux modifications apportées entre 2021 et 2024 à la loi générale sur la santé en ce qui concerne la santé mentale et la lutte contre les addictions, plus de 61 000 professionnels de santé ont été formés dans le cadre du Programme d'intervention relatif aux troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances psychoactives (mhGAP), afin de renforcer les capacités de soins de santé mentale primaires et secondaires.

Placement en institution d'enfants et d'adolescents ayant un handicap psychosocial ou ayant des problèmes de santé mentale

43. En ce qui concerne le placement en institution d'enfants et d'adolescents ayant un handicap psychosocial ou ayant des problèmes de santé mentale, il convient de se référer à la Constitution, qui reconnaît les droits à la santé, au développement et à la liberté individuelle, ainsi que le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant, et de tenir compte des obligations internationales mises à la charge de l'État par la Convention. Face aux problèmes de santé mentale, l'internement en hôpital psychiatrique ou en milieu fermé n'est pas la solution généralement préférée, mais une mesure exceptionnelle, seulement applicable en présence d'un risque réel et immédiat pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée ou d'autrui et en l'absence avérée de toute autre option, moins restrictive, à l'intérieur de la communauté.

44. La santé mentale des enfants et des adolescents handicapés ne peut pas être considérée sous l'angle du contrôle ou de l'enfermement, elle doit s'inscrire dans un modèle de prise en charge globale, centrée sur les droits, à l'intérieur de la communauté. Le handicap psychosocial n'enlève pas à la personne sa qualité de sujet de droits et n'autorise pas l'État à se substituer automatiquement à sa volonté ni à l'isoler de son environnement familial et social. Aux fins du droit des personnes handicapées de vivre et de s'épanouir dans la société, l'État est tenu de mettre en place des services de soins ambulatoires, de soutien psychosocial et d'accompagnement familial ainsi que des mécanismes d'intervention précoce pour éviter des internements prolongés ou répétés à la suite de crises.

45. Le Mexique est conscient de la nécessité d'un renforcement des soins de santé mentale dès les premières étapes de la vie. Au titre de sa mesure 1.1.8, le Programme national de protection de l'enfance pour la période 2026-2030 vise à favoriser le plein épanouissement et le bien-être des filles et des garçons dès la petite enfance, en encourageant une éducation positive et en veillant à la santé mentale des enfants et de leurs aidants. Il invite l'État à prévenir les problèmes psychosociaux par des interventions précoces, un accompagnement familial et des environnements de santé bienveillants, lesquels permettent de réduire le risque que le placement en institution serve à gérer les crises causées par une situation stressante, un sentiment d'abandon et un manque d'appui. Cette approche préventive et communautaire répond à l'obligation qu'à l'État de favoriser le plein épanouissement des enfants et adolescents handicapés et de leur apporter un soutien suffisant pour qu'ils vivent dans leur famille et dans la société.

46. L'internement sans évaluation individuelle, sans prise en considération de la volonté de la personne concernée, alors que cela est possible, et sans réexamen périodique, est dénué de fondement juridique. En matière de santé mentale, toute intervention doit se baser sur une évaluation clinique individuelle, effectuée par des spécialistes selon des critères médicaux objectifs. L'action légitime de l'État suppose que toute intervention dans le domaine de la santé mentale repose sur des critères cliniques objectifs, s'accompagne de garanties procédurales et vise à rétablir le droit à la vie dans la société. Ces garanties incluent le réexamen périodique de la nécessité de la mesure, la participation de la famille ou des aidants, et l'élaboration de programmes de réinsertion sociale progressive. En l'absence d'un plan de

sortie, d'un accompagnement familial ou de services de proximité, l'internement en hôpital psychiatrique perd toute finalité thérapeutique et constitue une forme d'exclusion sociale.

47. Compte tenu de ce qui précède, il serait faux de dire que le Mexique applique une politique d'internement systématique des enfants et adolescents handicapés à des fins de contrôle ou de ségrégation. Le législateur et les institutions privilégient les soins préventifs de proximité, l'internement n'étant qu'une mesure exceptionnelle, adoptée dans les situations d'urgence. Le Mexique n'entend pas normaliser le placement en milieu fermé ; il souhaite renforcer progressivement les services de santé mentale afin qu'ils soient accessibles, centrés sur la famille, proches de la communauté et respectueux de l'intérêt supérieur de l'enfant, du principe de non-discrimination et du droit des personnes handicapées de participer à la vie de la société dans des conditions d'égalité avec les autres.

II. Enfants et adolescents

48. Le Comité affirme que le Mexique ne prend pas de mesures visant à recenser et à combattre les formes multiples et croisées de discrimination à l'égard des enfants handicapés, qui font courir à ceux-ci un risque plus élevé d'être placés en institution et séparés de leur famille. Il affirme également que le placement d'enfants handicapés, à titre temporaire ou pour de longues périodes, a des répercussions sur leur développement cognitif, social et émotionnel et les expose à des risques.

49. Les placements prolongés ne relèvent pas d'une politique d'internement voulue par l'État ; ils sont les vestiges des modèles d'assistance du passé et les signes d'un retard structurel dont le Mexique est conscient et qu'il est tenu de rattraper. Selon le principe de progressivité, le Mexique doit démontrer qu'il a pris des mesures concrètes pour que le placement en institution ne soit plus la première option retenue. Le passage de l'institutionnalisation à un modèle fondé sur l'inclusion sociale est un processus structurel qui nécessite une réforme de la législation, un renforcement des institutions et un développement des services de proximité, notamment des services d'accompagnement familial et des mécanismes de prise en charge de type familial. Ce processus structurel est déjà engagé.

50. Le Mexique accuse surtout un retard dans ses infrastructures, ses pratiques administratives et son offre de services de proximité pour les enfants handicapés, depuis longtemps insuffisante. Cependant, conscient de son retard, il a engagé une transformation institutionnelle visant à remplacer progressivement le modèle caritatif par un système de protection fondé sur l'inclusion sociale, le renforcement de l'accompagnement familial et les services de proximité. Les politiques publiques nationales montrent bien que, pour le Mexique, le placement en institution n'est pas et ne peut pas être la réponse structurelle à la question du handicap ou de la pauvreté. Au titre de sa mesure 3.3.6, le Programme national de protection de l'enfance pour la période 2026-2030 invite les autorités compétentes à surveiller les conditions de fonctionnement des foyers, refuges ou autres centres d'accueil pour enfants et adolescents handicapés, au moyen de mécanismes d'enregistrement et de contrôle. Il établit une obligation explicite de contrôle des établissements et de réglementation stricte du placement en institution. La mesure 3.3.6 vise à renforcer les mécanismes de surveillance, d'enregistrement et de contrôle afin que les violations des droits soient mises en évidence et que le placement en institution soit uniquement une mesure exceptionnelle et temporaire.

51. Les programmes d'aide sociale, les services de réadaptation, la Politique nationale d'éducation inclusive et les mesures relevant du Système national de développement intégral de la famille ne sont pas des réponses isolées. Ils s'inscrivent dans une stratégie, par laquelle l'État entend mettre fin aux facteurs structurels qui, par le passé, ont entraîné le retrait d'enfants et d'adolescents handicapés de leur milieu familial. Ils n'ont pas pour but de légitimer le placement en institution, mais de rendre celui-ci de moins en moins nécessaire grâce au développement des services de proximité, de l'éducation inclusive, de l'accompagnement familial et des dispositifs de prise en charge spécialisée, qui évitent toute rupture des liens familiaux et sociaux.

52. Le Programme national de promotion de l'égalité et de lutte contre la discrimination tend principalement à mettre fin aux pratiques discriminatoires qui touchent de longue date certains groupes de population tels que les enfants et adolescents handicapés, et ce, par des mesures d'ajustement, d'inclusion et d'action positive devant garantir une égalité réelle des chances et un accès effectif aux services dans le respect et la dignité.

53. L'offre d'aménagements raisonnables pour une prise en charge différenciée des personnes handicapées, le recueil des plaintes pour discrimination, la formation et la sensibilisation des fonctionnaires sont des moyens concrets de lever les obstacles structurels. Ces mesures non seulement renforcent la protection des droits, mais contribuent indirectement à prévenir les situations d'exclusion ou de dépendance qui peuvent déboucher sur le placement d'enfants et d'adolescents handicapés en institution pour de longues périodes.

54. Le Programme national de promotion de l'égalité et de lutte contre la discrimination complète les politiques publiques en faveur de l'inclusion et du rétablissement des droits, en faisant en sorte que les mesures prévues soient accessibles, respectueuses, adaptées aux besoins particuliers de chacun(e) et conformes au principe de non-discrimination et aux engagements de l'État en faveur de l'égalité des chances et d'un traitement digne.

55. Compte tenu de ce qui précède, il serait faux de dire que le Mexique a adopté une politique qui privilégie le placement en institution et qui est discriminatoire à l'égard des enfants et adolescents handicapés. Il existe un cadre réglementaire qui interdit que des enfants et adolescents handicapés soient séparés de leur famille pour des raisons liées à la situation personnelle, une politique publique qui établit le caractère exceptionnel du placement en institution et une stratégie nationale qui s'attaque aux causes structurelles de l'institutionnalisation par des mesures de surveillance, des dispositions réglementaires et le renforcement des solutions de prise en charge de type familial ou communautaire.

56. La politique publique nationale prévoit des mesures visant à développer les options de prise en charge de type familial et communautaire ainsi que les services d'accompagnement, qui permettent aux enfants et aux adolescents handicapés de rester dans leur famille, dans un environnement protecteur et propice à leur épanouissement. Le Mexique n'entend pas normaliser le placement en milieu fermé ; il souhaite l'encadrer juridiquement et réduire progressivement son utilisation, grâce au renforcement des services de proximité et de l'accompagnement familial, conformément à l'intérêt supérieur de l'enfant, au principe de non-discrimination et au droit des enfants et adolescents handicapés de vivre et de s'épanouir dans la société dans des conditions d'égalité avec les autres.

Droit à une vie familiale

57. La séparation des enfants et adolescents handicapés d'avec leur famille, en raison de leur handicap, de l'état de pauvreté de leurs proches ou à la suite d'un abandon, est une question qui doit être examinée à la lumière de la Constitution et de la législation qui régissent l'action de l'État ainsi que des normes internationales relatives aux droits humains des enfants et adolescents handicapés. Le droit à une vie familiale est un principe fondamental du système de protection globale et ne se prête pas à des interprétations qui autorisent de séparer, de façon automatique ou généralisée, des enfants et des adolescents de leur famille pour des raisons liées à la situation personnelle ou au statut socioéconomique. Le handicap ou la pauvreté ne peuvent pas constituer, en eux-mêmes, des motifs juridiquement valables de rupture du lien familial. Au contraire, ils exigent encore plus de l'État qu'il fournisse des aides sociales, des services de proximité et des mesures de protection qui permettent aux enfants et adolescents handicapés de continuer de vivre dans leur famille et dans la société.

58. Le retrait du milieu familial ne peut être constitutionnellement légitime qu'en présence d'un risque réel, actuel et vérifiable pour la vie, l'intégrité physique ou le développement de l'enfant ou de l'adolescent, et en l'absence avérée de toute autre solution viable de prise en charge de type familial ou communautaire. La légitimité de la décision doit être déterminée au moyen d'une évaluation individuelle, fondée sur des données probantes et contrôlée par les autorités compétentes. Les mesures de protection de remplacement ont un caractère subsidiaire et exceptionnel ; la priorité doit être accordée au renforcement de

l'accompagnement familial, aux aides sociales, au soutien psychosocial et à l'offre de services spécialisés. Chaque fois que cela est possible, la prise en charge de type familial ou communautaire est privilégiée, de manière à préserver les liens affectifs et sociaux des enfants et adolescents.

59. Si elle n'a pas pour objet la protection effective des droits, ou si elle se fonde sur des stéréotypes concernant le handicap ou la pauvreté, le retrait du milieu familial est dénué de fondement juridique et ne s'inscrit pas dans le modèle de protection globale. En conséquence, le droit mexicain ne légitime pas le retrait du milieu familial pour des raisons de handicap ou de situation socioéconomique, mais impose à l'État de prendre des mesures propres à prévenir la séparation d'avec la famille, à savoir l'offre d'aides adaptées, de services spécialisés et de mesures d'accompagnement familial renforcées.

60. L'obligation ainsi faite à l'État est encore plus pressante lorsqu'il est question d'enfants et d'adolescents handicapés, car deux facteurs justifiant la protection renforcée prévue par la Constitution sont réunis. Le retrait d'un enfant ou d'un adolescent handicapé de son milieu familial, parce que sa famille est perçue comme incapable de l'élever ou de s'occuper de lui, sans qu'il soit tenu compte des aides disponibles, fait perdurer un modèle caritatif que le Mexique s'emploie justement à remplacer progressivement par une approche fondée sur les droits de l'homme et sur l'inclusion sociale. La situation actuelle exige que l'État réfléchisse à d'autres options et facilite et garantisse l'existence de réseaux d'accompagnement familial, de familles élargies, de familles d'accueil et de services de proximité, pour que le placement en institution ne soit pas un choix par défaut et que le handicap ne soit pas un motif implicite de séparation des enfants d'avec leur famille. À cette fin, il est impératif que toute mesure de protection de remplacement soit décidée à l'issue d'une évaluation individuelle, qui tienne compte de la situation de la famille et des aides disponibles, et non en fonction d'idées reçues sur le handicap.

61. Le Mexique s'emploie à substituer à la logique de retrait familial une logique de préservation et de restauration du cadre familial. Les programmes d'aide sociale, de réadaptation, d'éducation inclusive et de santé tendent à réduire les facteurs historiques de rupture familiale. Ils ne viennent pas compléter le système de protection, ils servent à empêcher qu'une situation de vulnérabilité sociale n'entraîne la perte du droit à une vie familiale. L'action légitime de l'État n'est pas de retirer l'enfant de son foyer, mais d'empêcher que cela n'arrive par la fourniture de services d'accompagnement social et éducatif de proximité.

62. Les politiques publiques nationales montrent bien que, pour le Mexique, le retrait du milieu familial ne peut pas être la réponse structurelle à la question du handicap ou de la pauvreté. La stratégie 2.5 du Programme national de protection de l'enfance pour la période 2026-2030 a pour objet de garantir l'accès à des mesures de protection de remplacement sûres, adaptées et respectueuses de l'intérêt supérieur des enfants et des adolescents, afin que ceux-ci puissent jouir pleinement de leur droit à la vie familiale. Elle invite les autorités compétentes à faire en sorte que toute mesure de protection de remplacement soit provisoire, et non définitive. Elle oblige à privilégier la préservation et le rétablissement des liens familiaux, le renforcement des familles élargies ou étendues et le développement de modes de placement familial, de manière que le placement en institution soit uniquement une mesure de dernier recours et d'une durée aussi courte que possible, en particulier lorsqu'elle s'applique à des enfants et adolescents handicapés.

63. Le retrait d'enfants et d'adolescents handicapés de leur milieu familial pendant de longues périodes ou de manière définitive ne peut pas être interprété comme le résultat délibéré de la politique de l'État. Il est la conséquence d'un retard structurel dans l'offre de solutions de prise en charge de type familial ou communautaire, bien que cette question soit considérée comme étant d'intérêt prioritaire. Conformément au principe de progressivité, l'État adopte des mesures visant à réduire durablement le recours au placement en institution et à étendre l'offre de solutions de prise en charge de type familial, par le renforcement des réseaux familiaux, des familles d'accueil et des services d'accompagnement de proximité, en particulier pour les enfants et adolescents handicapés.

64. En vertu de la loi, l'action de l'État vise à garantir que toute mesure de retrait du milieu familial soit exceptionnelle, provisoire et réexaminée périodiquement et à faciliter la réunification de la famille dès que les motifs de la mesure de retrait ont cessé d'exister. La mesure de retrait doit être décidée sur la base d'une évaluation individuelle et être assortie d'un plan d'intervention qui privilégie le retour dans la famille, lorsque cela est dans l'intérêt supérieur de l'enfant ou de l'adolescent. Le retrait du milieu familial n'est pas une fin en soi, mais une mesure provisoire visant à rétablir les droits dans des situations à risque ; il perd sa légitimité lorsqu'il se prolonge en l'absence d'objectifs clairs de réinsertion ou de stratégies d'accompagnement familial.

65. Compte tenu de ce qui précède, il serait faux de dire que le Mexique applique une politique de retrait systématique des enfants et des adolescents handicapés de leur milieu familial pour des raisons de handicap ou de pauvreté. Le législateur et les institutions font prévaloir la prise en charge de type familial ou communautaire ; le retrait du milieu familial est uniquement une mesure subsidiaire, appliquée en cas de violation grave des droits. Le Mexique s'emploie à prévenir les mesures de retrait par des politiques publiques destinées à renforcer l'accompagnement familial, à développer les services de proximité et à promouvoir des mesures de protection de remplacement de type familial. Le Mexique n'entend pas normaliser le retrait du milieu familial ; il souhaite l'éviter et faciliter le retour dans la famille par le renforcement des systèmes d'accompagnement, conformément à l'intérêt supérieur de l'enfant et au principe de non-discrimination.

Violence et maltraitance dans les institutions

66. En ce qui concerne le risque de violence et de maltraitance auquel sont exposés les enfants et adolescents handicapés qui sont placés en institution, il convient de se référer à la Constitution, qui garantit le droit à l'intégrité physique et à une vie exempte de toute violence, et aux obligations de protection des enfants et adolescents handicapés contre toute forme de violence qui sont mises à la charge de l'État par le droit international. Même en tant que mesure de protection exceptionnelle, le placement en institution est soumis à des exigences de surveillance, de prévention, de suivi et de contrôle, en raison des risques inhérents à un placement en milieu fermé et de la dépendance potentielle des enfants et adolescents à l'égard de leurs aidants.

67. La violence n'est pas tolérée juridiquement dans les institutions, ni inhérente aux structures de protection de remplacement. Toute forme de maltraitance engage la responsabilité administrative, civile et pénale. Le droit interne impose de prévenir toute forme de violence contre les enfants et les adolescents, y compris dans les institutions, à enquêter sur les faits de violence et à punir leurs auteurs. L'existence d'une violence institutionnelle n'est pas la preuve du laxisme de l'État, mais le résultat de dysfonctionnements ou de comportements isolés, que le Mexique s'emploie à prévenir et à sanctionner – ce qui contribue au renforcement des mécanismes de contrôle et de responsabilité.

68. Le Mexique sait que les enfants et adolescents handicapés sont plus exposés aux risques en raison de leur situation de dépendance et des obstacles à la communication et des difficultés à porter plainte qu'ils rencontrent. Il doit donc faire plus, au titre de la prévention structurelle, en créant des environnements sûrs, en mettant à disposition un personnel qualifié et en établissant des procédures accessibles de détection précoce de la maltraitance. Les mécanismes de signalement et de protection doivent être accessibles pour les enfants et adolescents handicapés et adaptés à leurs besoins en matière de communication et de compréhension. La lutte contre la violence ne se limite pas à l'application de sanctions, elle suppose de transformer le modèle de prise en charge pour mettre fin aux dynamiques de contrôle ou d'isolement.

69. En ce qui concerne la violence, le Mexique tend à remplacer la tolérance passive par un modèle de prévention active et de protection globale, par la voie de ses politiques publiques. Les programmes d'aide sociale, les dispositifs de contrôle des structures de protection de remplacement, les mesures de formation professionnelle et les protocoles de gestion des situations de risque tendent à limiter la menace de la violence institutionnelle. Ils ne constituent pas des mesures isolées ; ils s'inscrivent dans un système de surveillance,

de réglementation et de contrôle destiné à prévenir les faits de violence et de maltraitance, à repérer rapidement les situations de risque et à garantir la protection effective des droits des enfants et des adolescents.

70. Le Programme national de protection de l'enfance pour la période 2026-2030 fait de l'élimination de toutes les formes de violence contre les enfants et les adolescents, y compris dans les institutions et autres structures de protection de remplacement, un objectif prioritaire. Il invite les autorités à renforcer les mécanismes de prévention et de détection des faits de violence et de prise en charge des victimes, dans toutes les structures qui accueillent des enfants et des adolescents, et à établir des systèmes d'enregistrement et de contrôle des centres d'accueil. Le but est que les institutions ne soient pas des lieux à risque, mais bien des structures de protection provisoire qui sont soumises à des normes strictes en matière de droits de l'homme, à une surveillance permanente et à des mécanismes de responsabilité.

71. Compte tenu de ce qui précède, la violence institutionnelle ne saurait être considérée comme une pratique systématique de l'État, ni comme la preuve de l'inefficacité structurelle du système ; le fait qu'elle perdure ne peut qu'inciter l'État à améliorer sa capacité de réaction. Conformément au principe de progressivité, l'État est tenu de lutter efficacement contre la violence, d'améliorer les mécanismes de signalement et de soumettre les institutions à une surveillance renforcée. La protection contre la violence passe par une désinstitutionnalisation progressive et un développement des solutions de type familial et communautaire, afin de réduire le risque structurel de placement en milieu fermé et de favoriser les modèles de prise en charge locale.

72. Compte tenu de ce qui précède, il serait faux de dire que le Mexique tolère ou légitime la violence contre les enfants et adolescents handicapés qui sont placés dans des institutions. Le droit interne interdit absolument toute forme de maltraitance ou de violence sur des enfants et des adolescents, et les politiques publiques tiennent compte des risques inhérents aux placements en institution et aident l'État à prendre les mesures de prévention, de détection et de sanction qui s'imposent. Le Mexique n'entend pas normaliser la violence ; il souhaite renforcer progressivement les mécanismes de surveillance, de protection et de rétablissement des droits, conformément à l'intérêt supérieur de l'enfant, au principe de non-discrimination et au droit des enfants et adolescents handicapés de vivre en sécurité et de s'épanouir dans des structures de type familial ou communautaire.

Aide au maintien dans la famille

73. En ce qui concerne l'absence ou le manque de services d'accompagnement de proximité qui permettraient aux enfants et adolescents handicapés de rester dans leur famille, il convient de se référer à la Constitution, qui établit le droit à la vie familiale et impose à l'État de garantir les conditions nécessaires à l'exercice de ce droit. L'absence de services de proximité ne peut servir à justifier le retrait d'enfants et d'adolescents de leur milieu familial. Il est la conséquence d'un retard dans les politiques publiques, que le Mexique sait devoir rattraper. Le maintien dans la famille dépend non seulement de la volonté de la famille elle-même, mais aussi de l'existence de réseaux d'accompagnement par lesquels répondre aux besoins particuliers des personnes handicapées.

74. La loi impose à l'État de remplacer progressivement le placement en institution par un système d'accompagnement de proximité qui, en prévoyant des services de santé, de réadaptation, d'éducation inclusive et de soutien psychosocial, des aides financières et des programmes d'orientation et d'accompagnement familial, rend inutile le retrait du milieu familial. L'absence de l'une de ces composantes du système d'accompagnement ne peut pas entraîner automatiquement un placement en institution, mais doit obliger l'État à agir pour faire de la famille et de la communauté les premiers espaces de protection des enfants et adolescents handicapés.

75. Le Mexique est conscient de la discrimination indirecte subie par les enfants et les adolescents handicapés à cause du manque de mesures d'accompagnement, qui fait du handicap un facteur d'exclusion résidentielle. L'État est tenu non seulement de proposer une prise en charge dans des centres spécialisés, mais aussi des services de proximité, disponibles au quotidien, pour empêcher toute rupture familiale et tout isolement social.

76. Le Mexique sait que le manque de services d'accompagnement de proximité a été pendant longtemps un motif de retrait du milieu familial et de placement en institution. Au titre de sa stratégie 3.3, le Programme national de protection de l'enfance pour la période 2026-2030 prévoit l'application de mesures qui garantissent l'inclusion et la non-discrimination des enfants et adolescents handicapés afin que ceux-ci puissent s'épanouir pleinement. Il invite les autorités compétentes à renforcer les services de santé, de réadaptation, d'éducation inclusive et de soutien psychosocial, notamment au niveau local, pour que les familles bénéficient d'une aide concrète à la prise en charge. L'État doit s'employer à mettre en place des services de proximité, et non à placer des enfants en institution.

77. Les insuffisances qualitatives et quantitatives de l'offre de services ne relèvent pas d'une politique d'abandon ; elles sont le reflet d'inégalités géographiques et de retards historiques, que l'État doit résorber en application du principe de progressivité, en rendant plus de services disponibles et accessibles, en particulier dans les zones rurales et autochtones. Autrement dit, il est indispensable de renforcer les services d'accompagnement de proximité pour réduire sensiblement le nombre de placements en institution. En l'absence de tels services, le retrait du milieu familial sera la réponse par défaut à la question du handicap ou de la pauvreté. Il est donc essentiel de créer un solide système de services d'accompagnement de proximité pour garantir le droit à la vie familiale et empêcher le recours systématique au placement en institution.

78. Compte tenu de ce qui précède, il serait faux de dire que le Mexique a préféré l'institutionnalisation aux services d'accompagnement de proximité. Le législateur et les institutions privilégient le maintien dans la famille et orientent l'action publique vers la mise en place de services de proximité. Le Mexique n'entend pas renoncer à fournir des services ; il souhaite étendre progressivement l'offre de services afin que le handicap ne soit pas un motif de retrait du milieu familial, conformément à l'intérêt supérieur de l'enfant et au principe de non-discrimination.

Éducation inclusive

79. En ce qui concerne l'exclusion scolaire des enfants et adolescents handicapés, en particulier ceux qui sont dans des institutions, il convient de se référer à la Constitution, qui consacre l'éducation comme un droit humain et un élément indispensable au plein épanouissement et à l'inclusion sociale. Le manque d'accès effectif à l'enseignement ordinaire ne doit pas être considéré comme une conséquence inévitable du handicap, mais comme le fait d'obstacles structurels, que l'État est tenu de lever.

80. La politique d'éducation nationale vise à remplacer les systèmes d'éducation ségréguée par des systèmes d'éducation inclusive, en supprimant les obstacles physiques, pédagogiques et communicationnels présents dans les établissements scolaires. Le Mexique ne se contente pas de proposer des services éducatifs spécialisés, de façon isolée. Il prend des mesures pour que les enfants et adolescents handicapés soient scolarisés dans des établissements ordinaires. Ces mesures visent notamment à adapter les infrastructures, à former des enseignants et à fournir des ressources spécialisées, de manière que le handicap n'entraîne ni déscolarisation ni exclusion sociale.

81. Au titre de sa mesure 3.3.4, qui relève de sa stratégie 3.3 (« Prendre des mesures qui garantissent l'inclusion des enfants et adolescents handicapés et leur protection contre la discrimination afin que ceux-ci puissent s'épanouir pleinement »), le Programme national de protection de l'enfance pour la période 2026-2030 vise à lutter contre le retard scolaire en accordant une attention particulière aux enfants et adolescents ayant un quelconque type de handicap. La mesure 3.3.4 doit être mise en œuvre par les membres de la Commission interinstitutions du Système national de protection intégrale des enfants et des adolescents. Elle concrétise l'obligation de l'État de rendre l'environnement scolaire inclusif, fonctionnel et accessible pour les élèves handicapés, y compris ceux qui bénéficient d'une protection de remplacement.

82. Les insuffisances qualitatives et quantitatives des services d'éducation inclusive ne peuvent pas être considérées comme les signes d'une politique d'exclusion voulue par l'État.

Elles sont la conséquence d'inégalités géographiques et d'obstacles structurels, que le Mexique connaît et qu'il est tenu de supprimer. Selon le principe de progressivité, l'État doit démontrer qu'il adopte des mesures visant à élargir sensiblement l'accès à l'éducation, à lutter contre le décrochage scolaire et à fournir des aménagements raisonnables afin que le handicap ne fasse pas obstacle à l'exercice du droit à l'éducation, conformément à l'intérêt supérieur de l'enfant et au principe de non-discrimination.

Enfants et adolescents autochtones

83. En ce qui concerne les enfants et adolescents handicapés issus de peuples autochtones ou vivant dans les zones rurales, il convient de se référer à la Constitution, qui établit le droit à l'égalité réelle, à la non-discrimination et au respect de la diversité culturelle. Le Mexique est conscient que l'appartenance à un peuple autochtone ou le fait de résider dans une zone rurale ne doivent pas augmenter le risque de placement en institution ou de privation de services essentiels. En présence de ces facteurs, l'État est encore plus tenu de prendre des mesures différenciées qui garantissent l'accès effectif aux droits, au vu des obstacles géographiques, linguistiques, culturels et socioéconomiques auxquels les populations concernées font face.

84. Le risque plus élevé de retrait du milieu familial ou de placement en institution auquel les enfants et adolescents handicapés sont exposés n'est pas le résultat délibéré de la politique de l'État, mais la conséquence d'inégalités géographiques de longue date dans l'offre de services de santé, de réadaptation, d'éducation et de soutien psychosocial. Le fait que ces services soient absents ou insuffisants dans les communautés rurales et autochtones entraîne une exclusion structurelle, à laquelle le Mexique doit mettre fin au moyen de politiques publiques ciblées. La solution n'est pas de placer l'enfant dans une institution éloignée de son milieu culturel et familial, mais de rapprocher l'offre de services de sa communauté et de renforcer les capacités locales de prise en charge.

85. Compte tenu de ce qui précède, le Mexique est conscient de la nécessité d'une approche différenciée. Au titre de sa stratégie 3.4 (« Prendre des mesures qui garantissent l'inclusion des enfants et des adolescents autochtones et afro-mexicains et leur protection contre la discrimination afin que ceux-ci puissent s'épanouir pleinement »), le Programme national de protection de l'enfance pour la période 2026-2030 invite les autorités compétentes à éliminer les obstacles structurels auxquels se heurtent les enfants et adolescents autochtones et afro-mexicains, notamment lorsqu'ils sont handicapés. La stratégie 3.4 invite les services de santé, de réadaptation, d'éducation inclusive et de protection sociale à coordonner leurs efforts selon une approche locale, interculturelle et linguistiquement adaptée, et les communautés concernées à participer aux processus de prise en charge et de rétablissement des droits.

86. Le respect du droit à la vie familiale et à la vie sociale a une importance particulière pour les enfants et adolescents autochtones, dont le développement global est étroitement lié à leur identité culturelle, à leur langue et à leurs formes d'organisation sociale. Leur placement dans des institutions éloignées de leur communauté porte atteinte non seulement à leur droit à la vie familiale, mais aussi à leur droit à l'identité culturelle. En conséquence, le Mexique s'emploie à prévenir le retrait du milieu familial et, lorsque celui-ci se révèle strictement nécessaire pour des raisons de protection d'urgence, fait en sorte que la mesure de placement soit appliquée temporairement, à proximité de la communauté d'origine et selon une approche interculturelle.

87. Compte tenu de ce qui précède, il serait faux de dire que le Mexique mène une politique d'institutionnalisation qui s'applique surtout aux enfants et adolescents handicapés issus de peuples autochtones ou vivant dans des zones rurales. Le législateur et les institutions savent que ce groupe de population est particulièrement vulnérable et orientent l'action publique vers l'élimination des obstacles géographiques, culturels et sociaux à l'exercice de ses droits. Le Mexique n'entend pas remplacer la famille et la communauté ; il souhaite renforcer progressivement l'offre de services accessibles, géographiquement proches et culturellement pertinents, conformément à l'intérêt supérieur de l'enfant et au principe de non-discrimination.

88. En ce qui concerne l'absence de systèmes d'aide à la vie sociale pour les enfants handicapés autochtones, dont le Comité fait mention, il convient de signaler qu'il existe un programme d'aide à la scolarisation des enfants autochtones, dont le principal objectif est d'aider les enfants et les jeunes issus des peuples autochtones et de la communauté afro-mexicaine à intégrer le système scolaire et à mener leurs études à bonne fin dans des établissements publics et communautaires, de tout type et de tout niveau d'enseignement.

89. Dans ce contexte, des « foyers des élèves autochtones » sont construits et aménagés dans le respect du principe d'accessibilité afin que les personnes handicapées aient accès à l'environnement physique, aux services et aux installations, dans des conditions d'égalité avec les autres. Il s'agit notamment de garantir que les allées de circulation à l'intérieur des bâtiments et des espaces ouverts sont dégagées et que les entrées sont accessibles afin que les personnes handicapées puissent se déplacer partout, librement et en toute sécurité.

90. Les foyers des élèves autochtones assurent nourriture et logement aux enfants autochtones, en particulier aux enfants issus de communautés et de localités qui n'offrent aucune possibilité de scolarisation, et leur proposent des activités complémentaires. Cette mesure d'action positive vise à lutter contre le décrochage scolaire et à préserver et renforcer la diversité culturelle et linguistique du pays.

III. Transition vers la fin du placement en institution

91. Le Mexique s'emploie à passer d'un modèle de soins en milieu hospitalier à un modèle de soins de proximité. Conformément à l'article 25 de la Convention, qui dispose que les soins de santé destinés aux personnes handicapées doivent leur être dispensés aussi près que possible de leur communauté, le Mexique a réformé la loi générale sur la santé afin de mettre l'accent sur la proximité, la prévention et la globalité de la prise en charge en matière de santé mentale, l'objectif étant de réduire la dépendance vis-à-vis des structures institutionnelles et d'améliorer la prise en charge de proximité.

92. Reposant sur une action intersectorielle qui vise à garantir l'exercice effectif des droits sociaux dans une perspective d'universalité et de droits de l'homme, le Plan national de développement pour 2025-2030 oriente l'action publique en vue de l'abandon progressif des modèles d'assistance traditionnels et du renforcement et de l'accessibilité des services de proximité. En outre, le Programme sectoriel de santé pour 2025-2030 vise à intégrer dans la prise en charge des visites de prévention et de suivi réalisées directement à domicile, au cours desquelles des professionnels de santé effectuent des diagnostics complets et dispensent des soins. Ces visites permettront de réduire les transferts vers les établissements hospitaliers et favoriseront la fourniture de soins au plus près des patients, axée sur la prévention et centrée sur la communauté.

93. Le Mexique prend aussi des mesures pour renforcer les programmes de proximité, notamment la création de réseaux et coalitions communautaires, qui regroupent des personnes qui décident de s'engager de manière désintéressée, officielle et volontaire, au profit de leur environnement social, physique et local. Grâce à un processus structuré et à la coordination des efforts déployés par différents secteurs, ce modèle favorise la participation sociale et le partage des responsabilités au niveau local en matière de prévention et de prise en charge des problèmes liés à la santé mentale et à la protection sociale.

94. Le Mexique s'emploie en outre à renforcer son réseau d'hôpitaux et de services de proximité, afin de rapprocher les services du domicile des usagers. L'accompagnement est ainsi assuré par des professionnels de santé mentale spécialisés et formés en continu, qui privilégient les interventions précoces, le suivi de proximité et le soutien direct aux familles et aux aidants.

95. La Stratégie globale 2025 d'aide sociale, d'alimentation et de développement local accorde la priorité aux enfants et aux adolescents qui présentent un risque accru de vulnérabilité et ont besoin de soins de santé mentale. Elle vise à renforcer les capacités des professionnels de santé d'appliquer le modèle national de protection de remplacement axé sur le regroupement familial, l'intégration, le placement en famille et/ou l'adoption des enfants et adolescents, l'objectif final étant de garantir que ceux-ci grandissent et s'épanouissent dans des environnements familiaux sûrs et protecteurs.

96. En ce qui concerne l'observation du Comité relative au placement forcé en institution de personnes handicapées et à l'éventuelle réforme de la législation nationale, le Mexique explique que, depuis la modification de la loi générale sur la santé, il prend des mesures concrètes visant à privilégier progressivement des solutions locales de remplacement au placement en institution. Ces mesures s'inscrivent dans le cadre d'une transformation du système de soins de santé mentale et de protection sociale, visant à réduire progressivement le recours au placement en institution et à accroître la prise en charge et l'assistance communautaires et familiales.

Modèle national de protection de remplacement

97. Le Modèle national de protection de remplacement est un instrument directeur centré sur le droit de vivre en famille et dans la société. Il priorise la prévention des séparations inutiles et établit que le placement en institution doit toujours rester une mesure exceptionnelle, subsidiaire et temporaire. Étant donné les effets néfastes qu'un séjour prolongé dans un centre d'aide sociale peut avoir sur le développement global de l'enfant, il réaffirme l'obligation qui incombe à l'État de renforcer les solutions de prise en charge de type familial et communautaire et favorise le partage des responsabilités entre l'État, les familles et la société, afin de privilégier l'accueil dans un environnement familial, de garantir que toute décision est guidée par l'intérêt supérieur et d'assurer la participation effective de l'enfant et le caractère temporaire des mesures.

98. La protection de remplacement ne concerne pas seulement le placement en institution, mais englobe un ensemble de modalités visant à préserver, dans toute la mesure du possible, la vie familiale et la continuité des liens affectifs. La remarque concernant la faiblesse des modalités de prise en charge en milieu familial, en particulier au sein de familles d'accueil, doit être analysée à la lumière du cadre constitutionnel qui reconnaît le droit des enfants et des adolescents de vivre en famille et de bénéficier d'une protection spéciale lorsqu'ils sont privés de protection parentale. L'insuffisance de ces modalités ne saurait justifier le placement en institution comme solution de premier choix ; au contraire, elle met en évidence la nécessité de renforcer les mécanismes de protection au sein de la famille.

99. Dans le cas particulier des enfants et adolescents handicapés, la protection constitutionnelle est renforcée au double motif qu'il est question d'enfance et de handicap. L'État est donc tenu d'adopter des mesures différenciées visant à éviter que le handicap d'une personne entraîne son exclusion en matière de logement. Le placement en institution pour cause de handicap ou de pauvreté n'est pas dans l'intérêt supérieur de la personne, mais est imputable à l'absence de soutiens familiaux et communautaires suffisants. C'est pourquoi l'action de l'État ne se limite pas à la gestion de structures de protection de remplacement, mais vise à améliorer la situation des familles grâce à des services de réadaptation, à une éducation inclusive, à des soins de santé, à un accompagnement psychosocial et à des mécanismes d'inclusion sociale permettant aux enfants de rester dans leur famille et dans la société.

100. Le manque de dispositifs de placement familial affecte différemment les enfants et adolescents handicapés, qui ont plus de difficultés que les autres à s'intégrer dans des familles d'accueil ou à bénéficier d'un soutien, en raison des préjugés sociaux, de l'absence de moyens techniques et du manque de formation des personnes chargées de s'occuper d'eux. Ces difficultés prouvent qu'il faut renforcer les politiques publiques visant à sensibiliser la société, à former les familles d'accueil et à mettre en place des aides spécialisées facilitant l'inclusion des enfants et adolescents handicapés dans un cadre familial. Cette situation ne résulte pas d'une politique d'exclusion menée par l'État, mais de retards structurels dans la mise en place de systèmes de placement familial spécialisés. Le devoir de l'État n'est pas de maintenir ces enfants en institution, mais de créer les conditions permettant aux familles d'accueil de bénéficier du soutien matériel, psychosocial et technique dont elles ont besoin pour accueillir dignement ces enfants.

101. C'est pourquoi l'État s'emploie à mettre en place un système diversifié de solutions familiales – placement dans la famille élargie ou en famille d'accueil et adoptions – afin de répondre aux besoins particuliers des enfants et adolescents handicapés sans recourir à un placement prolongé en institution.

102. Dans ce contexte, la stratégie 2.5 du Programme national de protection de l'enfance pour la période 2026-2030 est la suivante : garantir l'accès à des mesures de protection de remplacement sûres, adaptées et qui tiennent compte de l'intérêt supérieur des enfants et des adolescents, afin que ceux-ci puissent jouir pleinement de leur droit de vivre en famille. Elle guide l'action interinstitutionnelle en faveur du renforcement des dispositifs de protection de remplacement en milieu familial et de la réduction du recours au placement en institution. Elle consiste à promouvoir la prise en charge par des familles d'accueil, à renforcer les capacités de celles-ci ainsi que des institutions chargées de les accompagner et de les superviser, et à veiller à ce que toute mesure de protection de remplacement soit provisoire et axée sur le rétablissement du droit de vivre en famille, en particulier dans le cas des enfants et adolescents handicapés.

103. On ne saurait interpréter le nombre limité de familles d'accueil ou de dispositifs de placement familial comme un abandon de la part de l'État, mais plutôt comme le signe de la mise en place progressive, sur le plan institutionnel, du système de protection de remplacement en milieu familial, qui est encore en développement. Selon le principe de progressivité, l'État est tenu de prouver qu'il prend des mesures visant à étendre graduellement ce système, à réduire le recours au placement en institution et à renforcer le soutien apporté aux familles qui accueillent des enfants.

104. Il convient de souligner que, dans le cas des enfants et des adolescents, le placement en institution doit toujours être approuvé par les parents ou les tuteurs, et, dans la mesure du possible, par l'enfant ou l'adolescent concerné. Les stratégies de communication verbale et de psychoéducation mises en œuvre visent à offrir des soins de qualité et centrés sur la personne. De même, la priorité est donnée à des mesures telles que l'orientation vers un autre service et le renvoi vers le service initial, les rendez-vous de réévaluation de l'hospitalisation et le suivi téléphonique, afin de garantir le retour rapide de l'enfant ou de l'adolescent parmi ses proches.

105. Par conséquent, on ne peut affirmer qu'au Mexique, le placement en institution est un substitut permanent au placement familial. Le cadre réglementaire privilégie la vie en famille et les politiques publiques orientent l'action de l'État vers le développement et la consolidation des modes de prise en charge familiale. L'État ne se résigne pas à placer les enfants et les adolescents handicapés en institution, mais s'emploie à renforcer progressivement les systèmes de placement familial afin de permettre aux intéressés d'exercer effectivement leur droit de vivre en famille, conformément à leur intérêt supérieur et au principe de non-discrimination.

106. On peut citer à titre d'exemple les programmes d'appui aux aidants ; celui mis en place par la municipalité de Mexico s'adresse principalement aux femmes et propose une aide financière bimestrielle, des formations, des ateliers et un accompagnement dans les démarches liées à la prise en charge des proches et de soi-même. Ces programmes contribuent à garantir aux personnes dépendantes le droit aux soins et à réduire la pauvreté économique et la pauvreté en temps, évitant que l'absence de relais familial conduise au placement en institution.

IV. Autonomie de vie

107. Conformément aux principes énoncés à l'article 19 de la Convention ainsi qu'aux observations formulées par le Comité, le Mexique s'emploie à renforcer l'autonomie et l'indépendance des personnes handicapées dans tous les domaines de la vie publique et à faire en sorte que les soins de proximité remplacent le placement en institution.

108. Au niveau constitutionnel, l'allocation sociale accordée aux personnes ayant un handicap permanent est destinée à élargir les perspectives de ces personnes, qui peuvent l'utiliser comme bon leur semble. Elle contribue ainsi à leur donner les moyens de mener une

vie autonome. L'objectif est d'améliorer leurs revenus, grâce à une approche intersectionnelle qui contribue à garantir le respect effectif des droits des enfants, des adolescents, des jeunes, des personnes autochtones et des personnes afro-mexicaines qui vivent avec un handicap.

109. De plus, ce soutien financier permet aux bénéficiaires de gérer leur quotidien et d'être moins dépendants de leur famille, ce qui leur donne davantage de contrôle sur leur vie ; en effet, garantir l'autonomie de vie des personnes handicapées ne se résume pas à lever les restrictions physiques, mais consiste également à s'attaquer aux obstacles socioéconomiques et à la marginalisation auxquels ce groupe de population est souvent soumis. De la même manière, ce soutien permet, de par son volet social et communautaire, de prévenir la dépendance vis-à-vis des institutions d'aide sociale et d'éviter de recourir au placement de ces personnes, notamment lorsque celui-ci résulte de la pauvreté.

110. L'Institut mexicain de sécurité sociale conçoit et exécute des programmes de santé axés sur la prévention et l'autoprise en charge, associés à des prestations médicales. Afin de donner suite aux recommandations du Comité, notamment de prévenir l'isolement qui conduit au placement en institution, les centres de sécurité sociale renforceront les programmes de protection sociale de la santé axés sur la santé mentale de proximité et les réseaux de soutien social.

111. L'Institut mexicain de sécurité sociale est également habilité à réglementer et à valider des programmes d'activité physique et de sport destinés aux bénéficiaires et aux non-bénéficiaires. À l'heure actuelle, les infrastructures existantes (centres de sécurité sociale et complexes sportifs) font office de lieux d'inclusion et d'activités sportives et culturelles. Le droit à l'inclusion et à la participation sociale est ainsi renforcé.

112. À titre d'exemple d'action locale, la municipalité de Mexico a lancé l'établissement du système public de prise en charge le plus vaste du pays, jetant ainsi les bases d'une transition vers des systèmes d'accompagnement favorisant l'autonomie et la vie en société.

113. Parmi les objectifs stratégiques figurent la redistribution des soins domestiques, la libération de temps pour les femmes aidantes et la fourniture de soins de qualité aux personnes dépendantes, y compris les personnes handicapées. Cette approche vise à éviter que l'absence d'accompagnement conduise à la prise de décisions substitutive, à l'internement forcé ou au placement en institution.

114. En août 2025, la municipalité de Mexico a présenté un projet de loi sur le système public de soins ainsi que des propositions de réforme de la Constitution municipale qui prévoient la mise en place de services gratuits, notamment de centres de réadaptation et de soins spécialisés destinés aux personnes handicapées. La planification territoriale de ces services s'inscrit dans un modèle de prise en charge de proximité, décentralisée et non isolée, visant à garantir une assistance proche du cadre de vie des personnes. En mars 2026, le Congrès de la ville de Mexico a approuvé le lancement des phases d'information, de délibération et de consultation citoyenne du projet, la priorité étant accordée aux filles, aux garçons, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux aidants.

115. Depuis 2020, l'Institut de la municipalité de Mexico chargé du handicap a mis au point un modèle de prise en charge globale qui est appliqué dans les unités de réadaptation et au centre de prise en charge des personnes handicapées et qui vise à favoriser l'autonomie et la qualité de vie. À cela s'ajoute l'initiative d'inclusion professionnelle des personnes handicapées et des membres de leur famille, qui permet de renforcer les aptitudes et les compétences nécessaires à l'accès à l'emploi ou à l'activité indépendante.

Inclusion professionnelle des personnes handicapées

116. En ce qui concerne l'observation du Comité relative au pourcentage de personnes handicapées qui travaillent dans le secteur informel de l'économie, il convient de préciser que la source de données statistiques sur l'activité de la population handicapée âgée de 12 ans

et plus est le recensement de la population et du logement². Ainsi, selon le recensement de 2020, la population totale âgée de 12 ans et plus s'élève à 100,5 millions de personnes, dont 62,3 millions font partie de la population économiquement active, composée de 61,1 millions de personnes ayant un emploi et de 1,2 million de chômeurs.

117. Toujours selon le recensement, 19,3 millions de personnes présentent un handicap, une déficience ou un problème de santé mentale, soit 19,2 % de la population âgée de 12 ans et plus. Cela représente 10,4 millions de femmes (54,0 %) et 8,9 millions d'hommes (46,0 %).

118. Sur l'ensemble de la population handicapée âgée de 12 ans et plus, 9,9 millions de personnes, soit 51,5 %, font partie de la population active (9,8 millions de personnes occupées et 184 000 chômeurs). Parmi les personnes handicapées actives, 57,6 % sont des hommes et 42,4 % des femmes. S'agissant des personnes ayant un emploi, la proportion d'hommes et de femmes est respectivement de 57,3 % (5,6 millions) et 42,7 % (4,2 millions). En ce qui concerne les chômeurs, elle est respectivement de 74,5 % (137 000) et 25,5 % (47 000).

119. L'Enquête nationale sur la dynamique des populations 2023 est une autre source d'informations tenant compte du handicap ; elle fournit des données statistiques relatives au niveau et à l'évolution de divers facteurs de la dynamique démographique, telles que la fécondité, la mortalité et les migrations (internes et internationales). S'agissant du handicap, elle recueille principalement des informations sur les activités suivantes : monter ou descendre en utilisant ses jambes, être capable de se souvenir ou de se concentrer, se laver, s'habiller ou manger, parler ou communiquer. Elle s'intéresse aussi aux répercussions des problèmes affectifs ou de santé mentale sur l'accomplissement des activités quotidiennes. Elle n'aborde toutefois pas la question de l'activité³.

120. Le Comité a souligné que les possibilités d'accéder au marché du travail étaient moins nombreuses pour les personnes handicapées que pour les autres. À cet égard, il convient de souligner que le Mexique applique, par l'intermédiaire de son Ministère du travail et de la prévoyance sociale, la stratégie *Abriendo Espacios*, qui a pour objectif d'accompagner les demandeurs d'emploi. Quelque 80 757 personnes handicapées ont bénéficié d'un accompagnement dans ce cadre entre décembre 2019 et décembre 2025 et 15 545 d'entre elles ont trouvé un emploi formel.

121. Cette stratégie a notamment pour objectif de conseiller les employeurs et de les aider à adopter des pratiques de recrutement équitables et inclusives à l'égard des personnes vulnérables, parmi lesquelles figurent les personnes handicapées, et à définir des postes pouvant être adaptés et pourvus par ces personnes.

122. Cette stratégie repose sur l'identification de profils et l'orientation professionnelle, grâce à l'utilisation d'outils spécialisés d'évaluation des compétences professionnelles, parmi lesquels figure notamment le dispositif Valpar, dont les résultats permettent d'orienter les personnes vers les professions les mieux adaptées et de leur proposer des activités favorisant leur employabilité. Afin d'élargir les possibilités d'accompagnement, le Service national de l'emploi fait partie du Réseau national d'insertion professionnelle. Créé par le Ministère du travail et de la prévoyance sociale, ce Réseau vise à créer des synergies entre les plans, programmes et actions des institutions et organisations publiques, privées et sociales, et à mettre en place des actions communes visant à promouvoir l'inclusion professionnelle.

123. En outre, le programme *Jóvenes Construyendo el Futuro*, lui aussi rattaché au Ministère du travail et de la prévoyance sociale, apporte un soutien financier aux jeunes de 18 à 29 ans qui ne sont ni en emploi ni en études. Ces aides sont accordées pendant douze mois, au cours desquels les jeunes suivent une formation en milieu professionnel et bénéficient d'une couverture sociale par l'intermédiaire de l'Institut mexicain de sécurité sociale. Depuis le lancement du programme en 2019, 17 701 jeunes handicapés ont bénéficié d'une bourse mensuelle, dont le montant a augmenté chaque année, passant de 3 600 pesos en 2019 à 9 582 pesos en 2026.

² Institut national de statistique et de géographie, Recensement de la population et des logements 2020. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#tabulados>.

³ Enquête nationale sur la dynamique des populations 2023. <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2023/>.

124. Étant donné que le Mexique élabore et applique des mesures visant à favoriser l'autonomie et l'indépendance des personnes handicapées, on ne peut affirmer qu'il ne fait rien pour permettre à ces personnes de participer à la vie publique. Ces mesures nécessitent un effort progressif afin de générer, petit à petit, des répercussions positives sur la vie des personnes handicapées.

V. Personnalité juridique et exercice de la capacité juridique

125. Il ressort du rapport que les personnes handicapées continuent d'être privées, en droit et en pratique, de leur capacité juridique, ce qui les prive de la liberté de choisir leur lieu de résidence et les expose systématiquement au risque d'internement forcé.

126. À cet égard, plusieurs décisions de justice forment une jurisprudence solide, qui a permis de promouvoir et de consolider le modèle social du handicap et la vision fondée sur les droits de l'homme, afin de garantir l'exercice, par les personnes handicapées, de leur droit à l'autonomie et de contribuer à mettre fin à leur placement en institution.

127. À cet égard, il convient de souligner que, dans une affaire tranchée en 2019, la Cour suprême de justice a jugé que la restriction de la capacité juridique reposait sur un modèle de prise de décisions substitutive qui n'était conforme ni à la Convention ni à la Constitution fédérale, car elle portait atteinte, entre autres, au droit à l'égalité et à la non-discrimination. La Cour a également souligné qu'il s'agissait d'une restriction disproportionnée du droit à la capacité juridique qui avait des répercussions à plusieurs niveaux et perpétuait les stéréotypes liés à la capacité des personnes ayant un handicap intellectuel et psychosocial de prendre des décisions⁴.

128. En l'espèce, la Cour suprême de justice a donc décidé de réorienter l'affaire vers une procédure non contentieuse afin que soit établi, en fonction de la volonté et des préférences de la personne concernée, un dispositif d'accompagnement lui permettant d'exercer son droit à la capacité juridique et son droit de mener une vie autonome⁵.

129. Ce précédent revêt une importance capitale, car il marque le début de l'abandon du lien automatique entre handicap, capacité cognitive et restriction de la capacité juridique, la Cour suprême ayant souligné que l'argument de la capacité cognitive ne pouvait être utilisé pour priver une personne de sa capacité juridique⁶. Cet arrêt est utile, car il remet en cause les fondements juridiques qui, historiquement, justifiaient la privation de la capacité juridique et, par là même, les pratiques d'internement involontaire.

130. En outre, la Cour suprême de justice a rendu un avis directeur dans lequel, en plus de réaffirmer que la restriction de la capacité juridique était non conforme à la Constitution et aux conventions, elle a déclaré que le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant ne devait pas s'appliquer à la prise de décisions concernant une personne handicapée adulte, car cela revenait à se substituer à la volonté de la personne et portait atteinte à son droit d'exercer sa capacité juridique. Elle a précisé qu'il fallait plutôt appliquer le principe de la « meilleure interprétation possible de la volonté et des préférences », de sorte que, lorsque la personne handicapée exprime d'une manière ou d'une autre sa volonté, les mesures nécessaires soient prises pour que cette volonté ne soit ni compromise ni écartée⁷.

131. En 2021, la Cour suprême de justice a rendu pour la première fois un avis d'application obligatoire à l'intention des juges, dans lequel elle a établi qu'on ne pouvait conditionner la levée de la restriction de capacité à l'exercice d'un contrôle sur la santé

⁴ Cour suprême de justice, Première chambre, *amparo* en révision n° 1368/2015, 13 mars 2019, vote à l'unanimité des cinq voix, par. 90 à 97.

⁵ Ibid., par. 126.

⁶ Ibid., par. 95 à 97.

⁷ Cour suprême de justice, Première chambre, *amparo* en révision n° 44/2018, 13 mars 2019, vote à l'unanimité des cinq voix, p. 47, 87 et 88. Disponible à l'adresse <https://www2.scjn.gob.mx/ConsultaTematica/PaginasPub/DetallePub.aspx?AsuntoID=229186>.

mentale de la personne au moyen d'un traitement médical, et qu'il n'était pas possible de mettre en place un système contribuant à ce contrôle sans le consentement de l'intéressée⁸.

132. Par la suite, la Cour suprême de justice a jugé qu'il était inconstitutionnel que les personnes ayant un handicap intellectuel ou psychosocial soient internées sans leur consentement, car cela porte atteinte à leurs droits humains à la santé, au consentement éclairé et à la capacité juridique, étant donné que cet internement repose sur la fausse croyance selon laquelle elles ne peuvent ni ne doivent prendre leurs propres décisions. Par conséquent, les personnes handicapées doivent pouvoir prendre des décisions en toute connaissance de cause concernant leur santé et donner leur consentement avant d'être soumises à tout traitement médical⁹. Bien que cet arrêt ne soit pas contraignant, il constitue néanmoins une orientation dont tous les organes du pouvoir judiciaire fédéral doivent tenir compte lorsqu'ils examinent des affaires susceptibles d'impliquer une violation des droits des personnes handicapées, en particulier lorsque celles-ci sont internées dans des établissements de santé.

133. En plus des avis relatifs à la protection de la capacité juridique, la Cour suprême de justice a établi une jurisprudence relative à la mise en place d'un système d'appui et de garanties en matière de prise de décisions, compte tenu de l'importance qu'il y a à garantir le droit des personnes handicapées d'être autonomes et de voir leur volonté et leurs préférences respectées.

134. Dans son argumentaire, la Cour suprême a souligné que les États étaient tenus de mettre en place, conformément aux dispositions de l'article 12 (par. 3) de la Convention, un système d'accompagnement visant à aider les personnes handicapées à exprimer leur volonté et à exercer leur capacité juridique dans des conditions d'égalité avec les autres, ainsi que les autres droits énoncés dans la Convention. Dans tous les cas, le système d'accompagnement doit être adapté aux besoins de chaque personne, celle-ci devant pouvoir choisir et contrôler les modalités de cet accompagnement, notamment la personne qui se charge de le fournir et le niveau d'accompagnement attendu. Ce qui précède suppose de prendre des mesures de protection visant à empêcher tout abus lié à l'accompagnement et, par conséquent, à garantir le respect des droits, de la volonté et des préférences des personnes handicapées¹⁰.

135. Le Secrétariat à la protection sociale fait savoir qu'en application des règles du programme d'allocations sociales accordées aux personnes ayant un handicap permanent, les aides sont versées directement aux bénéficiaires ou, si nécessaire, à un adulte référent désigné avec leur consentement. Ce mécanisme respecte l'autonomie, la capacité juridique et la dignité des personnes handicapées, conformément à la législation nationale.

136. Conformément à la jurisprudence susmentionnée, la Commission nationale de promotion de la santé mentale et de lutte contre les addictions a modifié des documents techniques et réglementaires ayant trait aux services que fournissent les établissements de soins médicaux qui lui sont rattachés, afin que ces soins soient dispensés sur la base du consentement libre et éclairé. Parmi les axes d'action prioritaires, on peut citer : la qualité des soins et le respect de la réglementation, l'obtention du consentement éclairé et l'humanisation des services. Par ailleurs, un modèle de directives anticipées est en cours d'élaboration, afin principalement de préserver l'autonomie des usagers des services de santé mentale. Ce modèle vise à respecter les préférences de la personne et à l'accompagner dans la prise de décisions, en garantissant que sa volonté soit le principe directeur de la prise en charge et ne soit pas écartée de manière arbitraire. Afin que ce modèle soit bien appliqué, des formations et des actions de sensibilisation sont actuellement menées, avec des programmes destinés au personnel de santé et axés sur les droits et l'autonomie.

⁸ Cour suprême de justice, Première chambre, *amparo* direct n° 4/2021, 16 juin 2021, vote à l'unanimité des cinq voix, par. 152 à 156. Disponible à l'adresse <https://www2.scjn.gob.mx/ConsultaTematica/PaginasPub/DetallePub.aspx?AsuntoID=281413>.

⁹ Cour suprême de justice, Première chambre, *amparo* en révision n° 323/2024, 6 novembre 2024, vote à la majorité avec trois voix, par. 93 à 97, 111, 119, 129 et 130. Disponible à l'adresse <https://www2.scjn.gob.mx/ConsultasTematica/Detalle/332961>.

¹⁰ Cour suprême de justice, Première chambre, *amparo* en révision n° 1082/2019, 20 mai 2020, vote à l'unanimité des cinq voix, par. 72 à 88.

137. Au niveau local, la municipalité de Mexico a été la première entité fédérée à demander l'entrée en vigueur et l'application du Code national de procédure civile et familiale, en procédant aux réformes nécessaires à l'harmonisation réglementaire. Ainsi, la capacité juridique de toutes les personnes et leur droit de solliciter un accompagnement dans la prise de décisions ont été expressément reconnus au niveau local et les dispositions réglementaires incompatibles avec le principe d'égalité et de non-discrimination ont été supprimées de la législation locale, conformément à l'article 11 (al. g)) de la Constitution de la Ville de Mexico, qui exige des autorités qu'elles mettent en place des garanties et des mécanismes d'accompagnement à la prise de décisions qui sont respectueux de la volonté et des préférences des personnes handicapées.

138. Le Mexique admet que des entités fédérées continuent d'appliquer, dans une mesure plus ou moins grande, des dispositions qui vont à l'encontre de la capacité juridique des personnes handicapées. Cependant, les paragraphes précédents prouvent que plusieurs décisions de justice et avis reconnaissent la capacité juridique de ces personnes, conformément aux principes énoncés dans la Convention.

VI. Accès à la justice

139. En réponse à l'observation du Comité concernant le manque d'accès à la justice des personnes handicapées placées en institution, le Mexique réaffirme que l'accès effectif aux recours judiciaires, y compris la possibilité de contester les décisions relatives au placement en institution, au traitement ou à la sortie, est essentiel au plein exercice des droits.

140. À cet égard, les mesures visant à garantir que les personnes handicapées disposent de mécanismes accessibles, d'aménagements procéduraux et d'un accompagnement adapté leur permettant de participer directement aux procédures qui les concernent ont été renforcées, conformément aux normes établies par la Cour suprême de justice et aux obligations découlant de la Convention.

141. Il convient d'ailleurs de mentionner l'arrêt de la Cour suprême, dans lequel celle-ci a demandé aux conseillers juridiques du Bureau du Défenseur public fédéral d'agir en tant que représentants spéciaux de 94 femmes internées à l'hôpital psychiatrique « D^r Adolfo M. Nieto Tepexpan » dans l'État de Mexico, afin qu'elles puissent indiquer si elles souhaitent ou non confirmer le recours en *amparo* déposé en leur nom contre les allégations d'internement sans consentement les concernant et, par la suite, décider de poursuivre cet accompagnement juridique ou de désigner leurs propres représentants légaux.

142. Dans cette affaire, la Cour suprême a reconnu que l'internement sans consentement était susceptible de constituer une atteinte à la liberté individuelle en dehors de toute procédure et un acte de torture, ainsi qu'un traitement cruel, inhumain et dégradant, étant donné qu'il pouvait impliquer de maintenir des usagers des services de santé mentale dans un établissement psychiatrique public, de restreindre leur liberté de circulation ou de mouvement contre leur gré, et de les soumettre à des traitements non nécessaires portant atteinte à leur vie et à leur santé, sans qu'aucune procédure ne soit engagée¹¹.

143. La Cour suprême a jugé que l'internement sans consentement constituait une situation d'urgence dans laquelle quiconque pouvait introduire un recours en *amparo* au nom de la personne se trouvant dans cette situation, dès lors que celle-ci n'était pas en mesure de le faire elle-même, afin que les autorités judiciaires puissent agir en conséquence¹². Il en découle que les juges sont tenus de recueillir d'office les éléments de preuve afin de vérifier qu'il s'agit bien d'un cas urgent¹³.

¹¹ Cour suprême de justice, Deuxième chambre, recours devant une juridiction supérieure contre une juridiction inférieure n° 7/2023, 21 février 2024, vote à l'unanimité des cinq voix, par. 67.

¹² Ibid., par. 72 et 82.

¹³ Ibid., par. 67.

144. Comme suite à cet arrêt, et conformément au droit des personnes handicapées de prendre leurs propres décisions et de mener une vie autonome, le personnel du Bureau du Défenseur public fédéral a effectué des visites afin d'évaluer les conditions de vie des personnes concernées et de les aider à faire valoir leurs droits¹⁴.

145. En outre, un plan visant à garantir que les femmes handicapées peuvent exprimer leur volonté et exercer leur capacité juridique a été élaboré dans le cadre d'entretiens. À l'issue d'une première analyse des informations, un tribunal de district a été saisi d'un rapport qui contenaient des observations et des propositions d'ajustements raisonnables à apporter à la procédure et aux dispositifs d'accompagnement destinés aux patients en général, mais qui mettaient en particulier l'accent sur les femmes pour lesquelles des obstacles plus importants empêchant une communication directe et de fond avaient été constatés.

146. Il convient également de souligner l'arrêt de la Cour suprême dans lequel celle-ci a ordonné l'annulation d'une décision d'un tribunal qui avait rejeté une action pour préjudice moral intentée par une femme qui affirmait que ses droits humains avaient été violés lors de son internement sans consentement dans un centre d'assistance. Le tribunal avait jugé que la plaignante ne pouvait pas intenter d'action en justice de son propre chef, car sa capacité juridique avait été restreinte à la demande de la directrice du centre, qui avait été désignée comme sa tutrice.

147. La Cour suprême a estimé que les motifs qu'elle avait invoqués pour justifier le caractère inconstitutionnel de la restriction de la capacité juridique devaient s'étendre à toutes les procédures dans lesquelles cette restriction faisait obstacle à l'exercice de la capacité juridique, et non pas uniquement lorsque la restriction ou sa levée était l'objet du litige. Par conséquent, il n'est pas nécessaire qu'une personne demande la levée de la restriction dont elle fait l'objet avant d'intenter une action en justice, car cette demande ferait obstacle à son droit d'accès à la justice ; cela dit, rien n'empêche la personne de faire cette demande si elle en a besoin à d'autres fins¹⁵.

148. Dans le même ordre d'idées, le Conseil national de prévention de la discrimination dispose d'un mécanisme de défense des victimes de discrimination, grâce auquel il traite et oriente les demandes et, le cas échéant, enquête sur d'éventuels actes ou omissions discriminatoires commis par des fonctionnaires ou des particuliers. Ce mécanisme permet d'identifier les pratiques discriminatoires et de promouvoir des mesures de réparation, de conciliation ou de protection garantissant le respect des droits des personnes appartenant à des groupes victimes de longue date de discrimination.

149. Le Conseil national de prévention de la discrimination a élaboré un protocole pour la prise en charge prioritaire, accessible et de qualité des groupes victimes de longue date de discrimination, qui énonce les principes directeurs de son action, notamment un traitement digne, respectueux et empathique, l'élimination des obstacles et la prise en compte des besoins particuliers des personnes en fonction de leur âge, de leur genre, de leur handicap ou d'autres situations.

150. Ce protocole s'appuie sur les dispositions de l'article 15 *bis* de la loi fédérale sur la prévention et l'élimination de la discrimination, qui impose aux pouvoirs publics fédéraux d'adopter des mesures d'ajustement, d'inclusion et d'action positive devant garantir une égalité réelle des chances et le droit à la non-discrimination. Ces mesures comprennent, entre autres, l'adoption d'aménagements raisonnables en matière d'accessibilité physique, de communication et d'information, la suppression des obstacles à l'exercice des droits et l'adoption de politiques publiques qui accordent la priorité aux groupes victimes de discrimination, notamment aux enfants et aux adolescents handicapés.

151. La mise en place d'aménagements raisonnables, de mécanismes de plainte accessibles et d'une prise en charge spécialisée ne constitue pas seulement une bonne pratique administrative, c'est également une obligation légale visant à garantir que les personnes appartenant à des groupes victimes de longue date de discrimination peuvent exercer leurs droits dans des conditions réelles d'égalité.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Cour suprême de justice, Première chambre, *amparo* direct en révision n° 4193/2021, 27 avril 2022, vote à l'unanimité des cinq voix, par. 44, 56 et 59. Disponible à l'adresse <https://www2.scjn.gob.mx/ConsultasTematica/Detalle/287622>.

Mesures particulières de réparation à l'intention des personnes handicapées

152. Concernant l'observation du Comité sur l'absence de réparation pour les personnes handicapées, il convient de souligner deux décisions rendues par des instances juridictionnelles fédérales qui, bien qu'elles ne concernent pas des préjudices liés au placement en institution, disposent néanmoins que, lorsqu'il s'agit de personnes handicapées vulnérables, la justice doit garantir une réparation intégrale du préjudice.

153. L'indemnisation et la réparation remplissent une double fonction. D'une part, elles ont un effet dissuasif, car elles contribuent à prévenir de futurs comportements illicites ; d'autre part, elles revêtent un caractère satisfaisant et restitutoire, puisqu'elles visent à remédier, dans toute la mesure du possible, au préjudice subi par la victime et à répondre à ses besoins particuliers ainsi qu'aux conséquences découlant du préjudice. Conformément à l'interprétation donnée par la Cour interaméricaine des droits de l'homme concernant la portée de la réparation, les autorités doivent veiller à ce que celle-ci soit intégrale et réponde effectivement aux besoins concrets de la victime.

154. De plus, lorsque la victime est une personne handicapée vulnérable, la justice a l'obligation renforcée de garantir cette réparation intégrale. Elle doit donc exhorter les autorités compétentes à garantir que ces personnes ont effectivement accès aux programmes publics, notamment dans le domaine de l'éducation, en prenant les mesures nécessaires et, le cas échéant, en exerçant les pouvoirs coercitifs prévus par la loi.

155. Ce qui précède trouve son fondement dans l'article 3 de la Constitution et dans l'article 62 (par. IV) de la loi générale sur les victimes, selon lesquels l'accès à des programmes éducatifs est une mesure de réadaptation. Cette mesure est essentielle pour favoriser la réinsertion sociale de la victime et la construction ou la reconstruction de son projet de vie, en particulier lorsque, en raison de son handicap, elle n'a pas pu bénéficier d'une scolarité adaptée, ce qui a limité les possibilités qui s'offraient à elle et a eu des répercussions sur sa santé psychologique et son développement personnel.

VII. Rôle de la Commission nationale des droits de l'homme

156. La Commission nationale des droits de l'homme ne partage absolument pas l'avis du Comité au sujet du rôle qu'elle joue, celui-ci ayant déclaré ce qui suit :

« La Commission nationale des droits de l'homme a du mal à s'acquitter de sa fonction de contrôle des institutions, ayant notamment des difficultés à maintenir ses activités ou même à effectuer régulièrement, voire à effectuer tout court, des visites de contrôle dans toutes les catégories d'établissements. Ses recommandations ne semblent pas être prises en compte comme il convient et les informations sur les violations sont transmises de manière sporadique aux autorités chargées des enquêtes. Par crainte de représailles, la Commission pratique l'autocensure à l'égard de ses propres conclusions. On observe des disparités dans le contrôle exercé par les commissions des droits de l'homme opérant au niveau des États, qui ont peu d'influence sur la prévention des violations des droits de l'homme dans les institutions ».

157. Le Mécanisme national indépendant de suivi de l'application de la Convention et le Mécanisme national de prévention de la torture œuvrent quotidiennement à la prévention des violations des droits humains des personnes handicapées, en particulier celles qui se trouvent dans un centre de détention ou qui sont internées.

158. Plus précisément, le Mécanisme national indépendant de suivi veille à ce que les autorités appliquent la Convention, en collaboration avec les autorités locales et les organismes publics de défense des droits de l'homme. On peut à cet égard citer les visites que la Commission des droits de l'homme a effectuées dans les établissements hospitaliers rattachés à la Commission nationale de promotion de la santé mentale et de lutte contre les addictions, qui ont fait l'objet d'un suivi et d'une attention particulière, la priorité étant toujours accordée à l'obtention du consentement éclairé, y compris chez les enfants et les adolescents, et à la prise en compte de leur avis si une hospitalisation est nécessaire.

159. De son côté, le Mécanisme national de prévention de la torture a mené un travail continu de suivi et de coordination avec les autorités responsables des lieux de privation de liberté, afin de renforcer ces structures et de garantir la bonne application des modifications relatives à la santé mentale et aux addictions apportées à la loi générale sur la santé.

160. À cette fin, le Mécanisme national de prévention de la torture a effectué 39 visites de contrôle dans des hôpitaux et des établissements de santé proposant des soins psychiatriques, au niveau tant local que fédéral. L'objectif de ces visites était d'observer comment la loi générale sur la santé est appliquée, notamment en ce qui concerne l'admission volontaire dans un établissement pour un traitement, le consentement éclairé, les directives anticipées (données avant une situation de crise) et l'interdiction de l'isolement dans le cadre des modèles de prise en charge. Les rapports sur ces visites de contrôle sont en cours d'établissement.

161. Dans le même ordre d'idées, le Mécanisme national de prévention de la torture s'est rendu dans des centres spécialisés dans le traitement de la dépendance aux drogues. L'objectif principal de ces visites était d'identifier les facteurs de risque liés au grand nombre d'admissions non consenties, à l'absence de consentement éclairé dans le modèle de prise en charge et à l'existence de dispositifs fondés sur la sanction.

162. À cette fin, le Mécanisme national de prévention de la torture a élaboré une méthode de surveillance prévoyant une intervention conjointe et coordonnée avec les institutions suivantes : les autorités sanitaires (la Commission nationale de promotion de la santé mentale et de lutte contre les addictions et la Commission fédérale de protection contre les risques sanitaires) ; les commissions de recherche de personnes ; les services chargés de la protection des droits de l'enfant ; les autorités de sécurité publique ; et le ministère public et les organismes locaux de protection des droits de l'homme. L'objectif est de garantir une intervention immédiate dans les cas où l'intégrité physique et psychique des usagers de ces centres est sérieusement en danger.

163. Les rapports de contrôle n^{os} 01/2022 et 02/2022 ainsi que le rapport spécial n^o 04/2022 ont été publiés. Les autorités sanitaires y étaient priées d'exécuter des politiques publiques visant à renforcer le cadre réglementaire applicable à la prise en charge spécialisée de la dépendance aux drogues, en tenant compte de l'autonomie de la personne et du caractère volontaire du traitement, et en privilégiant les prises en charge ambulatoires ainsi que la réduction des internements non consentis. Elles étaient également priées de prendre des mesures de prévention et de traitement des addictions destinées aux femmes, aux enfants et aux adolescents.

164. Des rapports axés sur l'amélioration de la prise en charge de la santé mentale dans d'autres lieux de privation de liberté, tels que les centres de réadaptation sociale, ont également été publiés régulièrement, les obligations relatives à la santé mentale devant être respectées dans tous les lieux de détention.

165. Il convient de mentionner également le rapport spécial n^o 01/2023, dans lequel les autorités pénitentiaires étaient priées d'élaborer un programme global en faveur de la santé mentale des femmes privées de liberté qui tiendrait compte des déterminants sociaux et structurels de la santé mentale, notamment des relations interpersonnelles, de l'éducation, des conditions de vie, de la communauté, de la spiritualité, ainsi que des activités artistiques et intellectuelles, et qui viserait à les aider à retrouver leur stabilité émotionnelle. Le rapport insistait en outre sur la nécessité de faire en sorte que le programme intègre de manière transversale l'approche fondée sur les droits de l'homme, la perspective de genre et le modèle social du handicap.

166. Dans son rapport spécial n^o 02/2023, le Mécanisme national de prévention de la torture a mis l'accent sur le risque de maltraitance que le recours à la contention physique faisait peser sur les personnes privées de liberté, en particulier celles présentant un handicap psychosocial. Il a présenté aux autorités pénitentiaires des propositions de politique publique qui leur permettraient de renforcer leurs capacités concernant la gestion des situations de crise ou d'agitation aiguë chez les personnes présentant un handicap psychosocial et, ce faisant, de contrer le facteur de risque identifié.

167. Ces propositions comportaient notamment l'élaboration d'un protocole spécialisé qui viserait à garantir une prise en charge adéquate des personnes ayant un handicap psychosocial et qui serait fondé sur les normes énoncées dans la Convention et la loi générale sur la santé ainsi que sur l'approche fondée sur les droits de l'homme et le modèle social du handicap. De même, aux fins du futur protocole, les autorités ont été priées de se coordonner avec les institutions publiques spécialisées dans la santé mentale afin de renforcer les capacités techniques et médicales du personnel pénitentiaire.

168. En conséquence, l'autorité pénitentiaire fédérale a fait savoir au Mécanisme national de prévention de la torture que diverses formations relatives à la contention physique avaient été dispensées au personnel des centres fédéraux de réadaptation sociale. Elle a aussi procédé à l'harmonisation de plusieurs protocoles et directives générales, notamment le Manuel sur les moyens d'identifier, d'évaluer et de traiter le risque de suicide chez les personnes privées de liberté dans les centres fédéraux de réadaptation sociale et la Procédure relative à la contention physique des patients privés de liberté.

169. Il importe de souligner que le personnel du Mécanisme national de prévention de la torture s'est rendu sur le terrain et a vérifié les informations fournies par l'autorité, ce qui illustre le travail et le suivi réalisés après la publication du rapport (se reporter au rapport de suivi relatif au rapport spécial n° 02/2023 pour de plus amples informations).

170. En outre, comme cela a été souligné, le Mécanisme national de prévention de la torture a analysé de manière transversale, dans le cadre de ses activités de suivi, la manière dont les autorités chargées des lieux de privation de liberté garantissent l'intégrité psychophysique des personnes placées sous leur garde, identifient les facteurs de risque liés à la santé mentale de ces personnes et y remédient.

171. Il convient à cet égard de mentionner le rapport spécial n° 01/2025, qui a été à l'origine de l'élaboration de directives contraignantes portant spécifiquement sur la prévention, la détection et la prise en charge des risques et comportements suicidaires dans les centres de réadaptation sociale. Dans ses propositions de politique publique, le Mécanisme national de prévention de la torture a invité les autorités pénitentiaires locales à élaborer des directives relatives à la prise en charge en se fondant sur les normes élaborées par leurs homologues fédéraux, décrites ci-dessus, et à envisager notamment de créer des équipes d'intervention immédiate en cas de crise et de situations nécessitant des premiers secours, soulignant que ces équipes devraient agir dans une optique thérapeutique et non recourir à la force.

172. Par ailleurs, dans divers rapports, le Mécanisme national de prévention de la torture a demandé aux autorités de prendre des mesures visant à renforcer les structures afin d'assurer l'accessibilité universelle des locaux des établissements pénitentiaires, en tenant compte des besoins des personnes qui ont un handicap moteur ou visuel. Il s'agit notamment du rapport de suivi n° 01/2023[8], du rapport de suivi n° 04/2023 et du rapport spécial n° 02/2024, destinés respectivement aux autorités chargées de l'immigration, aux autorités pénitentiaires locales et aux responsables des centres municipaux d'internement administratif.

173. Ce qui précède rend compte du travail de suivi mené par la Commission nationale des droits de l'homme par l'intermédiaire du Mécanisme national de prévention de la torture, et des répercussions de ce travail sur le renforcement des capacités du personnel des lieux de privation de liberté, l'objectif étant de réduire le risque de violations des droits humains des personnes qui s'y trouvent.

174. En ce qui concerne la remarque du Comité concernant une prétendue autocensure, la Commission nationale des droits de l'homme rejette catégoriquement cette affirmation. Elle cite à titre de preuve le lancement du système national d'alerte sur les violations des droits de l'homme¹⁶, qui est une plateforme sur laquelle sont partagées, de manière transparente et responsable, des informations relatives aux plaintes et aux recommandations concernant différents droits de l'homme, y compris ceux des personnes handicapées. Toute personne ou institution peut donc consulter et analyser ces informations. En outre, les recommandations formulées sont rendues publiques et la Commission regroupe les informations relatives à ses travaux dans ses rapports annuels, que sa Présidente présente au Congrès de l'Union et qui sont facilement accessibles sur son site Web.

¹⁶ <https://sna.cndh.org.mx>.

Conclusions

175. Les conclusions factuelles de l'enquête menée par le Comité en vertu de l'article 6 du Protocole facultatif à la Convention, ainsi que les recommandations formulées, sont destinées à orienter les mesures et politiques publiques que les institutions mexicaines doivent mettre en œuvre afin d'améliorer la coordination interinstitutionnelle et de faire en sorte que les modèles de santé et de soins soient centrés sur les droits, tiennent compte des questions de genre ainsi que des besoins des enfants et des adolescents et dépassent le paradigme caritatif qui persiste encore dans certains domaines.

176. Le Mexique salue les efforts que le Comité a déployés pour mener une enquête exhaustive et approfondie, qui met en évidence les avancées normatives les plus importantes et leurs effets sur la population mexicaine, tout en recensant les difficultés qui nécessitent un examen ponctuel. Il tient compte de ces considérations afin de mieux s'acquitter des obligations qui lui incombent, notamment en matière de protection et de garantie des droits des personnes handicapées.

177. Le Mexique reconnaît en outre que, comme le souligne le Comité, l'intervention de l'État est déterminante face à divers phénomènes structurels. Il est ainsi nécessaire de s'attaquer en priorité à la persistance du placement en institution, ce qui constitue un défi structurel, étant donné que cette mesure s'est historiquement imposée comme une solution pour les personnes handicapées.

178. Le fait qu'il existe des cas où les droits des personnes handicapées ont été gravement bafoués ne signifie pas pour autant que ces actes relèvent d'une action organisée ; il s'agit bien de faits isolés. Ainsi qu'il ressort du présent rapport, le Mexique a adopté des mesures et des politiques visant à opérer, de manière progressive et globale, une transition vers un autre modèle que le placement en institution ; on ne saurait donc affirmer que l'action de l'État revêt un caractère « systématique » qui permet et perpétue le placement en institution.

179. Bien que la transition vers une prise en charge de proximité – centrée sur la personne et respectant strictement les droits de l'homme – progresse, le Mexique est conscient que le passage à des modèles de vie autonome et de pleine inclusion dans la société nécessite de réaliser des évaluations systématiques et spécialisées qui, dans le cadre d'une approche individualisée et centrée sur la personne, permettent de déterminer avec précision les conditions de vie réelles et les besoins particuliers des personnes handicapées ainsi que l'accompagnement dont elles ont besoin. Cela suppose de mobiliser durablement des ressources financières, matérielles, humaines et techniques importantes et de renforcer les capacités institutionnelles et les mécanismes de coordination entre les différentes autorités, faute de quoi on ne peut ni garantir que la transition se déroule de manière planifiée, progressive et sûre, ni éviter que les personnes handicapées se retrouvent sans défense, abandonnées ou victimes de nouvelles violations de leurs droits humains.

180. La consolidation de cette transition exige en outre de disposer d'un cadre juridique solide, cohérent et structuré, qui élargit et précise les compétences des autorités aux différents niveaux de gouvernement, et qui permet une prise en charge intégrale et efficace hors des schémas axés sur le placement en institution, conformément aux normes internationales applicables.

181. Dans ce contexte, le Mexique prend note des observations et recommandations formulées par le Comité dans le cadre de l'enquête que celui-ci a menée en vertu de l'article 6 du Protocole facultatif, et réaffirme sa pleine volonté de maintenir un dialogue constructif, ouvert et transparent. Il réaffirme en outre qu'il est résolu à avancer progressivement et durablement vers le plein exercice des droits des personnes handicapées, dans la droite ligne des principes de dignité, d'autonomie, d'inclusion et de non-discrimination consacrés par la Convention.