

**Amnesty International
Section française
76, bd de la Villette
75940 Paris Cedex 19
France**

Document public

Amnesty International

Prendre soin des droits humains Difficultés et possibilités pour le personnel soignant



Index AI : ACT 75/003/2006

SF 06_COO_288

Prendre soin des droits humains Difficultés et possibilités pour le personnel soignant

Sommaire

| | |
|--|----|
| Abréviations | v |
| Prendre soin des droits humains..... | 1 |
| 1. Introduction..... | 1 |
| 1.1 Rappel historique sur le personnel infirmier et les droits humains | 3 |
| 2. Personnel infirmier et professionnalisme | 6 |
| 2.1 Personnel infirmier et déontologie professionnelle | 7 |
| 2.1.1 Le devoir de soigner..... | 8 |
| 2.1.2 Le consentement | 8 |
| 2.1.3 Confidentialité | 9 |
| 2.1.4 La dignité des patients | 10 |
| 2.1.5 Les informations d'ordre génétique | 11 |
| 2.2 Etablissement d'une politique de santé..... | 11 |
| 3. Violences à l'encontre du personnel soignant | 12 |
| 3.1 Le personnel soignant dans les situations de conflit..... | 12 |
| 3.2 Violences à l'encontre du personnel soignant sur le lieu de travail | 14 |
| 4. Atteintes à l'intégrité physique et mentale et droits humains | 15 |
| 4.1 La torture et les autres traitements ou châtiments cruels, inhumains ou dégradants | 16 |
| 4.1.1 Réagir contre la torture | 19 |
| 4.2 Les violences contre les femmes..... | 20 |
| 4.2.1 Violence et génésique | 21 |
| 4.2.1.1 Le viol et les autres violences sexuelles..... | 21 |
| 4.2.1.2 Grossesse suite à un viol..... | 23 |
| 4.2.1.3 Stérilisation forcée et autres mesures de contrôle démographique | 23 |
| 4.2.2 Les personnels infirmiers, les sages-femmes et les violences domestiques..... | 25 |
| 4.2.2.1 Opposition du conjoint à un traitement..... | 26 |
| 4.2.3 Traite des femmes et prostitution forcée..... | 27 |
| 4.2.4 Les pratiques nocives..... | 28 |
| 4.2.4.1 Les mutilations génitales féminines (MGF)..... | 28 |
| 4.2.4.2 Les tests de virginité | 30 |
| 4.2.4.3 Les « crimes d'honneur » | 31 |
| 4.2.4.4 Les mariages prématurés..... | 32 |
| 4.2.4.5 Autres pratiques | 32 |
| 4.2.5 L'intervention de la médecine légale après les atteintes: le rôle des soignants..... | 33 |
| 4.3. Détenus et prisonniers : les défis posés aux personnels infirmiers..... | 34 |
| 4.3.1 La prison | 35 |
| 4.3.2 Les délinquants souffrant de maladie mentale | 37 |
| 4.3.3 Les personnels infirmiers et les grévistes de la faim en détention | 38 |
| 4.3.4 Les châtiments corporels | 39 |
| 4.3.6 La peine de mort | 40 |
| 4.3.7 Les châtiments traditionnels | 42 |
| 4.4 Le trafic d'organes et les greffes illégales | 43 |

| | |
|--|----|
| 4.4.1 L'utilisation des organes de détenus exécutés..... | 44 |
| 5. Les personnels soignants et le droit à la santé | 45 |
| 5.1 Qu'est-ce que le « droit à la santé » ?..... | 45 |
| 5.2 Non-discrimination, égalité et droit à la santé | 49 |
| 5.3 Les personnels infirmiers et le droit de jouir du meilleur état de santé possible | 50 |
| 5.3.1 Le droit à la santé en matière de sexualité et de procréation | 51 |
| 5.3.2 Privatisation | 52 |
| 5.4 Les obstacles à des soins effectifs | 53 |
| 5.4.1 Les personnels infirmiers handicapés..... | 54 |
| 5.4.2 Les personnels infirmiers et la recherche | 54 |
| 5.5 Le personnel infirmier et les crises de santé publique : VIH/SIDA | 55 |
| 5.5.1 Protéger les soins en protégeant les droits | 57 |
| 5.5.2. Les bonnes pratiques dans le traitement du SIDA | 60 |
| 5.5.3 Le personnel infirmier et les sages-femmes porteurs de VIH/SIDA ou exposés au risque de la maladie | 61 |
| 5.6 Autres crises réelles et potentielles de la santé | 62 |
| 5.6.1 La tuberculose..... | 62 |
| 5.6.2 La grippe aviaire | 64 |
| 5.6.3 Autres infections aiguës..... | 65 |
| 5.6.3.1 Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)..... | 65 |
| 5.6.3.2 Autres maladies..... | 66 |
| 5.6.4 Le personnel infirmier et les catastrophes naturelles..... | 66 |
| 5.7 Migrations et droit d'asile | 67 |
| 5.7.1 Personnel infirmier, réfugiés et demandeurs d'asile | 67 |
| 5.7.2 Infirmiers/ères et sages femmes réfugiés : transfert de compétences..... | 69 |
| 5.7.3 Migration des infirmier/ères et des sages-femmes..... | 70 |
| 6. Les populations à risque | 73 |
| 6.1 Les enfants..... | 74 |
| 6.1 Les handicapés physiques ou mentaux | 75 |
| 6.3 Les patients âgés..... | 76 |
| 6.3.1 Détecter les signes de violences..... | 76 |
| 6.3.2 La violence dans les institutions | 77 |
| 6.4 Les travailleurs du sexe | 78 |
| 7. Le rôle des infirmiers/ères face aux atteintes aux droits humains | 78 |
| 7.1 Campagnes de mobilisation | 78 |
| 7.1.1 Organismes professionnels | 80 |
| 7.1.2 Les personnes individuelles..... | 81 |
| 7.2 Le personnel infirmier, les sages-femmes et l'éducation aux droits humains | 81 |
| 7.2.1 Obligations internationales concernant l'éducation aux droits humains | 82 |
| 7.2.2 Education et formation du personnel infirmier | 83 |
| 7.2.3 L'éducation et les implications sur la santé publique | 83 |
| 7.2.4 Les ressources..... | 84 |
| 8. Recommandations | 84 |
| 8.1 A l'attention de la communauté internationale | 84 |
| 8.2 A l'attention des Etats..... | 85 |
| 8.2.1 Droit à la santé..... | 85 |
| 8.2.2 Réglementation et responsabilités professionnelles | 85 |
| 8.2.3 Comportement éthique | 85 |
| 8.2.4 Défendre la sécurité du personnel infirmier et des sages-femmes..... | 86 |
| 8.2.5 Comprendre les effets de la migration du personnel infirmier et des sages-femmes..... | 86 |

| | |
|--|-----|
| 8.2.6 Faire face aux pratiques dommageables | 87 |
| 8.2.7 Fonctions médico-légales du personnel infirmier | 87 |
| 8.3 A l'attention des associations nationales des personnels infirmiers et sages-femmes et aux instances de contrôle | 88 |
| 8.3.1 Professionnalisme | 88 |
| 8.3.2 La sécurité du personnel infirmier et des sages-femmes | 88 |
| 8.3.3 Le personnel infirmier et les violations des droits humains | 89 |
| 8.3.4 Infirmières, sages-femmes et le droit à la santé..... | 90 |
| 8.3.5 Réagir aux violations des droits humains..... | 90 |
| 8.4. Aux agents de formation des personnels sanitaires | 91 |
| 8.4.1 Droits humains et déontologie de la profession d'infirmiers/ères..... | 91 |
| 8.5 Aux infirmiers, infirmières et sages-femmes..... | 91 |
| Annexe 1..... | 92 |
| A1. Principales déclarations internationales concernant la politique générale et l'éthique en matière de soins infirmiers..... | 92 |
| Annexe 2. Les droits à la santé dans les normes des droits humains régionales et internationales. .93 | |
| A2. 1 Les normes internationales..... | 93 |
| A2.1.1 La déclaration universelle des droits de l'homme | 93 |
| A2.1.2 Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels | 93 |
| A2.1.3 Convention relative aux droits de l'enfant | 94 |
| A2.1.4 Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW)..... | 96 |
| A2.1.5 Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale | 97 |
| A2.1.6 Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement | 97 |
| A2.1.7 Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus | 97 |
| A2.1.8 Conventions de Genève..... | 99 |
| A2.2 Les droits à la santé dans les traités et déclarations régionaux..... | 100 |
| A2.2.1 La charte africaine des Droits de l'Homme et des Peuples | 100 |
| A2.2.2 Protocole additionnel à la convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels - "Protocole de San Salvador" | 100 |
| A2.2.3 La Charte arabe des droits de l'homme | 101 |
| Annexe 3 : Sites internet utiles | 102 |
| Index..... | 103 |

Abréviations

Les abréviations suivantes sont utilisées dans ce rapport :

| | |
|---------|---|
| AI | Amnesty International |
| AMM | Association médicale mondiale |
| ANA | Association américaine des infirmières et infirmiers |
| BMA | Association médicale britannique |
| CEDAW | Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women) |
| CESCR | Comité des droits économiques, sociaux et culturels (Committee on Economic, Social and Cultural Rights) |
| CICR | Comité international de la Croix-Rouge (International Committee of the Red Cross) |
| CII | Conseil international des infirmières |
| CPT | Comité européen pour la prévention de la torture (European Committee for the Prevention of Torture) |
| CRC | Convention relative aux droits de l'enfant (Convention on the Rights of the Child) |
| DENOSA | Organisation démocratique des soins infirmiers de l'Afrique du sud (Democratic Nursing Organisation of South Africa) |
| DOTS | Traitement de courte durée sous surveillance directe (Directly Observed Treatment Short Course) |
| ECHR | Convention européenne des droits de l'homme (European Convention on Human Rights) |
| EF | Excision féminine |
| FIGO | Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |
| HRC | Comité des droits de l'homme (Human Rights Council) |
| HRW | Human Rights Watch |
| ICC | Cour pénale internationale (International Criminal Court) |
| ICM | Confédération internationale des sages-femmes (International Confederation of Midwives) |
| IDF | Forces Israéliennes de Défense (Israel Defense Forces) |
| ISONG | Association internationale du personnel infirmier en génétique (International Society of Nurses in Genetics) |
| MDRI | Mental Disability Rights International |
| MGF | Mutilation génitale féminine |
| NHS | National Health Service du Royaume-Uni |
| NORAD | Agence Norvégienne pour le Développement et la Coopération (Norwegian Agency for Development Cooperation) |
| OIT | Organisation internationale du travail |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| PAM | Programme Alimentaire Mondial |
| PIDESC | Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels |
| PPE | Prophylaxie post-exposition |
| PSI | Services publics internationaux (Public services International) |
| RCN | Royal College of Nursing |
| SIDA | Syndrome de l'immunodéficience acquise |
| SRAS | Syndrome Respiratoire Aigu Sévère |
| UNCAT | Comité des Nations Unies contre la torture (United Nations Convention Against Torture) |
| UNDP | Programme des Nations Unies pour le développement (United Nations Development Program) |
| UNESCO | Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) |

| | |
|--------|---|
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'enfance (United Nations International Children's Emergency Fund) |
| WHA | Assemblée mondiale de la santé (World Health Assembly) |
| ZNA | Association des infirmières et infirmiers de Zambie (Zambia Nurses Association) |

Prendre soin des droits humains

Difficultés et possibilités

pour le personnel soignant

Le personnel infirmier a affaire aux questions des droits humains chaque jour, dans tous les aspects de son activité professionnelle. Le personnel infirmier peut subir des pressions pour qu'il utilise ses connaissances et ses compétences d'une manière qui porte préjudice aux patients et à d'autres personnes. Il existe un besoin de vigilance accrue et une exigence d'être bien informé sur la manière dont les nouvelles technologies et l'expérimentation peuvent violer les droits humains. Par ailleurs, le personnel infirmier est de plus en plus confronté à des questions complexes de droits humains, qui découlent de situations de conflit au sein de certaines juridictions, de soulèvements politiques et de guerres. Le souci de la protection des droits humains doit prendre en compte particulièrement les groupes vulnérables tels que les femmes, les enfants, les personnes âgées, les réfugiés et les groupes stigmatisés¹.

Le présent document étudie le rôle des droits humains dans le travail des femmes et des hommes qui prodiguent des soins, comme le personnel infirmier, les sages-femmes et d'autres personnes qui prennent soin des malades et des nécessiteux². Le but de cette étude est d'examiner toute une gamme de liens qui existent entre la pratique des professions d'infirmier/ère et de sage-femme et les droits humains et de proposer quelques recommandations sur la manière d'aborder les nombreux défis auxquels personnel infirmier et sages-femmes sont confrontés concernant les droits humains. Ce document est destiné à toute personne liée aux professions de santé, en particulier celles d'infirmier/ère et de sage-femme. Il souligne l'importance d'une approche des soins fondée sur les droits humains et le rapport existant entre droits humains et pratiques professionnelles dans une grande variété de contextes. Ce document pourrait servir à répertorier les problèmes, comme ressource pour l'enseignement et pour faciliter l'accès à la littérature spécialisée.

1. Introduction

Le personnel infirmier et les sages-femmes partagent avec d'autres professions de santé le même engagement pour le bien-être de leurs patients et pour une pratique professionnelle fondée sur les codes de déontologie. Cependant, ils sont de plus en plus confrontés à des obstacles et à des défis dans l'accomplissement de ce rôle. Ces défis vont de ceux rencontrés dans la pratique quotidienne, avec la complexité croissante des soins de santé qui soulève des problèmes éthiques importants, jusqu'à la pratique des soins dans des secteurs de catastrophes naturelles et de pauvreté et dans des

¹ Conseil international des infirmières (CII). *Le Personnel infirmier et les droits de l'homme*, Genève, 1998. Sur le site: <http://www.icn.ch/pshumrights.htm>. Consulté le 9 mai 2006.

² Dans ce document, le terme 'personnel infirmier' s'applique à des personnes "ayant suivi un cursus d'études personnel infirmier complet, diplômées et reconnues par leur pays pour la pratique des soins infirmiers" (Constitution du CII, Article 6). Si ce terme est utilisé dans une acception différente, cela sera indiqué. "Sage-femme" est utilisé dans le sens retenu dans la définition élaborée par la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et la Fédération Internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), voir:

<http://www.internationalmidwives.org/Statements/Definition%20of%20the%20Midwife.htm>. Ce document constitue une mise à jour et un développement d'un précédent rapport publié sur le même thème par Amnesty International (AI) en 1997. Voir *Nurses and Human Rights*. Londres, Index AI: ACT 75/002/1997, et aussi une courte déclaration, plus récente, sur ce sujet: 'Amnesty International en faveur d'un rôle plus important des infirmières et sages-femmes dans la défense des droits humains' London, AI Index: ACT 75/002/2005.

régions de conflit et de tensions, où le risque est constant pour le personnel de santé et les malades de devenir des victimes, parce qu'ils ont été témoins de violations, ou parce qu'ils soignent des personnes considérées par les autorités comme des opposants ou des éléments subversifs, ou parce qu'on les considère eux-mêmes comme subversifs. Ils peuvent subir des atteintes simplement parce qu'ils sont « au mauvais endroit au mauvais moment ». Le personnel infirmier risque aussi de subir des pressions pour qu'il apporte sa collaboration ou son accord tacite à des atteintes qui se produisent en sa présence ou dont il a connaissance.

Le présent document étudie certains des risques de violations des droits humains rencontrés par le personnel infirmier et les sages-femmes, ou des atteintes qu'ils peuvent observer au cours de leur travail. Il examine également leur rôle lorsqu'ils procurent des soins à des personnes dont les droits ont été violés ; il recommande la poursuite et le renforcement de l'action du personnel soignant en faveur de la défense des patients menacés, des droits des femmes et des jeunes filles, de la protection du personnel infirmier et de leurs associations professionnelles en situation de danger. Ce document appelle à la promotion de la déontologie et des normes relatives aux droits humains et souligne la nécessité, pour les associations professionnelles et des droits humains, d'exercer une surveillance constante sur les pressions subies par le personnel infirmier pour l'amener à des pratiques contraires à la déontologie.

Amnesty International pense que personnel infirmier et sages-femmes peuvent grandement contribuer à la protection et à la promotion des droits humains par une pratique professionnelle conforme à la déontologie, en rejetant toute participation à des atteintes aux droits humains et en donnant l'alerte lorsqu'ils constatent que de graves atteintes ont lieu sans que personne ne s'en préoccupe.

Amnesty International recommande, entre autres choses, ce qui suit :

- Les associations de personnel infirmier et le personnel infirmier à titre individuel doivent accroître leurs efforts pour protéger et promouvoir les droits humains.
- Le professionnalisme et de la déontologie professionnelle et sa promotion au sein des associations nationales de personnel infirmier et parmi leurs membres doivent être renforcés.
- La sécurité pour le personnel infirmier et les sages-femmes dans les services de santé et dans les zones où ont lieu des atteintes aux droits humains doit être renforcée.
- La formation professionnelle et relative aux droits humains doit être plus régulièrement accessible tout au long de la carrière d'un/e infirmier/ère ou d'une sage-femme.

Amnesty International et les professions de santé

Amnesty International est une organisation internationale de défense des droits humains qui compte près de 2 millions de membres dans plus de 180 pays ou territoires. Sa mission consiste à entreprendre des recherches et des actions destinées à empêcher ou à faire cesser de graves atteintes aux droits à l'intégrité physique et mentale, à la liberté d'opinion et d'expression, à la protection contre toute discrimination, dans le contexte de son action de promotion de tous les droits humains³.

Le Réseau des professionnels de santé d'Amnesty International a été créé il y a plus de trente ans et se compose de personnes, de groupes et de réseaux de médecins, de personnel infirmier, de spécialistes de la santé mentale et autres professionnels de santé dans plus de trente pays. Ce réseau agit pour atteindre les buts d'AI par le biais de l'utilisation des connaissances professionnelles, des contacts, l'envoi de lettres et la pratique du lobbying.

³ L'exposé de la mission d'Amnesty International est consultable sur:
<http://web.amnesty.org/library/Index/FRAORG500212005>

Depuis de nombreuses années Amnesty International demande que les professionnels qui prodiguent des soins jouent un rôle efficace pour la protection des droits des patients et la défense du personnel infirmier en danger⁴. De plus, il recommande une surveillance active par les associations des personnels infirmiers et par les groupes de défense des droits humains afin que soient protégés les droits du personnel infirmier soumis à des pressions l'incitant à des comportements contraires à la déontologie.

AI n'a cessé de relever des éléments de preuve des effets chroniques nuisibles et préjudiciables des violations des droits humains sur des personnes et des communautés, dont certains sont liés à des pratiques médicales et infirmières. Cela inclut l'impact direct de la torture sur la santé, et celui des mauvais traitements et des châtiments, qu'ils soient légitimes ou illégitimes. Cela inclut également les conséquences des atteintes liées au sexe et des pratiques traditionnelles nuisibles, l'impact de la pauvreté et le fait que les États ne remplissent pas leurs obligations de protéger les droits humains des individus et des populations. Dans ces domaines, le personnel infirmier et sages-femmes peuvent jouer un rôle pour mettre au premier plan l'intérêt des patients et œuvrer pour la défense de leurs droits humains. Ce faisant, la déontologie des professions de santé se trouve renforcée.

1.1 Rappel historique sur le personnel infirmier et les droits humains

Il n'est pas possible, dans le cadre de ce bref chapitre, de traiter correctement la relation historique entre soins infirmiers, droits humains et déontologie depuis le XIX^e siècle. Ce chapitre vise, à partir de quelques exemples précis, à éclairer des principes et problèmes plus larges relatifs aux droits humains. L'Histoire de la profession infirmière est exposée ailleurs et fait l'objet d'études universitaires par des spécialistes⁵.

Il est bien connu que la profession d'infirmier/ère a été considérée comme une « force humanitaire » au cours du XIX^e siècle, lorsque le rôle soignant du personnel infirmier s'est greffé sur les privations et les souffrances causées par les conflits armés. Florence Nightingale, et plus récemment Mary Seacole, se sont efforcées de définir le rôle soignant de l'infirmière au travers de leur action bien connue du public au cours de la guerre de Crimée⁶. Clara Barton, célèbre personnage d'infirmière de la guerre de Sécession américaine a également beaucoup contribué au développement de la profession et fondé la Croix-Rouge des États-Unis⁷. Par la suite le développement des soins infirmiers a reflété un grand nombre des principes élaborés au cours de cette période et dans le courant du XIX^e siècle et au début du XX^e. Cependant, cette conception totalement charitable des fonctions du personnel infirmier devait changer plus tard suite aux atteintes subies par le rôle humanitaire de la profession infirmière.

C'est la conduite de médecins en Allemagne entre 1933 et 1945 qui a suscité une bonne part des discussions d'après-guerre sur la déontologie de la médecine et de la recherche, et contribué à la création d'une Association médicale mondiale (AMM) dont la déontologie médicale était la principale préoccupation.

⁴ Amnesty International. *Nurses and Human Rights*. AI Index: ACT 75/002/1997. Sur le site: <http://web.amnesty.org/library/index/engact750021997>.

⁵ Voir par exemple, le Centre britannique d'Histoire des professions d'infirmière et de sage-femme sur <http://www.ukchnm.org/>; Centre Barbara Bates pour l'étude de la profession d'infirmière, <http://www.nursing.upenn.edu/history/>

⁶ Toutes deux ont relaté par écrit leur expérience: Nightingale F. *Notes on Nursing: What it is and What it is Not*. Lippincott Williams et Wilkins: Philadelphie, 1992 [première publication en 1860]. Seacole M. *Wonderful Adventures of Mrs Seacole in Many Lands*. Harmondsworth: Penguin, 2005 [première publication en 1857]. Des informations plus complètes sur Florence Nightingale sont disponibles sur le site du Musée Florence Nightingale : <http://www.florence-nightingale.co.uk/>

⁷ Oates SB. *Woman of Valor : Clara Barton and the Civil War*. New York: Free Press, 1994.

Cela a entraîné également l'adoption du Code de Nuremberg⁸ et la priorité donnée à la déontologie de la recherche par l'AMM. Si la complicité des médecins allemands dans les programmes nazis de génocide et d'« euthanasie » a été analysée de manière très détaillée⁹, le comportement du personnel infirmier sous le IIIe Reich a reçu beaucoup moins d'attention, bien



Mary Seacole, dont les "merveilleuses aventures" ont été publiées pour la première fois en 1857.
© Jamaica National Library

qu'il y ait tout de même un certain nombre d'études importantes qui éclairent le rôle du personnel infirmier de l'époque nazie, 1933 - 1945¹⁰. L'examen du rôle du personnel infirmier dans les homicides massifs de malades psychiatriques et d'enfants « incurables » ou « malformés » sous les Nazis éclaire les processus par lesquels des infirmiers/ères peuvent être persuadé(e)s de participer à des conduites immorales et létales.

Selon un chercheur, il est clair que « les architectes du programme d'« euthanasie » n'ont pas entrepris de terroriser le personnel infirmier pour qu'ils appliquent des mesures en contradiction avec les impératifs moraux et professionnels les plus fondamentaux ». ¹¹ Ils visaient plutôt à... étouffer leur inquiétude, à les immobiliser par un sentiment d'impuissance, et à exploiter leur désir d'équilibre émotionnel. Tout affrontement et toute crise devaient être évités ; et dans les cas où la prise de conscience et la gêne née de la complicité de meurtre se faisaient jour, on les apaisait à l'aide de mesures bureaucratiques et de belles paroles dans le

domaine privé¹².

Le personnel infirmier qui participait à l'euthanasie était parfois incapable d'expliquer son comportement : « La seule explication que je puisse donner est que je n'avais pas le temps d'y penser à ce moment-là parce que le personnel infirmier étaient soumis à un stress intense » ; « Il ne m'a pas été facile de le faire parce que je n'aimais pas cela du tout. Je répète, ça n'a pas été facile. En fait je ne saurais pas dire pourquoi je n'ai pas refusé »¹³.

⁸ Voir Annas GJ, Grodin MA (eds). *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: Human Rights in Human Experimentation*. Oxford University Press, 1995.

⁹ Voir par exemple, Lifton RJ. *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide*. New York: Basic Books; Proctor R. *Racial Hygiene: Medicine under the Nazis*. Cambridge: Harvard University Press, 1988.

¹⁰ Articles et livres en anglais: Benedict S. Killing while caring: the nurses of Hadamar. *Issues in Mental Health Nursing* 2003;24:59-79; Benedict S. The nadir of nursing: nurse-perpetrators of the Ravensbruck concentration camp. *Nursing History Review* 2003;11:129-46; Hoskins SA. Nurses and national socialism – a moral dilemma: one historical example of a route to euthanasia. *Nursing Ethics* 2005; 12(1):79-91; McFarland-Icke B. *Nurses in Nazi Germany: Moral Choice in History*. Princeton: Princeton University Press, 1999; Steppe H. Nursing in the Third Reich. *History of Nursing Society Journal* 1991;3:21-37.

¹¹ McFarland-Icke (voir note ci-dessus), p.257.

¹² McFarland-Icke. p.257.

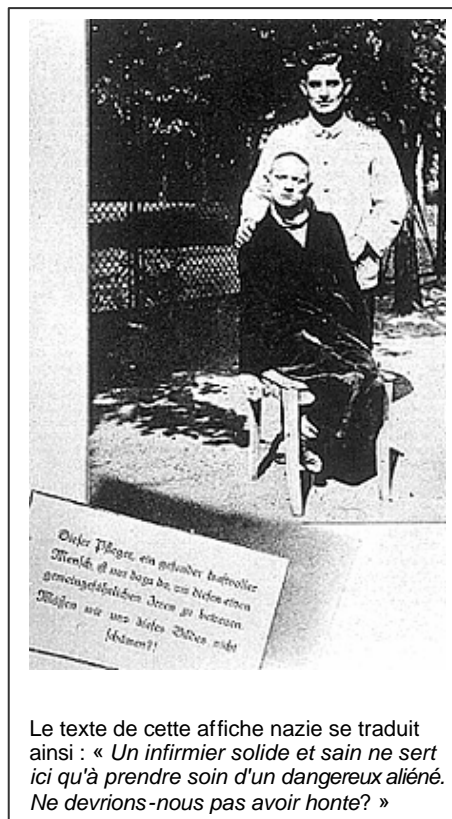
¹³ Les deux infirmières citées ici, et les deux citées plus bas sont tirées de Benedict S, Kuhla J. Nurses' participation in the euthanasia programs of Nazi Germany. *Western Journal of Nursing Research* 1999; 21: 246-263. Les citations sont tirées de Ebbinghaus A. *Opfer und Täterinnen [Victims and Female Perpetrators]* Donauwörth: Delphi Politik, 1987.

D'autres expliquaient leur comportement en parlant de discipline : « Je voyais... l'acte d'administrer des médicaments, même lorsque j'avais ordre de tuer des handicapés mentaux, comme une obligation que je ne pouvais pas refuser. En cas de refus, j'imaginai toujours que j'allais être renvoyée de mon poste d'infirmière et de fonctionnaire, c'est pour cela que je n'ai pas refusé ». « Parmi le personnel infirmier la discipline était stricte et chaque subordonné était obligé d'exécuter rigoureusement les ordres de son supérieur ».

D'autres membres du personnel infirmier impliqué dans le programme d'euthanasie étaient d'accord pour ces homicides organisés tout en continuant à refuser le meurtre au plan moral. Comme l'a dit une infirmière, « si on m'avait dit de frapper un patient sur la tête avec un marteau, alors j'aurais su que c'était un meurtre, et j'aurais refusé de le faire dans tous les cas. »¹⁴ Une autre infirmière a déclaré : « parce que je n'établissais aucun lien [entre le fait de conduire les patients à la 'chambre de la mort' et le fait qu'ils soient tués ensuite], je n'ai jamais eu l'idée de refuser. »¹⁵

Eviter de connaître les détails du programme d'exécution semblait être une stratégie pour accepter l'inacceptable : « ce besoin psychologique urgent de maintenir les exécutions au niveau de la rumeur, dans le domaine de l'incertitude »¹⁶. Malgré cela, certains membres du personnel infirmier se sont effectivement opposés aux homicides programmés même si, a-t-on avancé, leurs supérieurs traitaient cela comme une « indiscipline administrative » plutôt que comme une contestation d'ordre moral, qui ne constituait donc pas une menace pour ce programme. Même si la perspective de refuser de coopérer au programme nazi aurait sans aucun doute fait naître une peur considérable chez la personne auteur de ce choix, on ne connaît pas de cas où un/e infirmier/ère aurait été envoyée en camp de concentration pour avoir refusé d'y participer¹⁷. Steppe cite les noms de cinquante infirmières et infirmiers qui ont résisté à ces pratiques nazies, mais elle ajoute que le nombre réel est certainement plus élevé. Elle décrit brièvement deux membres du personnel infirmier qui ont résisté ; Bénédicte évoque plus longuement le cas d'une troisième infirmière qui a participé à la résistance à l'intérieur du camp d'Auschwitz¹⁸.

L'historiographie de cette période de la profession infirmière a été relancée par la réunion, en 2004, de la première conférence internationale sur les professions d'infirmier/ère et de sage-femme en Allemagne et dans les territoires occupés par l'Allemagne au cours de la période nazie¹⁹.



¹⁴Cité par McFarlane-Icke, p.211.

¹⁵ Cité *ibid.* p.239.

¹⁶ *Ibid.* p.262.

¹⁷ Steppe H. Nursing in Nazi Germany. *Western Journal of Nursing Research* 1992; 14:744-53.

¹⁸Steppe H. Nursing under totalitarian regimes: the case of National Socialism. Dans: Rafterby A, Robinson J, Elkan R (eds). *Nursing History and the Politics of Welfare*. London: Routledge, 1997; Benedict S. Maria Stromberger: a nurse in the resistance in Auschwitz. *Nursing History Review*, 14, 2006; 14:189-202.

¹⁹Shields L. Rapport sur: Complicity and compassion: the first international conference on nursing and midwifery in the Third Reich, 10-11 Juin 2004, Limerick, République d'Irlande. *Nursing Ethics* 2005;12:106-7. Au contraire, il semble qu'il existe peu de recherches disponibles sur l'implication des personnel infirmier dans les programmes de recherche biologique au Japon avant et pendant la deuxième guerre mondiale. Voir: Harris SH. *Factories of Death: Japanese Biological Warfare, 1932-45 and the American Cover-Up*. Nouvelle Edition. New York: Routledge, 2002.

Les mêmes processus, même si l'on peut dire qu'ils n'intervenaient pas dans le contexte d'atteintes de la même échelle ni sur un mode systématique, peuvent être constatés dans la réaction des professionnels de santé aux abus à motivation politique commis dans différents pays tout au long de la deuxième moitié du XXe siècle. En Afrique du sud, par exemple, les professionnels de santé ont été un secteur-clef du fonctionnement quotidien de l'apartheid²⁰. Les codes de déontologie professionnelle qui reflètent certaines des leçons apprises ont contribué à raffermir la main de ceux du personnel infirmier et des médecins qui refusent d'exécuter sur ordre de l'Etat des actes contraires à l'éthique, même si leur efficacité dans la prévention de tels actes n'est pas réellement prouvée.

Pour parvenir à une réponse plus énergique des professionnels de santé aux pressions exercées par l'Etat pour qu'ils se rendent complices d'atteintes aux droits humains, il faut combiner une plus grande attention aux problèmes qui découlent du contexte de fidélité partagée²¹, un soutien aux personnels de santé par les associations professionnelles et de défense des droits humains, et la diffusion dans le tissu social d'une culture du respect des droits humains .

2. Personnel infirmier et professionnalisme

Les professions de santé, tout comme les professions juridiques, possèdent l'un des cadres réglementaires internes les plus fortement développés, parfois appelé « professionnalisme ».

C'est là un concept en harmonie avec la défense et la promotion des droits humains à condition que les organismes professionnels et les praticiens individuels respectent les normes sur lesquelles le « contrat social » est fondé²². Les ordres professionnels, tels que les associations et conseils autonomes et autorégulateurs, ont le devoir de veiller à ce que leurs normes soient compatibles avec les droits humains et en favorisent le respect. Il est difficile d'imaginer qu'un honorable organisme de déontologie dans le domaine de la santé puisse entrer en conflit avec les valeurs fondamentales qui figurent dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme et avec les instruments internationaux qui découlent de cette Déclaration²³.

Le professionnalisme du personnel infirmier a été défini en fonction de ce qu'il fait, de ce à quoi il aspire, des qualifications qu'il détient et de ses relations avec d'autres professionnels de santé, en particulier les médecins²⁴. Les professions d'infirmier/ère et de sage-femme sont des disciplines extrêmement « féminisées » (bien que la santé mentale, les soins intensifs et les hôpitaux militaires puissent attirer une proportion supérieure d'hommes). On reconnaît généralement que des différences significatives et discriminatoires de salaire et de conditions de travail existent entre employés masculins et féminins dans la plupart des pays, même lorsqu'il y a

²⁰Baldwin-Ravaven L, de Gruchy J, London L. *An Ambulance of the Wrong Colour: health professionals, Human Rights and Ethics in South Africa*. Cape Town: University of Cape Town Press, 1999. Voir aussi le Final Report of the Truth and Reconciliation Commission of South Africa, Volume 5. Health sector hearings. Cape Town: TRC, 1998.

²¹ On parle de fidélité partagée lorsqu'une personne est confrontée à des obligations, souvent antinomiques, simultanément envers deux parties. Dans le contexte médical, ces deux parties sont souvent le malade et un tiers comme l'employeur ou le gouvernement. Physicians for Human Rights, University of Cape Town. *Dual Loyalty & Human Rights in Health Professional Practice: Proposed Guidelines & Institutional Mechanisms*. Boston: Physicians for Human Rights, 2002. Sur le site: http://www.phrusa.org/healthrights/dual_loyalty.html. Consulté le 15 mai 2006.

²² Deux caractéristiques importantes d'une telle profession sont que "la pratique d'une profession exige des connaissances et une formation particulières", et que "d'autres personnes sont rendues particulièrement vulnérables ou dépendantes dans la relation avec la pratique du professionnel". Voir : Fullinwider RK. Professional codes and moral understanding. Dans: Coady M, Bloch S (eds.) *Codes of Ethics and the Professions*. Melbourne: Melbourne University Press, pp. 72-87 [citations p.73]

²³ Voir annexe 2.

²⁴ Tschudin V. *Nurses Matter: Reclaiming Our Professional Identity*. Palgrave Macmillan, 1999.

dans le Code du travail des mesures concernant cette discrimination²⁵. Ceci est une préoccupation pour le personnel infirmier, mais en dehors du salaire, des questions telles que les relations avec d'autres soignants, l'attribution des tâches, les horaires de travail, les autorisations de congés (en particulier les obligations parentales), les possibilités de formation et de promotion, et la sécurité personnelle sont généralement en partie conditionnées par le sexe²⁶. Cela signifie que pour renforcer le rôle professionnel du personnel infirmier il faut s'attaquer à la fois aux questions professionnelles et à celles liées au genre²⁷.

2.1 Personnel infirmier et déontologie professionnelle

La déontologie de la profession d'infirmier/ère a fait l'objet de nombreuses études et publications²⁸ et a également été intégrée dans des codes et déclarations adoptés par des organisations nationales et internationales de spécialistes des soins infirmiers²⁹. Comme la profession d'infirmier/ère devient plus complexe, cela se reflète dans la profondeur du cadre éthique. Du point de vue des droits humains, trois éléments de la déontologie du personnel infirmier sont d'une haute priorité : l'engagement à prendre soin du patient et à respecter sa dignité ; le fait d'éviter de faire du mal ; et l'engagement à la non discrimination. Le Conseil international des infirmières (CII) et de nombreux organismes nationaux inscrivent ces impératifs dans leurs Codes de déontologie et orientations politiques, comme précisé ci-dessous.

²⁵ Voir par exemple, United Kingdom Department of Trade and Industry. Women and Equality Unit. *Women and men in the workplace, January 2005* Sur le site: <http://www.womenandequalityunit.gov.uk/research/index.htm> Consulté le 13 mai 2005

²⁶ Whittock M, Edwards C, McLaren S, Robinson O. 'The tender trap': gender, part-time nursing and the effects of 'family-friendly' policies on career advancement. *Sociology of Health & Illness* 2002; 24: 305. Voir également ci-dessous, p.14: 'Violence against nurses and midwives in the workplace'.

²⁷ Davies C. *Gender and the Professional Predicament in Nursing*. Maidenhead: Open University Press, 1995.

²⁸ Voir par exemple, Bandman E, Bandman B. *Nursing Ethics Through the Life Span*, 4ème édition. Prentice Hall, 2002; Benjamin M, Curtis J. *Ethics in Nursing*. Oxford University Press, 1995; Jameton A. *Nursing Practice: The Ethical Issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984; Rumbold G. *Ethics in Nursing Practice*. Bailliere Tindall 1999; Thompson IE, Melia KM., Boyd KM. *Nursing Ethics*. Churchill Livingstone, 2000; Tschudin V. *Ethics in Nursing: The Caring Relationship*. Butterworth Heinemann, 2003.

²⁹ En dehors des codes internationaux du CII et de l'ICM, il existe des codes nationaux tels que ceux des organismes de personnel infirmier australiens (sur le site: <http://anf.org.au>. Voir 'Policies'); Canada (sur le site: http://cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS71_Code_ethics_RN_June_2004_e.pdf); USA (sur le site: http://www.ana.org/ethics/code/protected_nwcoe303.htm); Maldives sur le site: <http://www.maldivesnursingcouncil.gov.mv/codeof.html>) et des organismes provinciaux tels que l'Ordre des personnel infirmier et infirmiers du Québec (sur le site: http://www.oiiq.org/infirmieres/lois_reglements_pdf/deontologie.pdf). Aux Philippines une loi a été votée en 2002 pour officialiser divers aspects de la réglementation de la profession infirmière. Loi de la République No. 9173 du 21 Octobre 2002 sur le site: http://www.lawphil.net/statutes/repacts/ra2002/ra_9173_2002.html. Consulté 13 octobre 2005. Pour la législation sud-africaine réglementant la profession infirmière (Nursing Act, 1978, après amendement) voir: <http://www.sanc.co.za/pdf/Nursing%20Act%2013.1.pdf>. Au moment où nous rédigeons, un nouveau projet de loi réglementant la profession infirmière (B26-2005 est en cours de discussion. Voir: Nursing Bill. *Government Gazette* No. 27904, 12 Août 2005. Sur le site: <http://www.polity.org.za/pdf/NursingBill26.pdf>. Voir les commentaires sur ce nouveau projet de loi par l'Organisation démocratique des Personnel infirmier d'Afrique du sud (DENOSA) sur http://www.denosa.org.za/index.php?option=com_content&task=view&id=56&Itemid=2 (consulté le 20 février 2006) et par le Projet Loi et SIDA sur le site de cette organisation: <http://www.alp.org.za/> (consulté le 14 Octobre 2005).

2.1.1 Le devoir de soigner

« La responsabilité professionnelle primordiale du personnel infirmier concerne les personnes qui ont besoin de soins infirmiers ».

Les soins infirmiers sont par tradition une profession soignante qui met au cœur de sa fonction les soins au patient. Comme le stipule le Code de déontologie du personnel infirmier du CII, « la responsabilité professionnelle primordiale d'un membre du personnel infirmier est envers les personnes qui ont besoin de soins infirmiers »³⁰. Il est significatif qu'une étude sur la formation du personnel infirmier réalisée en Australie ait eu pour sous-titre « Notre devoir de soins »³¹.

Enfreindre ce devoir de soins, ce qui peut constituer une faute professionnelle, peut également avoir des conséquences judiciaires, et ceci prend une incidence de plus en plus sérieuse sur les travailleurs de la santé et la façon dont ils pratiquent leur métier dans le contexte de la mentalité de plus en plus procédurière qui existe dans de nombreux pays.

2.1.2 Le consentement

Le principe d'un consentement libre et informé est une valeur centrale dans les professions de santé. Il ne s'agit pas seulement de « donner son autorisation » mais plutôt d'un processus de prise de décision qui est conditionné par le contexte. Cela a été affirmé par le Code de Nuremberg³² comme essentiel pour la déontologie des soins de santé et le personnel infirmier, qui est en première ligne des soins, joue un rôle-clé pour faire en sorte que « l'individu reçoive une information suffisante sur laquelle fonder son consentement aux soins et aux traitements associés. »³³ Comme l'a montré une enquête publique réalisée au Royaume-Uni sur la chirurgie cardiaque pédiatrique :

Le processus d'information du patient et l'obtention du consentement pour un type de traitement doivent être considérés comme un processus et non comme un événement ponctuel qui consisterait à obtenir la signature d'un patient sur un formulaire. Le processus de consentement doit s'appliquer non seulement aux actes chirurgicaux mais à toute procédure et examen clinique impliquant une forme quelconque de contact. Ceci ne doit pas signifier plus de formulaires mais plus de communication.³⁴

Du fait que le consentement éclairé exige que le patient ait accès à l'information, le droit à l'information devient un facteur important dans ce processus³⁵.

Il est d'importance critique que le consentement du patient soit protégé comme étant une condition intangible des soins infirmiers et des autres professions soignantes et il doit être

³⁰ Conseil International des Infirmières. *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Adopté en 1953, Révisé en 2000. Sur le site: <http://www.icn.ch/icncodef.pdf>. Consulté: 19 mai 2005.

³¹ Ministère australien de l'Éducation, de la science et de la technologie. *National Review of Nursing Education 2002: Our Duty of Care*. Canberra, 2002. Sur le site: http://www.dest.gov.au/archive/highered/nursing/pubs/duty_of_care/default.html. (Consulté le 29 mai 2005)

³² Voir exposé dans Annas and Grodin, note 8 ci-dessus.

³³ Conseil International des Infirmières. *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Adopté en 1953, Révisé en 2000. Sur le site: <http://www.icn.ch/icncode.pdf>. Consulté: 7 Octobre 2005.

³⁴ Rapport de l'enquête publique sur la chirurgie cardiaque pédiatrique à l'Hôpital Royal de Bristol 1984-1995: *Learning from Bristol*. (Cm 5207). The Stationery Office. Juillet 2001. Recommandations 24 and 25, p. 440. Sur le site: <http://www.bristol-inquiry.org.uk/>

³⁵ Coliver S. The right to information necessary for reproductive health and choice under international law. Dans: Coliver S (ed). *The Right to Know: Human Rights and Access to Reproductive Health Information*. University of Pennsylvania Press, 1995.

recherché avant d'entreprendre toute action de soins. Lorsque les patients sont incompetents, c'est-à-dire empêchés de prendre des décisions éclairées par des difficultés de compréhension, une grave maladie mentale, leur jeune âge où leur état inconscient, le personnel infirmier doit agir en consultation avec la famille, les tuteurs ou autres parents, avec d'autres cliniciens, et dans le plus grand intérêt des patients.

2.1.3 Confidentialité

« *Le personnel infirmier détient confidentiellement des informations personnelles et fait preuve de jugement dans le partage de ces informations* »³⁶.

Le caractère confidentiel des informations concernant le patient est essentiel pour maintenir un lien de confiance entre le patient et le professionnel de la santé et pour protéger les droits humains du patient. Une atteinte à ce caractère confidentiel pourrait porter tort aux intérêts du patient ainsi qu'à la relation thérapeutique. Dans certains cas cela pourrait mettre le patient en danger³⁷. Cependant, il n'existe aucune norme légale uniformément reconnue sur la protection de la confidentialité dans des cas précis. En Europe, le personnel infirmier devrait avoir conscience de l'importance que la jurisprudence européenne relative aux droits humains attache au caractère confidentiel de la relation entre le patient/client et le soignant³⁸, confidentialité dont on ne peut faire abstraction que dans des circonstances précises, c'est-à-dire « en accord avec la loi et selon les besoins d'une société démocratique »³⁹.

Dans certains contextes sociétaux, le respect de la vie privée est considéré comme un important corollaire à la confidentialité ; dans d'autres il n'a pas autant de poids. L'atteinte à la vie privée d'une personne constitue une attaque contre sa dignité et pourrait enfreindre la Convention européenne des droits de l'Homme. Certains commentateurs soutiennent que le respect de la vie privée peut promouvoir la dignité⁴⁰ et on a suggéré que le personnel infirmier peut par inadvertance violer la dignité des patients en ne respectant pas leur intimité⁴¹.

³⁶ Code du CII (voir ci-dessus note 33)

³⁷ La question de la confidentialité et de la prévention du mal était au cœur d'un débat sur l'obligation de signaler les violences domestiques, dans lequel les deux exigences opposées sont le droit des femmes à la confidentialité et la nécessité de dénoncer et de faire cesser les violences faites aux femmes. Voir exposé ci-dessous, p.30.

³⁸ Ceci est évident dans le jugement concernant *Z v Finland* 1998 (25 *European Human Rights Review* 37), dans lequel la Cour européenne a conclu que "la révélation de l'identité du requérant et de son état de santé par la Cour d'Appel d'Helsinki enfreignait l'Article 8" de la Convention européenne protégeant 'la vie privée et la famille'. Dans son arrêt, la Cour statuait qu'elle "prendra en compte le fait que la protection des données personnelles, et surtout médicales, est d'une importance fondamentale pour qu'une personne jouisse de son droit au respect de la vie privée et de la famille, garanti par l'Article 8 de la Convention. Le respect de la confidentialité des données médicales est un principe vital dans la législation de toutes les parties contractantes de la Convention. Il est d'importance cruciale, non seulement de respecter l'intimité d'un patient, mais aussi de préserver sa confiance en la profession médicale et dans les services de santé en général. Faute de cette protection, ceux qui ont besoin d'une assistance médicale peuvent être dissuadés, en révélant ces informations de nature personnelle et intime qui peuvent être nécessaires pour recevoir un traitement approprié, de demander cette assistance et de mettre ainsi en danger leur propre santé mais aussi, dans le cas des maladies infectieuses, celle de la population... La législation nationale doit donc prévoir des garanties appropriées pour qu'il ne puisse y avoir de communication ou de révélation des données personnelles de santé qui ne seraient pas compatibles avec l'Article 8 de la Convention." [Jugement, para. 95]

³⁹ Convention européenne des Droits de l'Homme, Art 8.2. Sur le site: <http://www.echr.coe.int/echr>. Consulté le 9 mai 2006.

⁴⁰ Woogara, J. Human rights and patients' privacy in UK hospitals. *Nursing Ethics* 2001; 8 (3): 234-46.

⁴¹ Ibid.

2.1.4 La dignité des patients

« *Le respect des droits humains est inhérent à la profession d'infirmier/ère, et notamment le droit à la vie, à la dignité et à être traité avec respect* »⁴².

La dignité est définie par le dictionnaire (*Oxford English Dictionary*) comme l'état ou la qualité d'être «digne de respect». C'est dans ce sens que la Constitution sud-africaine (Titre 10) stipule ceci : « La dignité est inhérente à toute personne, qui a le droit de voir cette dignité respectée et protégée. »⁴³

C'est une notion importante pour les professions de soignants dans lesquelles le respect de la dignité humaine de tous les patients sans aucune discrimination est une valeur centrale. On peut dire qu'un traitement digne consiste essentiellement à prendre soin des patients en tant que personnes humaines et non en tant qu'objets. Le maintien de la dignité du patient peut être considéré comme une affirmation des droits humains pour cette raison⁴⁴.

La relation entre personnel infirmier et malades est au centre d'une pratique des soins digne et se fonde sur la responsabilité du personnel infirmier de donner des soins compétents et responsables suivant les besoins du patient, en particulier si celui-ci est incapable de prendre soin de lui-même. Le rôle de soignants des personnels infirmiers et des sages-femmes suppose une utilisation appropriée du toucher et des actes posés au sein de l'espace intime du patient, quelquefois à de nombreuses reprises et sur une longue période. Il n'est donc pas surprenant que la dignité du patient soit généralement admise comme étant l'une des premières priorités dans l'exercice des soins infirmiers. Une étude au cours de laquelle ont été interviewés des membres du personnel infirmier et des malades sur la question de leurs critères en matière de soins dignes a conclu que les uns comme les autres attachaient de la valeur au respect, à l'intimité et à la maîtrise⁴⁵. Cependant, le personnel infirmier considérait que le temps et la persuasion étaient aussi des éléments importants pour le respect de la dignité des patients, alors que les patients plaçaient en premier l'humour et le sens pratique⁴⁶. Le personnel infirmier semblait donc avoir une notion plus large de ce que sont des soins quotidiens dignes, tandis que les malades attachaient de l'importance à des facteurs plus relationnels.

⁴² Conseil International des infirmières. *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Adopté en 1953, Révisé en 2000. Sur le site: <http://www.icn.ch/icncode.pdf>. Consulté: 19 mai 2005. L'importance du respect de la dignité humaine est souligné par la DUDH dans son article 1, qui stipule que « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits » et par les Conventions de Genève qui interdisent « les outrages à la dignité des personnes, en particulier les humiliations et les traitements dégradants ». (Convention de Genève 1, 3.1c.) D'autres instruments des droits humains et du droit humanitaire mettent l'accent sur le respect de la dignité humaine.

⁴³ La Constitution sud-africaine figure sur le site: <http://www.polity.org.za/html/govdocs/constitution/saconst.html>. Accessed 12 May 2006. Les décisions de la Cour Constitutionnelle d'Afrique du sud soulignent cette disposition de la Constitution. Par exemple dans l'affaire *National Coalition for Gay and Lesbian Equality and another v Minister of Justice and others* (CCT 11/98, jugement du 9 Octobre 1998) Le juge Sachs a rappelé la jurisprudence de la Cour sur le caractère central de la dignité et de l'estime de soi pour la notion d'égalité. Voir le jugement sur cette affaire sur: <http://www.constitutionalcourt.org.za/Archimages/2076.PDF>. Consulté le 12 mai 2006.

⁴⁴ «La dignité» peut également être interprétée d'une manière qui *sape* les droits humains, comme par exemple quand on l'assimile à l'accomplissement des attentes d'une femme concernant sa sexualité et son genre et au respect de 'l'honneur' de la famille. Cette conception conservatrice de la «dignité» n'est pas reflétée par la déontologie du personnel infirmier ni d'autres professions.

⁴⁵ Walsh K, Kowanko I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice* 2002;8:3 143-51.

⁴⁶ Ibid.

2.1.5 Les informations d'ordre génétique

Un point sur lequel les préoccupations du personnel infirmier évoluent, en particulier dans les pays développés, est celui du consentement, de la confidentialité et de l'information génétique. L'importance de ce sujet est reflétée par l'adoption, lors de la Conférence générale de l'UNESCO en 1997, d'une Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'Homme. Celle-ci a été approuvée l'année suivante par l'Assemblée générale des Nations unies. Cette Déclaration établit clairement que «le consentement libre et éclairé de la personne concernée devra être obtenu» avant que ne soient entrepris recherche, traitement ou diagnostic affectant l'identité génétique (génome) d'un individu. Elle spécifie également que «le droit de chaque personne de décider si elle veut ou non être informée des résultats de l'examen génétique et des conséquences qui en résultent doit être respecté»⁴⁷.

Le personnel infirmier joue ou jouera sans doute un rôle important dans l'application des outils de la génétique humaine au niveau de la population, notamment sur des questions telles que la pratique de la sexualité ou d'autres aspects génétiques pouvant entraîner une interruption de grossesse, et certaines d'entre elles ont souligné la nécessité d'une déclaration du personnel infirmier sur la question de la génétique, des droits humains et des politiques publiques⁴⁸. Ceci pourrait devenir de plus en plus important du fait que le personnel infirmier est investi de la responsabilité de l'évaluation génétique et du conseil. Ce défi a partiellement été relevé par le personnel infirmier qui travaille dans le domaine de la génétique. L'Association internationale du personnel infirmier en génétique (ISONG, International Society of Nurses in Genetics) a adopté un certain nombre de déclarations précisant sa position sur des questions telles que les conseils d'ordre génétique aux populations vulnérables, le caractère privé et la confidentialité des informations génétiques, et le rôle de du personnel infirmier⁴⁹.

2.2 Etablissement d'une politique de santé

Le personnel infirmier et les sages-femmes ont beaucoup à apporter à la mise au point et à l'application d'une politique de santé. C'est vrai aux niveaux local, national et international. Il a été dit que le personnel infirmier et les sages-femmes sont sous-représentés au sein de l'Organisation mondiale de la santé⁵⁰. Cette organisation reconnaît que le point de vue des personnels infirmiers lui fait défaut. L'une des recommandations d'un récent document de stratégie est celle-ci : «des mécanismes [seront] créés ou renforcés pour faire en sorte que l'expertise du personnel infirmier et des sages-femmes soit intégrée à l'élaboration des politiques et programmes de santé à tous niveaux, notamment à ceux de l'OMS.»⁵¹ (Voir aussi l'encadré ci-dessous)

⁴⁷ UNESCO. *Déclaration Universelle sur le Génome Humain et les Droits de l'Homme*. Adoptée le 11 novembre 1997. Sur le site: http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=13177&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html. L'UNESCO a adopté par la suite une *Déclaration Internationale sur les Données Génétiques Humaines* (2003). On peut la trouver sur le site Internet de l'UNESCO : http://portal.unesco.org/shs/en/ev.php-URL_ID=3479&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

⁴⁸ Anderson G, Rorty MV. Key points for developing an international declaration on nursing, human rights, human genetics and public health policy. *Nursing Ethics* 2001; 8:259-71.

⁴⁹ Ces documents et d'autres prises de position sont consultables sur le site de l'ISONG : http://www.isong.org/about/position_statements/index.html. Consulté le 13 Octobre 2005.

⁵⁰ Oulton J. Inside view. *International Nursing Review* 2002, pp. 207-8. «Nous savons tout ce qui reste à faire comme travail pour satisfaire les besoins sanitaires de la population mondiale, et nous connaissons la formidable contribution qui peut venir du personnel infirmier et des sages-femmes. Pour que cela se produise, il nous faut une forte présence des personnel infirmier/sages-femmes au siège de l'OMS et dans ses instances régionales. C'est pourquoi les instances dirigeantes du personnel infirmier et des sages-femmes partagent la même préoccupation: l'OMS doit employer un nombre suffisant d'infirmiers et de sages-femmes qualifiés; ce n'est pas le cas actuellement ...»

⁵¹ OMS. *Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services 2002-2008*. Genève: OMS, 2002. Sur le site: <http://www.who.int/health-services-delivery/nursing/>

Organisation mondiale de la santé : stratégie 2002-2008 concernant les actions du personnel infirmier et des sages-femmes

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et ses partenaires engagés dans ce projet concernant le personnel infirmier et les sages-femmes ont identifié cinq domaines essentiels pour les résultats, chacun avec des objectifs et des résultats attendus spécifiques, qui sont cruciaux pour le renforcement des services du personnel infirmier et des sages-femmes.

1 : Planification en matière de santé, défense de la cause et engagement politique

Le développement et les plans de santé au niveau national permettent l'offre d'une expertise et de services adéquats par les personnel infirmier et sages-femmes.

2 : Gestion du personnel de santé pour les services du personnel infirmier et des sages-femmes

Des politiques d'emploi au niveau national sont mises en œuvre pour le corps du personnel infirmier et des sages-femmes en tenant compte de leur sexe, et en s'appuyant sur des conditions de travail et des milieux sains et sûrs, avec une rétribution équitable et la reconnaissance des compétences dans le cadre d'une structure transparente pour le déroulement des carrières.

3 : Amélioration de la pratique et du système de santé

L'expertise du personnel infirmier et des sages-femmes est pleinement intégrée dans les processus de prise de décision à tous les niveaux, et les systèmes de santé s'appuient sur les meilleures pratiques disponibles pour les soins aux personnes, familles et groupes humains.

4 : Formation du personnel de santé pour les services de personnel infirmier et sages-femmes

Des personnels compétents avec des qualifications multiples appropriées sont formés pour répondre efficacement aux défis actuels et futurs de la profession.

5 : Administration et gouvernance

L'administration et la gouvernance des services de personnel infirmier et de sages-femmes regroupent le gouvernement, la société civile et les organisations professionnelles pour garantir la qualité des soins⁵².

3. Violences à l'encontre du personnel soignant

Ce chapitre examine l'expérience du personnel infirmier dans un contexte de violences sur le terrain. Un élément essentiel des principes humanitaires est qu'il faut respecter le rôle neutre et indépendant des professionnels de santé dans les situations de conflit. On abordera aussi la question des violences contre le personnel de santé sur le lieu de travail sous l'angle spécifique des droits humains.

3.1 Le personnel soignant dans les situations de conflit

Dans les zones de conflit il existe un risque permanent de violences pour les infirmiers et infirmières. En tant que membre des services de santé militaire, ces derniers peuvent être amenés à travailler dans des cadres tels que les hôpitaux de campagne ou infirmeries mobiles, quelquefois proches du lieu des combats, et ils risquent parfois d'essuyer des coups de feu⁵³. Les personnels infirmiers dont la tâche consiste à dispenser des soins quotidiens aux civils dans les zones de conflit risquent également des attaques des forces de sécurité paramilitaires ainsi que des forces armées⁵⁴. Les hôpitaux et cliniques peuvent accidentellement être touchés par des attaques militaires et être aussi délibérément pris pour cibles en violation des lois sur les conflits armés. Dans certains cas, les

⁵² Ibid

⁵³ Fry ST, Harvey RM, Hurley AC, Foley BJ. Development of a model of moral distress in military nursing. *Nursing Ethics* 2002; 9:373-87.

⁵⁴ Voir Amnesty International. *Harming the Healers*. Londres: ACT 75/002/2000. Sur le site: <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGACT770022000>.

soins à prodiguer aux civils amènent le personnel soignant directement dans la ligne de tir (voir encadrés).

Soudan : un infirmier et un ambulancier du Croissant Rouge abattus

Le Comité international de la Croix rouge (CICR) a signalé que le 1er mai 2005 deux membres du Croissant rouge soudanais ont été abattus par des individus non identifiés qui ont tiré sur leur ambulance dans un secteur à l'est de Khartoum. Faki Mohammed Nour, le chauffeur du véhicule, et Hassan Mohammed Ali, un infirmier, seraient morts sur le coup de leurs blessures. Mahmoud Adam Idris, aide-soignant du Croissant rouge qui les accompagnait a été blessé et conduit dans un hôpital voisin. Le malade qui faisait l'objet du transport a disparu et on pense qu'il a été enlevé⁵⁵.

En Tchétchénie, les personnels soignants ont été victimes de mauvais traitements tout comme d'autres membres de la population. Une infirmière du village de Shali, au sud-est de la capitale Grozny, a raconté ce qu'il lui était arrivé dans une requête adressée à la Cour européenne des droits de l'homme. Le 8 février 2000, les forces russes l'ont transférée, avec les autres membres du personnel médical, au centre de détention de Tchernokozovo après avoir détenu leur groupe pendant six jours dans un grand trou creusé dans le sol de Tolstoï Yourte. Selon les déclarations de cette infirmière, les soldats l'ont séparée, avec quatre autres d'entre elles, des infirmiers prisonniers, les ont déshabillées complètement et forcées à danser devant les soldats⁵⁶. Pareil traitement constitue non seulement une atteinte aux normes relatives aux droits humains qui interdisent la torture ou les autres traitements cruels, inhumains ou dégradants, il contrevient également aux normes du droit humanitaire international qui interdisent « les outrages à la dignité de la personne, en particulier les traitements humiliants et dégradants... et toutes formes d'atteinte à la pudeur »⁵⁷; il enfreint également le droit humanitaire qui exige que le personnel de santé identifiable, dans l'exercice de ses fonctions, soit « respecté et protégé »⁵⁸.

Territoires Occupés par Israël : une infirmière en uniforme abattue pendant qu'elle soignait un civil blessé

Farwa Jammal, infirmière âgée de 27 ans de Tulkarem, rendait visite à sa sœur au camp de réfugiés de Jénine à l'époque des incursions israéliennes de 2002. Dans la soirée du 2 avril, inquiète de la possibilité d'une attaque des forces de défense israéliennes (IDF) sur Jénine, Farwa et sa sœur, Rufaida Jammal, se sont rendues à l'hôpital principal pour s'approvisionner en nécessaires de première urgence et « être prêtes pour [aider] toute personne qui en aurait besoin », selon Rufaida. Farwa et Rufaida Jammal ont été réveillées de bonne heure le matin du 3 avril par de fortes explosions et par les cris de Hani Abu Rumaila, un homme qui avait été gravement blessé. Vêtue de son uniforme blanc d'infirmière, marqué du symbole du Croissant rouge, Farwa Jammal a quitté la maison avec sa sœur Rufaida pour prodiguer les soins de première urgence. Selon Rufaida, elles ont rencontré un petit groupe de jeunes Palestiniens sans armes qui essayaient également de porter assistance au blessé devant chez eux. Elles s'étaient arrêtées pour discuter de la meilleure façon de s'y prendre quand des soldats de l'IDF ont ouvert le feu sur le groupe, tuant Farwa et blessant Rufaida. Rufaida Jammal a déclaré : « Avant que j'aie fini de parler avec ces hommes, les Israéliens ont commencé à tirer. J'ai été touchée par une balle en haut de la cuisse. Je suis tombée et je me suis cassé le genou. Ma sœur a essayé de venir m'aider. C'est alors qu'elle a reçu une balle dans le ventre. »⁵⁹

⁵⁵ CICR Soudan: Two Red Crescent staff members killed. Communiqué de presse, 4 mai 2005. Voir:

<http://www.icrc.org/Web/Eng/siteeng0.nsf/html/6C3LJQ>. Consulté le 9 mai 2006. (PAGE INACCESSIBLE)

⁵⁶ Human Rights Watch. Russian Federation. Serious Violations of Women's Human Rights in Chechnya. [A Submission] To Members of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women. New York: HRW, janvier 2002. Sur le site: http://www.hrw.org/backgrounder/eca/chechnya_women.htm. Consulté le 17 janvier 2006.

⁵⁷ Protocole Additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949, et concernant la protection des victimes des conflits armés non internationaux (Protocole II), article 4 (2e). Sur le site: <http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/94.htm>. Consulté le 9 mai 2006.

⁵⁸ *Ibid.* article 9(1).

⁵⁹ Human Rights Watch. Jenin: *IDF Operations*. New York, mai 2002, p.14.

3.2 Violences à l'encontre du personnel soignant sur le lieu de travail

Paradoxalement, les soignants qui prodiguent des soins rencontrent souvent la violence au travail. Selon les preuves existantes, un quart des violences intervenant sur le lieu de travail touchent des personnes qui travaillent dans le secteur des soins de santé⁶⁰, et le CII considère que les infirmiers et infirmières risquent plus de subir des attaques au travail que les gardiens de prison et les policiers⁶¹. Parmi ces personnels, on considère que les infirmiers et infirmières courent les plus grands risques, et particulièrement ces dernières⁶². On trouve de nombreux éléments de preuve de violences et de facteurs aggravants dans les publications professionnelles⁶³.

Selon une étude faite au Royaume-Uni, 97% des soignants interrogés ont déclaré connaître un(e) infirmier/ère qui avait été agressé(e) au cours de l'année précédente⁶⁴. En 2005, un sondage a montré qu'un quart des personnels infirmiers appartenant au Service de sécurité sociale du Royaume-Uni (NHS, National Health Service) avait envisagé de démissionner de son poste suite à des agressions des patients : on leur a notamment donné des coups de poing, des coups de pied et tiré les cheveux⁶⁵. Des chiffres publiés en octobre 2005 indiquaient qu'il y avait eu plus de 43.000 cas d'agressions physiques contre des membres du personnel du NHS travaillant dans des établissements psychiatriques ou pour handicapés mentaux de toute l'Angleterre en 2004/05⁶⁶. Selon une recherche menée au Canada, près de la moitié (46 %) des personnels infirmiers interrogés avaient rencontré une ou plusieurs formes de violence au cours de leurs cinq dernières périodes de travail. Soixante-dix pour cent de ceux qui avaient connu la violence ne l'avaient pas signalé⁶⁷.

Selon une étude menée au Koweït⁶⁸, près de la moitié des infirmiers/infirmières avait rencontré la violence verbale et 7 % la violence physique. Ces atteintes venaient pour la plupart des patients, et la majorité des membres du personnel considérait qu'il fallait s'attendre à rencontrer la violence dans une carrière d'infirmier.

Dans le monde entier, les associations professionnelles et les syndicats du personnel soignant demandent une politique de « tolérance zéro » concernant la violence sur le lieu de travail⁶⁹, et soulignent la nécessité de s'attaquer aux facteurs qui y contribuent, tels que « le travail

⁶⁰ Voir : OIT. Un programme commun lance une nouvelle initiative contre la violence sur le lieu de travail dans le secteur de la santé. Communiqué de presse, ILO/02/49, 24 octobre 2002. Voir aussi : Cooper CL, Swanson N. *Workplace violence in the health sector. State of the Art*. Genève: OIT, OMS, ICN, PSI, 2002; et di Martino V. *Country case studies: Synthesis report*. Genève: OIT, OMS, CII, PSI, 2002.

⁶¹ Conseil international des infirmières. Fiches d'information relatives aux questions infirmières: Violence: épidémie planétaire. Sur le site: http://www.icn.ch/matters_violencef.htm.

⁶² Conseil international des infirmières *Ibid*.

⁶³ Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing* 2004; 12: 67-73; Henderson AD. Nurses and workplace violence: nurses' experiences of verbal and physical abuse at work. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 2003; 16(4):82-98; Gerberich SG, Church TR, McGovern PM et al. Risk factors for work-related assaults on nurses. *Epidemiology* 2005; 16(5):704-9. McPhaul K, Lipscomb J. Workplace violence in health care: recognized but not regulated. *Online Journal of Issues in Nursing*. 30 septembre 2004 9(3), Manuscrit 6. Sur le site: www.nursingworld.org/ojin/topic25/tpc25_6.htm. Consulté le 15 février 2006.

⁶⁴ Conseil international des infirmières. Voir note 62 ci-dessus.

⁶⁵ 'Quarter of nurses consider quitting over attacks by patients'. *Guardian*, 3 Octobre 2005. Sur le site: <http://society.guardian.co.uk/health/news/0,8363,1583863,00.html>.

⁶⁶ Communiqué de presse du NHS. New Measures to Tackle Violence against Staff in Mental Health and Learning Disability Services. 19 octobre 2005. A training syllabus to tackle violence against frontline staff was also announced. Service de gestion de la sécurité du NHS. Sur le site: <http://www.cfsms.nhs.uk/pub/cfsms/newsreleases.html>.

⁶⁷ Duncan SM, Hyndman K, Estabrooks CA et al. Nurses experiences of violence in Alberta and British Columbian hospitals. *Canadian Journal of Nursing Research* 2001; 32 (4):57-78.

⁶⁸ Adib S, Al-Shatti A, Kamal S, et al. Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. *International Journal of Nursing Studies* 2002; 39: 469-78

⁶⁹ Voir par exemple, Queensland Nurses' Union. *Zero Tolerance to Violence*. 2001. Sur le site: http://www.qnu.org.au/about_qnu/occupational_health_and_safety/zero_tolerance_to_violence. Consulté le 13 mai

en solitaire, l'insuffisance du personnel, le manque de formation, l'insuffisance des relations dans le milieu de travail, ainsi que le fait d'avoir affaire à des malades et à d'autres personnes sous l'influence de l'alcool ou de drogues et à des gens qui sont stressés, frustrés ou [chagrinés] »⁷⁰. Les employeurs devraient avoir l'obligation de veiller à la prévention des violences et à la sécurité du milieu de travail, par exemple de contrôler et garantir la sécurité du personnel pendant les horaires de visite des familles et les gardes de nuit.

L'une des formes de violence sur le lieu de travail, le harcèlement sexuel, est très courante; elle a fait l'objet d'études détaillées et de signalements dans une grande diversité de lieux⁷¹. De nombreuses organisations du personnel ainsi que des gouvernements ont adopté des politiques concernant ce problème persistant⁷². Le Conseil international des infirmières demande aux gouvernements d'adopter « des politiques de tolérance zéro » pour combattre les cas de violence et de harcèlement sexuel. Cette dernière atteinte, en particulier, peut faire l'objet d'actions de promotion de la dignité et des droits des infirmières et sages-femmes, et bénéficier du rejet d'une culture dans laquelle les personnels de santé s'accusent eux-mêmes d'avoir provoqué ces atteintes⁷³.

Plus généralement, les organisations internationales de la santé et du travail déclarent que, pour combattre la violence sur le lieu de travail, les fournisseurs de services devraient donner priorité à « l'établissement d'une culture qui place la personne au centre de son lieu de travail, et qui se fonde sur la sécurité et la dignité, l'absence de discrimination, la tolérance, l'égalité des chances et la coopération »⁷⁴. Les directives établies par l'Organisation internationale du travail, le Conseil international des infirmières, l'Organisation mondiale de la santé, et les Services publics internationaux recommandent aux organisations de lancer des projets et des réformes, d'agir pour améliorer le milieu de travail, et d'intervenir pour renforcer la capacité des individus à participer à la prévention des violences sur le lieu de travail⁷⁵. De telles mesures permettraient de promouvoir et de protéger les droits humains des personnels soignants sur le lieu de travail.

4. Atteintes à l'intégrité physique et mentale et droits humains

Ce chapitre présente l'ensemble des atteintes aux droits humains que certains membres du personnel soignant risquent de connaître dans le cadre de leur travail et souligne les normes et principes qui devraient guider leurs réactions.

2005; BBC. Nurses want 'zero tolerance' on violence. BBC news online, 9 mars 1999. Sur le site: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/292454.stm>. Consulté le 13 mai 2005.

⁷⁰ Conseil international des infirmières. Voir note 62 ci-dessus.

⁷¹ Bronner G, Peretz C, Ehrenfeld M. Sexual harassment of nurses and nursing students. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 42:637-44; Celik SS, Bayraktar N. A study of nursing student abuse in Turkey. *Journal of Nursing Education* 2004;43:330-6; Valente SM, Bullough V. Sexual harassment of nurses in the workplace. *Journal of Nursing Care Quality*. 2004; 19:234-41; Ramanathan M, Sarma PS, Sukanya R, Viswan SP. Sexual harassment in the work place: lessons from a web-based survey. *Indian Journal of Medical Ethics* 2005; 1147-50.

⁷² Voir par exemple: *Prise de position du CII: Abus et violence à l'encontre du personnel infirmier*. Sur le site: <http://www.icn.ch/psviolence00f.htm>; New York State Nurses Association. Nursing Advocacy and Information: *Position statements. Sexual Harassment in the Workplace*. Sur le site: <http://www.nysna.org/programs/nai/practice/positions/position35.htm>.

⁷³ *Prise de position du CII: Abus et violence à l'encontre du personnel infirmier*. Sur le site: <http://www.icn.ch/psviolence00f.htm>. Consulté le 4 octobre 2005.

⁷⁴ OIT, CII, OMS, PSI. *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. Genève, 2002., p.17. Sur le site: <http://www.icn.ch/proof3b.screen.pdf>. Consulté le 14 mai 2006.

⁷⁵ Ibid.

4.1 La torture et les autres traitements ou châtiments cruels, inhumains ou dégradants

La torture et les autres traitements cruels, inhumains ou dégradants (mauvais traitements) sont depuis longtemps des sujets de préoccupation d'Amnesty International⁷⁶. Depuis le début de sa première campagne contre la torture au commencement des années 1970, l'Organisation n'ignore pas le rôle joué par les professionnels de santé dans la préparation, la surveillance et le suivi de la torture et des mauvais traitements. Des informations concernant la participation des professions médicales à la torture au cours des années 70 ont suscité des déclarations contre un comportement si contraire à la déontologie, qui ont été adoptées par des médecins, des psychiatres et des infirmiers/ères⁷⁷. Cependant, on a continué à signaler la participation de professionnels de la santé⁷⁸.

La torture et les mauvais traitements sont expressément interdits par le droit international relatif aux droits humains et le droit humanitaire international. Cette interdiction absolue constitue une norme du droit coutumier international qui a une force obligatoire pour tous les États. Les actes individuels de torture ou de mauvais traitements sont proscrits par la législation internationale ; dans certaines circonstances précises ils constituent des crimes contre l'humanité ou des actes de génocide. Les actes de torture ou de mauvais traitements sont également expressément interdits par de nombreuses lois et constitutions nationales.

La Convention contre la torture et les autres traitements ou châtiments cruels, inhumains ou dégradants (ci-après désignée sous le nom de Convention de l'ONU contre la torture) fait explicitement obligation aux États parties de punir les actes de torture, ainsi que les tentatives de les commettre et la complicité ou la participation à ceux-ci. Mais le droit international fait obligation à tous les États de traduire en justice les auteurs de torture, qu'ils soient ou non parties à ce traité⁷⁹. Les actes de torture ou de mauvais traitements sont également proscrits comme crimes par le droit international, notamment lorsqu'ils constituent des crimes de guerre ou des crimes contre l'humanité⁸⁰.

L'article 1 de la Convention de l'ONU contre la torture la définit ainsi :

Tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, lorsque de telles douleurs ou souffrances sont

⁷⁶ Amnesty International. Rapport sur la torture. Londres: Duckworth, 1973; Amnesty International. *La Torture: Instrument de pouvoir, fléau à combattre (Torture in the Eighties)*. Londres: AI, 1984. Pour une étude détaillée de la torture et des mauvais traitements, et de son interdiction par le droit international, voir : Amnesty International. *Combattre la torture. Manuel pour l'action*. Londres, 2003. Sur le site: [http://web.amnesty.org/aidoc/ai.nsf/afec99eadc40eff880256e8f0060197c/feb5b7ce338f335680256ebe0044d79b/\\$FILE/ACT%2040_001_2003.pdf](http://web.amnesty.org/aidoc/ai.nsf/afec99eadc40eff880256e8f0060197c/feb5b7ce338f335680256ebe0044d79b/$FILE/ACT%2040_001_2003.pdf).

⁷⁷ Amnesty International. Codes d'éthique et déclaration concernant les professions médicales (Ethical codes and declarations relevant to the health professions). Londres: AI, 2000.

⁷⁸ Amnesty International. Participation des membres des professions médicales aux violations des droits de l'homme commises à l'encontre des prisonniers. London, AI Index: ACT 75/08/90, 1990 ; British Medical Association. *Medicine Betrayed*. Londres: Zed Books, 1992.

⁷⁹ *Regina v Bartle*. Chambre des Lords, 24 mars 1999, dans l'affaire du Général Augusto Pinochet. Sur le site: <http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/ld199899/ldjudgmt/jd990324/pino1.htm>.

⁸⁰ Pour les définitions des crimes de guerre et crimes contre l'humanité, voir les statuts de la Cour Pénale Internationale, Articles 7 and 8. Les statuts sont consultables sur le site: [http://www.un.org/law/icc/statute/french/rome_statute\(f\).pdf](http://www.un.org/law/icc/statute/french/rome_statute(f).pdf).

infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement express ou tacite⁸¹.

La jurisprudence des tribunaux internationaux, des cours régionales des droits de l'homme, des mécanismes de l'ONU et des organismes des traités régionaux, ainsi que des experts indépendants, a généralement retenu que la torture et les mauvais traitements englobent les conditions de détention, les méthodes d'interrogatoire, les conséquences des disparitions forcées sur les « disparus » et sur leur famille, celles des démolitions de maisons sur les familles qui se retrouvent sans abri, la détention administrative et d'autres domaines. La notion de « consentement [officiel] express ou tacite » qui figure dans la définition de la torture a permis de considérer que les actes infligés par des agents non-étatiques pouvaient être considérés comme de la torture ou des mauvais traitements lorsque l'Etat n'a pas respecté son obligation d'agir pour les empêcher. De plus, le droit humanitaire international et le droit pénal international interdisent les actes de torture et de mauvais traitements sans se limiter à ceux qui sont perpétrés par les forces gouvernementales, mais en incluant également les membres des groupes armés.

Malgré l'interdiction absolue de ces atteintes, Amnesty International estimait que, en 2004, la torture ou d'autres traitements ou châtiments cruels, inhumains ou dégradants étaient perpétrés par des forces de sécurité, de police, et autres agents de l'Etat dans 104 pays⁸². Les groupes d'opposition armée de certains pays ont également fait usage de torture ou de mauvais traitements sur des détenus au cours de la même année⁸³. La « guerre contre le terrorisme » lancée par les États-Unis en réaction aux attaques du 11 septembre 2001 sur New York et Washington DC a donné lieu à l'usage de la torture et des mauvais traitements sur des détenus accusés d'avoir soutenu, préparé, ou perpétré des actes terroristes⁸⁴.

Les *Principes de l'éthique médicale* de l'ONU stipulent ceci :

Il y a violation flagrante de l'éthique médicale et délit au regard des instruments internationaux applicables si des membres du personnel de santé, en particulier des médecins, se livrent, activement ou passivement, à des actes par lesquels ils se rendent coauteurs, complices ou instigateurs de tortures et autres traitements cruels, inhumains ou dégradants ou qui constituent une tentative de perpétration⁸⁵.

Il arrive qu'on fasse appel aux soignants pour exercer un certain nombre de fonctions d'assistance aux auteurs de tortures et autres mauvais traitements, en violation des normes éthiques fondamentales. La prise de position du CII qui s'exprime dans *Prise de position sur la torture, la peine de mort et la participation des personnels infirmiers aux exécutions* stipule que la toute première responsabilité des personnels soignants est de prodiguer des soins à ceux qui sont placés

⁸¹ Nations Unies. *Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants* (1984; entrée en vigueur le 26 juin 1987).

⁸² Amnesty International. Rapport Annuel 2005. Sur le site: <http://web.amnesty.org/report2005/index-fra>. Consulté le 24 mars 2006.

⁸³ Ibid.

⁸⁴ Amnesty International. USA: AI's concerns regarding post-September 11 detentions in the USA. AMR 51/044/2002; USA: Beyond the law: Update to Amnesty International's April Memorandum to the US Government on the rights of detainees held in US custody. AMR 51/184/2002; USA: Human dignity denied: Torture and accountability in the 'war on terror'. AMR 51/145/2004; USA: Guantánamo and beyond: The continuing pursuit of unchecked executive power. AMR 51/063/2005. Ces rapports et les documents associés sont consultables sur le site: <http://web.amnesty.org/pages/guantanamobay-library-eng>.

⁸⁵ Principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, en particulier des médecins, dans la protection des prisonniers et des détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Adoptés par la Résolution de l'Assemblée Générale de l'ONU 37/194 du 18 décembre 1982. (Article 2). <http://www.ohchr.org/french/law/ethique.htm> (Consulté le 30 septembre 2005)

sous leur responsabilité⁸⁶. Elle déclare également que les infirmiers/infirmières « ne devront participer volontairement à aucun acte délibéré infligeant des souffrances physiques ou mentales ». Cette déclaration appelle également les associations nationales de personnels soignants à prévoir des mécanismes de soutien aux membres de la profession placés dans des situations difficiles.

Des membres du personnel soignant peuvent être témoins de comportements contraires à la déontologie, qui enfreignent les principes éthiques internationaux de leur profession et les normes relatives aux droits humains, tels que les mutilations comme forme de punition et les châtements corporels par décision judiciaire. Dans certains pays, des médecins ont participé en certifiant qu'un individu était apte à subir la torture ou en couvrant les effets de celle-ci par de faux certificats⁸⁷. Des infirmiers/ères ont pu être contraints ou persuadés de collaborer à ces opérations de camouflage, bien qu'il n'existe pas de données sur de tels manquements à l'éthique de la part des soignants.

Certains observateurs ont attiré l'attention sur les difficultés qui peuvent surgir lorsque des professionnels de santé sont partagés entre un devoir ou une fidélité à l'égard d'un employeur et envers un patient. Cette fidélité partagée peut devenir un dilemme lorsque l'une des parties envers qui le professionnel de santé éprouve une obligation est un Etat peu respectueux des droits de l'homme⁸⁸.

Irak : les personnels soignants et les violations commises à Abu Ghraïb

Les professionnels de la santé chargés de la santé physique et mentale des détenus qui ont été torturés sont les chiens qui n'ont pas aboyé⁸⁹.

Des informations en provenance de la prison d'Abu Ghraïb en Irak ainsi que de la base navale de Guantánamo Bay à Cuba ont fait état de tortures systématiques et autres mauvais traitements de détenus dans le cadre de la « guerre contre le terrorisme » lancée par les États-Unis. Le « Rapport du général Taguba sur le traitement des prisonniers d'Abu Ghraïb en Irak », qui a fait suite à une enquête militaire, a constaté que le personnel médical était au courant des violations qui étaient perpétrées à l'intérieur de la prison⁹⁰. Des commentateurs ont émis l'idée que le personnel médical militaire en fonction à l'intérieur d'Abu Ghraïb était complice de ces atteintes, en ne prodiguant pas des soins médicaux suffisants et en collaborant à la conception et à la mise en œuvre de méthodes d'interrogatoire psychologiquement et physiquement coercitives. Dans quelques rares cas le personnel médical a commis directement des atteintes sur les prisonniers. Un rapport qui cite le témoignage de deux détenus relate comment un médecin a autorisé un gardien sans formation médicale à recoudre les blessures d'un prisonnier qui résultaient d'un passage à tabac⁹¹. Même si aucun infirmier ni aucune infirmière n'a été signalé comme ayant participé à ces abus, un certain nombre de commentateurs universitaires ont relevé que certains devaient être au courant des

⁸⁶ Conseil international des infirmières. *Prise de position sur la torture, la peine capitale et la participation des infirmières aux exécutions*. Adoptée en 1998. Sur le site: <http://www.icn.ch/pstorturef.htm>
<http://www.icn.ch/pstorturef.htm>. Consulté le 21 mars 2006.

⁸⁷ Voir par exemple, Amnesty International. *Participation des membres des professions médicales aux violations des droits de l'homme commises à l'encontre des prisonniers*, AI Index: ACT 75/008/1990, 1990; British Medical Association. *Medicine Betrayed*. London: BMA, 1992; Lucas T, Pross C. *Caught between conscience and complicity: human rights violations and the health professions*. *Medicine and Global Survival* 1995; 2:106-14.

⁸⁸ Voir Physicians for Human Rights and University of Cape Town. *Dual Loyalty and Human Rights in Health Professional Practice: Proposed Guidelines and Institutional Mechanisms*. Boston: PHR, 2002

⁸⁹ Hall P. *Doctors and the war on terrorism* [Editorial]. *BMJ* 2004;329:66.

⁹⁰ *Taguba Report: On Treatment of Abu Ghraib prisoners in Iraq; Article 15- 6 investigation of the 800th Military Police Brigade*. Non daté [2004]. Sur le site: <http://news.findlaw.com/hdocs/docs/iraq/tagubarpt.html>. Voir aussi: Amnesty International. *An open letter to President George Bush on the question of torture and cruel, inhuman or degrading treatment*, AMR 51/078/2004, 7 mai 2004. Sur le site: <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGAMR510782004>; *Au-delà d'Abou Ghraïb : la détention et la torture en Irak*. MDE 14/001/2006, 6 mars 2006. Sur le site: <http://web.amnesty.org/library/index/fraMDE140012006?open&of=fra-IRQ>.

⁹¹ Miles S. *Abu Ghraib: its legacy for military medicine*. *Lancet* 2004; 364: 725-9.

traitements cruels, inhumains ou dégradants que les médecins toléraient, mais qu'ils n'en ont rien dit.

4.1.1 Réagir contre la torture

*Il est temps que les écoles d'infirmières ou les facultés de médecine, le corps des infirmiers et médecins militaires, le personnel [des Services d'Urgence], et d'autres, commencent à aboyer très fort dans la nuit.*⁹²

Même si certains soignants travaillent directement auprès de victimes de torture et de mauvais traitements et leur prodiguent des soins, dans la pratique, réagir contre la torture et les mauvais traitements consiste aussi à refuser carrément de participer ou de contribuer en aucune façon à la torture et aux mauvais traitements, même indirectement. De plus, réagir contre la torture et les mauvais traitements suppose de protester, d'argumenter et de faire pression sur les gouvernements. De nombreux réseaux de professionnels de santé agissent dans le monde entier pour combattre la torture et les traitements cruels, inhumains ou dégradants, en menant des actions au niveau politique⁹³. De nombreuses organisations nationales et internationales de personnels soignants se sont également exprimées pour condamner la torture. Une déclaration adoptée par le CII en 1983, « *Le rôle de l'infirmière dans la sauvegarde des droits de l'homme* », relève que « les soignants ont une responsabilité individuelle mais peuvent souvent être plus efficaces en abordant collectivement les questions de droits humains »⁹⁴.

Une autre réponse pratique consiste à traiter et à soigner des survivants de la torture et des mauvais traitements. Les professionnels de santé peuvent constater les conséquences de la torture ou des mauvais traitements dans leur pratique clinique quotidienne. Il existe maintenant beaucoup de publications sur les effets de la torture, les besoins des patients qui ont été torturés et la façon de traiter cette partie de la population⁹⁵. Quelquefois ces patients pourront se rendre dans un centre spécialisé qui prend en charge les victimes de la torture ou de traumatismes semblables, mais d'autres se présenteront dans le cadre des services de santé ordinaires, hôpitaux ou dispensaires spécialisés⁹⁶.

Si des progrès ont été réalisés dans l'analyse et le traitement des conséquences de la torture et des mauvais traitements sur la santé, les professionnels de la santé n'ont cependant pas véritablement pris part à la prévention ou à la dénonciation de la torture dans les endroits où elle risque le plus de se produire, les lieux de détention⁹⁷.

⁹² Mason DJ. 'The dogs that did not bark'. Pourquoi la torture concerne tous les soignants. *AJN* 2004; 104:11.

⁹³ Voir Réseau des professionnels de la santé d'AI www.amnesty.org/health; Physicians for Human Rights www.phrusa.org; International Rehabilitation Council for Torture Victims www.irct.org.

⁹⁴ Amnesty International. Codes d'éthique et déclaration concernant les professions médicales (Ethical codes and declarations relevant to the health professions). Quatrième édition révisée: Publications d'Amnesty International, 2000.

⁹⁵ Basoglu M (ed.). *Torture and its Consequences: Current Treatment Approaches*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992; Hermansson AC, Timpka T, Thyberg M. The long-term impact of torture on the mental health of war-wounded refugees: findings and implications for nursing programmes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2003;17:317-24; Jacobsen L, Smidt-Nielsen K. *Torture Survivors - Trauma and Rehabilitation*. Copenhagen: IRCT 1997; Jaranson J, Popkin MJ (eds). *Caring for Victims of Torture*. American Psychiatric Publishing, 1998; Peel M, Iacopino V (eds). *The Medical Documentation of Torture*, London, Greenwich Medical Media, 2002; Randall GR, Lutz E. *Serving Survivors of Torture: A Practical Manual for Health Professionals and Other Service Providers*. Washington, DC: American Association for the Advancement of Science, 1991; Wilson JP, Drozdek B (eds). *Broken Spirits: the treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims*. New York: Brunner-Routledge, 2004;

⁹⁶ Eisenman DP, Keller AS, Kim G. Survivors of torture in a general medical setting: how often have patients been tortured, and how often is it missed? *Western Journal of Medicine* 2000;172:301-4; Miller JL. Post-traumatic stress disorder in primary care practice. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2000; 12:475-82.

⁹⁷ Glittenberg J. The tragedy of torture: a global concern for mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing* 2003; 24(6-7):627-638; Miles S. Abu Ghraib: Its legacy for military medicine. *Lancet* 2004;364:725-729.

Le CII a relevé le fait que les personnels soignants sont souvent parmi les premiers à remarquer les mauvais traitements et la souffrance des prisonniers. La prise de position du CII sur le *Rôle du soignant dans les soins aux prisonniers et détenus* stipule ceci : «Les personnels soignants qui ont connaissance de mauvais traitements sur des détenus et prisonniers doivent prendre les dispositions appropriées pour sauvegarder leurs droits. »⁹⁸

En 2004, la revue médicale *The Lancet* a appelé les travailleurs du secteur de santé militaire à «briser le silence» et ceux qui appartenaient à la communauté médicale non militaire, plus importante, à «s'unir pour soutenir leurs collègues et condamner la torture et les pratiques inhumaines et dégradantes à l'encontre de détenus»⁹⁹. En 2005, de nouvelles préoccupations concernant le rôle des professionnels de santé se sont exprimées dans les publications des médecins et des infirmières.¹⁰⁰ Amnesty International appelle depuis longtemps les professionnels de santé à protester contre la torture et à contribuer à mettre fin à cette pratique¹⁰¹.

4.2 Les violences contre les femmes

Du point de vue des droits humains, l'étendue des violences faites aux femmes est un scandale. Le Conseil de l'Europe a déclaré que les violences domestiques sont la cause principale de décès et de handicaps pour les femmes âgées de seize à quarante-quatre ans dans cette région du monde et provoque plus de morts et de problèmes de santé que le cancer et les accidents de la route¹⁰². Dans d'autres régions on constate des niveaux élevés de violences à l'encontre des femmes.

Ces atteintes sont la conséquence de lois et pratiques discriminatoires, et d'attitudes répressives à l'encontre des femmes. Bien que certains États se soient montrés disposés à s'attaquer à ces questions, d'autres sont réticents ou n'ont pas les moyens de le faire. Les atteintes que subissent les femmes et les jeunes filles du fait de leur sexe, dans le monde entier, vont des pratiques traditionnelles nocives telles que les mutilations génitales et les tests de virginité jusqu'à la violence pour des raisons disciplinaires ou punitives comme les «crimes d'honneur» (voir ci-dessous page 36).

Dans leur travail auprès des victimes de la violence, les personnels soignants apportent leur propre expérience et leurs opinions. Une étude concernant les infirmiers/ères prodiguant des soins de base en Afrique du sud a constaté que ces personnels admettaient les violences liées au sexe comme étant une réalité culturelle¹⁰³. Les auteurs de cette étude ont suggéré que le rôle joué par les soignants, en tant que professionnels de santé et membres de la population locale, devrait être pris en compte avant d'élaborer les programmes de formation pour le traitement de la violence.

Les compétences spécialisées nécessaires pour traiter les violences à l'encontre des femmes exigent que les professionnels de santé reçoivent une formation continue. Les gouvernements et ceux qui élaborent les politiques de santé devraient veiller à ce que tous les personnels de santé

⁹⁸ Conseil international des infirmières. *Le rôle des infirmières dans les soins aux prisonniers et aux détenus*, 1998. Sur le site: <http://www.icn.ch/psdetaineesf.htm>. Consulté le 17 mars 2005.

⁹⁹ Editorial. How complicit are doctors in abuses of detainees? *Lancet* 2004; 364: 725-9.

¹⁰⁰ Wilks M. A stain on medical ethics. *Lancet* 2005; 366: 429-31.

¹⁰¹ Voir par exemple, Amnesty International. *Combattre la torture. Manuel pour l'action*. Londres, 2003, Chapitre 8. Sur le site: [http://web.amnesty.org/aidoc/ai.nsf/afec99eadc40eff880256e8f0060197c/feb5b7ce338f335680256e80044d79b/\\$FILE/ACT%2040_001_2003.pdf](http://web.amnesty.org/aidoc/ai.nsf/afec99eadc40eff880256e8f0060197c/feb5b7ce338f335680256e80044d79b/$FILE/ACT%2040_001_2003.pdf). (Voir aussi les recommandations à la fin de ce rapport.)

¹⁰² Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe, Violence domestique à l'encontre des femmes, Recommandation 1582. Adoptée 27 septembre 2002. Sur le site: <http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta02/FREC1582.htm>. Consulté le 9 mai 2006.

¹⁰³ Kim J, Motsei M. "Women enjoy punishment": attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa. *Social Science and Medicine* 2002;54:1243-54.

reçoivent une formation qui les sensibilise aux violences liées au sexe subies par les femmes¹⁰⁴. Des programmes de sensibilisation de la population devraient se dérouler en parallèle à la formation des professionnels de santé afin que les violences à l'encontre des femmes soient très largement perçues comme inacceptables.

4.2.1 Violence et génésique

Il arrive fréquemment que les violences à l'encontre des femmes lèsent ou mettent en danger leurs capacités de procréation. Dans certains cas, l'identité sexuelle d'une femme et sa capacité de procréation focalise les violences liées au sexe. Au Royaume-Uni, 25 % des femmes victimes de violences domestiques sont agressées pour la première fois pendant leur grossesse.¹⁰⁵ Les infirmiers/ères et les autres soignants risquent fort par conséquent de constater les marques de ces atteintes dans un contexte professionnel.

4.2.1.1 Le viol et les autres violences sexuelles

Les définitions de ce qui constitue un viol diffèrent suivant les juridictions. Le plus couramment il est défini comme la pénétration vaginale d'une femme ou d'une jeune fille par un homme, sans son consentement. Cette définition évolue maintenant dans certains États pour prendre en compte le fait que le viol n'implique pas toujours la force physique mais met en œuvre des formes de coercition telles que l'abus de pouvoir, l'oppression psychologique, le fait de profiter d'un environnement coercitif, et d'autres facteurs qui rendent la victime incapable de donner un consentement authentique. La définition s'est également élargie concernant la nature de la pénétration sexuelle, le rôle des actes sans pénétration et l'intégration des hommes parmi les victimes possibles de viol¹⁰⁶. Le Statut de Rome de la Cour pénale internationale interdit maintenant le viol et les autres formes de violences sexuelles en tant qu'actes constituant des crimes contre l'humanité et crimes de guerre, qui relèvent du droit international¹⁰⁷. Il y a d'autres actes qui peuvent constituer des crimes contre l'humanité ou crimes de guerre : l'esclavage, la prostitution forcée, la stérilisation forcée, d'autres formes graves de violences sexuelles, ainsi que la torture ou d'autres actes inhumains visant à causer de grandes souffrances ou de graves blessures atteignant le corps ou la santé mentale ou physique.

Le viol et les violences sexuelles ne se limitent pas aux contextes couverts par le Statut de Rome, en vertu duquel ce sont des crimes relevant du droit international. Ils sont également

¹⁰⁴ CEDAW Recommandation Générale No 24 article 15b (disponible sur:

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-fr.htm#recom24>) et la Plate-Forme d'Action de Beijing de 1995, para 103(h). Disponible sur : <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/>. Consulté le 3 juin 2005.

¹⁰⁵ Amnesty International. A Global Outrage: Global and UK Statistics. Sur le site:

<http://www.amnesty.org.uk/svaw/vaw/global.shtml> (citant des données de 1997 du Royal College of Midwives). (LIEN NON VALIDE)

¹⁰⁶ Les définitions excessivement restrictives du viol ont été critiquées par les organisations des droits humains. Voir par exemple, *Submission to the Parliamentary Portfolio Committee on Justice and Constitutional Development, Parliament of South Africa, on the draft Criminal Law (Sexual Offences) Amendment Bill, 2003, from Amnesty International and Human Rights Watch*. London and New York, AI Index: AFR 53/006/2003, 15 septembre 2003. Sur le site: <http://web.amnesty.org/library/index/engaf:530062003>. Consulté le 13 octobre 2005.

¹⁰⁷ Cour Pénale Internationale, Elements of Crimes, UN Doc. ICC-ASP/1/3, adopté en septembre 2002; voir aussi le Statut de Rome de la Cour Pénale, adopté le 17 juillet 1998 (A/CONF.183/9); voir aussi ICC-ASP/1/3(part II-B), 9 septembre 2002, Articles 7 et 8; ces deux documents se trouvent sur le site Internet de la Cour Pénale Internationale, http://www.icc-cpi.int/about/Official_Journal.html. Les Tribunaux pénaux internationaux sur l'ex-Yougoslavie et le Rwanda ont également pris des arrêtés importants sur les violences sexuelles. Voir par exemple, la première condamnation par le TPIY du viol comme crime contre l'humanité. *Jugement de la Chambre II dans l'affaire Kunarac, Kovac et Vukovic*, La Haye, 22 février 2001, JL/P.I.S./566-e. Résumé sur le site: <http://www.un.org/icty/pressreal/p566-e.htm>. Consulté le 12 mai 2006.

commis dans d'autres contextes, par des fonctionnaires ou autres agents de l'État, des membres de groupes armés, par des particuliers, etc. Ceux qui élaborent les politiques de santé devraient veiller à ce que, parmi les services offerts, figurent la contraception d'urgence, le contrôle et le traitement des maladies sexuellement transmissibles, que soient recueillis les preuves médico-légales et que les victimes soient adressées à des spécialistes pour être soignées et conseillées. Les soignants peuvent entrer en liaison avec les services sociaux et judiciaires pour le suivi des patients. Du fait qu'elles travaillent avec des partenaires et au niveau local dans la population, les infirmières peuvent également promouvoir une approche préventive des violences à l'encontre des femmes. Sur un plan général, ceci peut amener des soignants à apporter leurs encouragements et leur contribution au développement de la recherche sur les causes, les effets et les réponses concernant les violences à l'encontre des femmes, et ces données devraient être exploitées dans l'élaboration des politiques, la réforme de la législation et le développement des soins de santé. Au Nicaragua, des médecins et certaines infirmières ont été choisis par des groupes de femmes et formés pour recueillir des données de médecine légale à la suite des atteintes subies¹⁰⁸.

Le personnel infirmier engagé dans l'action humanitaire

« Des soins de santé faisant suite aux violences sexuelles sont souvent organisés lors d'interventions humanitaires grâce à l'intérêt et à l'engagement de quelques infirmières ou sages-femmes particulièrement motivées dans le personnel. Deux de ces cas se sont produits dans deux camps de réfugiés séparés en Thaïlande. Deux infirmières qui travaillaient séparément dans le domaine de la santé concernant la procréation ont collaboré étroitement, chacune de leur côté, avec des organisations de femmes réfugiées. Ces dernières ont indiqué que les violences sexuelles constituaient un problème grave, et que peu de victimes révélaient ces atteintes, car il y avait très peu de services qui puissent les assister, et parce qu'elles craignaient la vengeance et la stigmatisation sociale. Au fil du temps, ces deux infirmières ont gagné la confiance des femmes et créé des réseaux informels pour recueillir des signalements de violences sexuelles et prodiguer des soins de santé aux victimes, de nature à leur sauver la vie. En utilisant des médicaments et des fournitures qui étaient déjà disponibles dans le dispensaire (par exemple pour traiter les blessures, les MST, la contraception d'urgence), ces infirmières ont développé un protocole élémentaire de soins de santé répondant aux violences sexuelles dans deux des dispensaires prenant en charge les réfugiés le long de la frontière entre la Thaïlande et la Birmanie »¹⁰⁹.

Les femmes qui subissent des violences sexuelles risquent de sérieuses conséquences en dehors du traumatisme psychologique et des symptômes associés. On peut citer des blessures physiques, les maladies sexuellement transmissibles et la grossesse. La MST la plus grave est le VIH, et l'on sait de plus en plus qu'une prophylaxie postérieure au viol, c'est-à-dire l'administration de médicaments antirétroviraux après un éventuel contact avec le virus, peut jouer un rôle important pour prévenir l'infection dans un environnement à risque. C'est le cas notamment lorsque l'auteur des faits est porteur, avéré ou supposé, du VIH, ou lorsque ce virus est fortement répandu dans la population locale¹¹⁰.

¹⁰⁸ Morrison A, Ellsberg M, Bott S. *Addressing Gender-based Violence in the Latin American and Caribbean Region: A Critical Review of Interventions*. World Bank Policy Research Working Paper 3438, Octobre 2004, p.28. Sur le site: http://wdsbeta.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2004/11/05/000160016_20041105120943/Rendered/PDF/wps3438.pdf. Consulté le: 4 août 2005.

¹⁰⁹ Vann B. Sexual violence in populations affected by armed conflict. OMS Health in Emergencies, janvier 2005, Parution no. 20. Sur le site: http://www.who.int/hac/network/newsletter/HiE_January_2005.pdf. Consulté le: 5 janvier 2006.

¹¹⁰ Pour une étude de ces questions et une bibliographie complète, voir: Roland M. *HIV Post-Exposure Prophylaxis Following Non-Occupational Exposures. Background Paper for WHO Consultation, September 3 – 5, 2005*. Sur le site: <http://hivinsite.ucsf.edu/pdf/p01-kb-new/kbr-07-02-07-roland.pdf>. Consulté le 11 mai 2006.

4.2.1.2 Grossesse suite à un viol

La gestion des grossesses au quotidien est une tâche courante pour certains soignants et se situe au centre de la profession de sage-femme. La grossesse, pour la plupart des femmes, est une expérience normale et généralement bienvenue. Cependant, le viol et d'autres formes de violences sexuelles sont parfois utilisés comme arme de guerre, comme moyen de domination des forces ennemies et, plus particulièrement de domination des femmes qui sont les reproductrices symboliques de ces forces¹¹¹. Au Soudan, Amnesty International a signalé le viol et l'assassinat de femmes enceintes, parce qu'elles portaient les enfants de « l'ennemi »¹¹². La grossesse forcée à la suite d'un viol peut, suivant le contexte, équivaloir à un crime de guerre, à un crime contre l'humanité et à un crime au regard du droit international. Les femmes qui tombent enceintes du fait d'un viol souhaitent parfois mettre fin à leur grossesse. Les organismes dirigeants qui interprètent les conventions des droits humains apportent de plus en plus leur soutien à l'avortement lorsque la grossesse résulte d'un viol et lorsque l'interruption de grossesse se déroule dans un environnement sûr¹¹³. Les organisations internationales de défense des droits humains ont également fait campagne pour que les États n'appliquent plus de sanctions pénales aux femmes qui demandent ou obtiennent une interruption de grossesse¹¹⁴. Il semble qu'il n'existe pas de consensus international de la profession infirmière sur l'interruption de grossesse, bien que le personnel soignant ait la possibilité de refuser de participer aux avortements sous certaines juridictions¹¹⁵.

4.2.1.3 Stérilisation forcée et autres mesures de contrôle démographique

Au cours des cinq années entre 1996 et 2000, plus de 250.000 femmes, pour la plupart pauvres et habitant des zones rurales retirées, ont subi la stérilisation forcée, sans aucun véritable processus de consentement, lors de la mise en œuvre d'une politique de planning familial au Pérou¹¹⁶. Bien que selon le programme national de planning familial les femmes devaient être pleinement informées et autorisées à choisir leur méthode, y compris la stérilisation, les objectifs et les quotas de stérilisation fixés par les prestataires de services tendaient à compromettre la réalité de ce choix¹¹⁷. En juillet 2002, le ministère péruvien de la santé a révélé qu'entre 1995 et 2000, 331.600 femmes avaient été stérilisées et 25.590 hommes avaient subi une vasectomie dans le cadre d'un programme de santé publique visant à réduire le taux de natalité dans les régions les plus pauvres du pays. La plupart des personnes ciblées étaient des indigènes des secteurs les plus déshérités de la sierra andine, de l'Amazonie et des bidonvilles qui entourent Lima. Le rapport du ministère de la Santé soulignait que les participants à ce programme avaient été menacés, qu'on avait acheté leur consentement avec de la nourriture, et qu'aucun n'était correctement informé de la procédure ni de ses conséquences¹¹⁸. Le problème n'était pas seulement que ces opérations avaient été exécutées de manière coercitive, mais aussi que de nombreuses femmes n'avaient pas reçu les soins postopératoires adéquats et avaient subi en conséquence des problèmes de santé ; certaines sont

¹¹¹ Olujic MB. Embodiment of terror: gendered violence in peacetime and wartime in Croatia and Bosnia-Herzegovina. *Medical Anthropology Quarterly* 1998;12(1):31-50.

¹¹² Amnesty International. Soudan: Le viol : une arme de guerre. La violence sexuelle et ses conséquences. AI Index: AFR 54/076/2004.

¹¹³ Voir le paragraphe 8.25 du Programme d'Action de la Conférence internationale du Caire sur population et développement.

¹¹⁴ La Recommandation générale de la CEDAW No. 24., Paragraphe 31(c) stipule que "le cas échéant, il faudrait amender la législation qui fait de l'avortement une infraction pénale et supprimer les peines infligées aux femmes qui avortent".

¹¹⁵ Voir par exemple, la Loi sur l'avortement du Royaume Uni (1997).

¹¹⁶ Miranda JJ, Yamin AE. Reproductive health without rights in Peru. *Lancet* 2004; 363: 68-69.

¹¹⁷ Amnesty International. Peru: Truth and Reconciliation Commission – a first step towards a country without injustice. AI Index: AMR 46/003/2004.

¹¹⁸ Barthelemy F. Stérilisation forcée des Indiennes du Pérou. *Le Monde Diplomatique*. Sur le site: <http://www.monde-diplomatique.fr/2004/05/BARTHELEMY/11190>. Consulté le 18 février 2005.

même décédées¹¹⁹ (Voir l'encadré ci-dessous décrivant l'un de ces cas, qui est parvenu jusqu'à la Cour inter américaine).

Pérou : politique gouvernementale de stérilisation

En 1995, Hilaria Supa Huaman, paysanne indigène de Pampa Laguna au Pérou, a subi de fortes pressions de la part de l'infirmière du village pour qu'elle accepte une opération de ligature des trompes. L'infirmière travaillait dans le cadre de la politique gouvernementale de planning familial en vigueur à l'époque. Hilaria a raconté que l'infirmière lui avait dit : « Est-ce que tu veux faire des petits comme une truie? Ton mari sera en colère si tu ne fais rien ». Sans plus de précision, Hilaria a subi l'opération, mais elle a eu du mal à s'en remettre en raison de la nature physiquement très pénible de son travail¹²⁰.

En 2003, la Commission interaméricaine des droits de l'Homme a réglé une affaire avec le gouvernement péruvien concernant une femme indigène, Maria Mamerita Mestanza Chavez, qui était décédée après avoir été stérilisée contre sa volonté¹²¹. Le Pérou a reconnu que le gouvernement d'alors avait violé « le droit à être traité humainement, le droit à la vie, le droit à une égale protection de la loi, et l'obligation de respecter les droits sans discrimination fondée sur des motifs de sexe, d'origine sociale, de niveau économique, de naissance, ou d'autres conditions sociales » qui sont garantis par la Convention américaine des droits de l'Homme¹²² et d'autres traités régionaux et internationaux relatifs aux droits humains.

On a signalé des cas de professionnels de santé qui ont subi des opérations eux-mêmes afin d'atteindre les objectifs qui avaient été fixés. Selon certains commentateurs, le gouvernement péruvien a agi de telle manière qu'il a transformé certains prestataires de services de défenseurs des droits humains en « participants [souvent involontaires] à des violations systématiques des droits des femmes »¹²³. Selon les mêmes sources, toute solution au problème de la stérilisation forcée doit prendre en compte les « rôles et les droits des professionnels de santé, tout autant que ceux des patients ». Le « règlement à l'amiable » avec le gouvernement dans l'affaire de Maria Mamerita Mestanza Chávez a consisté en partie en ce que le gouvernement du Pérou a entrepris d'apporter des modifications de la législation et des politiques publiques concernant la procréation et le planning familial.

En Slovaquie également on signale que des femmes Roms auraient été stérilisées de force sous le gouvernement communiste et pendant les années 1990¹²⁴. Bien que le gouvernement ait donné son accord pour enquêter sur ces faits, Amnesty International a exprimé en 2003 sa préoccupation devant le fait que, malgré ses appels répétés, aucune enquête indépendante n'avait lieu. De plus, AI était préoccupée par les informations signalant des actes d'intimidation et de harcèlement continu des victimes, des témoins, et de défenseurs des droits humains. L'action s'est prolongée tout au long de 2004 pour obtenir du gouvernement slovaque que ces enquêtes sur ce problème répondent aux exigences en vigueur¹²⁵.

¹¹⁹ Ibid.

¹²⁰ Ibid.

¹²¹ Commission inter-américaine des droits de l'Homme. *María Mamerita Mestanza Chávez v. Peru*, Affaire 12.191, Décision de recevabilité, Rapport no.66/00, 3 Octobre 2000. Sur le site:

<http://www.cidh.oas.org/annualrep/2000eng/ChapterIII/Admissible/Peru12.191.htm>. Consulté le: 13 mai 2005;

Règlement, Rapport no.71/03, 22 octobre 2003, <http://www.cidh.oas.org/annualrepo/2003eng/Peru.12191.htm>. Consulté le 9 mars 2006.

¹²² Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics and Law*. Oxford: Oxford University Press, 2003, p.173.

¹²³ Miranda JJ, Yamin AE. Reproductive health without rights in Peru. *Lancet* 2004; 363: 68-9.

¹²⁴ La Slovaquie faisait partie de l'Etat unique de Tchécoslovaquie sous gouvernement communiste jusqu'en 1989. L'Etat d'après 1989, non communiste, s'est scindé en République tchèque et République slovaque en janvier 1993.

¹²⁵ Amnesty International. *Femmes. Violence et santé*. Londres, AI Index: ACT 77/001/2005.

Que les femmes soient soumises à la stérilisation forcée ou qu'elles soient privées de l'information nécessaire pour faire un choix éclairé, il est probable que les personnels soignants devront soit participer à des conduites contraires à l'éthique qui enfreignent les normes internationales des droits humains, soit au minimum affronter des défis déontologiques, parfois dans des situations où la hiérarchie pourra faire pression sur eux afin qu'ils participent à des comportements clairement contraires à l'éthique¹²⁶.

Dans certains pays, les femmes sont contraintes de se soumettre à des interruptions de grossesse contre leur volonté, et il est très probable que du personnel infirmier soit impliqué dans ce processus, qu'il soit volontaire ou soumis à des pressions. En Chine, on continue à signaler de graves violations à l'encontre des femmes et jeunes filles en raison de l'application de la politique de planning familial, et notamment des avortements forcés et stérilisations. Cela se produit depuis longtemps. Par exemple, Mao Henfeng a été envoyée en camp de travail pour une période de dix-huit mois de « rééducation par le travail » en avril 2004 pour avoir réclamé réparation avec insistance aux autorités pour un avortement forcé qu'elle avait subi quinze ans plus tôt. À ce moment-là, elle était tombée enceinte en violation de la politique chinoise de planning familial qui exige des familles qu'elles n'aient qu'un seul enfant. Au camp de travail elle aurait été attachée, suspendue au plafond et sévèrement battue. Elle avait été détenue plusieurs fois par le passé dans des établissements psychiatriques où elle avait été forcée de subir une « thérapie » inutile par électrochocs¹²⁷.

En mars 2005, des agents du planning familial de la ville de Linyi dans la province de Shandong en Chine, ont commencé à soumettre de nombreuses femmes du secteur à des avortements forcés, notamment des femmes qui avaient déjà eu deux enfants. Plusieurs femmes se sont enfuies pour échapper aux opérations, mais les autorités ont pris en otage des membres de leur famille jusqu'à ce qu'elles reviennent. Les autorités centrales chinoises ont plus tard déclaré qu'elles enquêteraient sur ces signalements de « pratiques illégales » au Shandong. Certains fonctionnaires de Linyi ont été mutés de leur poste, mais aucune autre mesure ne semble avoir été prise contre eux ni contre d'autres personnes qui ont pu autoriser cette politique. Un conseiller juridique local autodidacte, Chen Guancheng, a été placé en résidence surveillée pour avoir tenté de poursuivre en justice des responsables locaux au sujet de ces atteintes¹²⁸.

4.2.2 Les personnels infirmiers, les sages-femmes et les violences domestiques

Les violences domestiques sont un problème mondial responsable d'un grand nombre de maladies et de décès. L'OMS a signalé que près de 70 pour cent de toutes les femmes victimes d'homicide dans le monde entier sont tuées par leur compagnon¹²⁹. Les violences domestiques prennent racine dans un terrain socio-économique complexe marqué par l'inégalité des sexes. Pour répondre à ce problème complexe, les organisations internationales et les organismes des professionnels de santé recommandent une approche intégrée qui associe étroitement les soins de santé et les services sociaux avec les droits légaux¹³⁰. En tant que praticiens de santé, le personnel infirmier a de

¹²⁶ Pour une analyse des pratiques de stérilisation des points de vue éthique, juridique, sanitaire, et sous l'angle des droits humains, voir Cook *et al.* (ci-dessus, note 123).

¹²⁷ Amnesty International. *Rapport Annuel 2005*: La situation des droits humains dans le monde. Londres: AI, 2005.

¹²⁸ Voir Actions Urgentes d'Amnesty International, ASA 17/037/2005 et les mises à jour, ASA 17/040/2005, ASA 17/005/2006. Voir aussi le Rapport du Réseau de défenseurs chinois des droits humains, Sur le site <http://crd-information.blogspot.com/2005/11/violence-in-enforcing-family-planning.html>.

¹²⁹ Organisation mondiale de la santé. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève: OMS 2002, p. 118.

¹³⁰ UNFPA. United Nations Security Council Open Debate on Security Council Resolution 1325, Women, Peace and Security. Responding to the Needs of Victims of Gender-Based Violence. Déclaration de Thoraya Ahmed Obaid, Directrice exécutive, UNFPA, 28 octobre 2004. Sur le site: <http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=523&Language=1>; Burke Draucker C. Domestic violence: the challenge for

grandes chances de rencontrer les effets des violences domestiques à l'hôpital, dans les dispensaires locaux et lors de ses visites dans les familles. En tant que points de contact essentiels entre le patient, la population et le système de santé et de sécurité sociale, le personnel infirmier joue un rôle vital pour reconnaître, traiter et prévenir les violences.

Les violences domestiques sont fréquemment considérées comme une affaire privée et ne sont pas traitées comme des crimes par les autorités. Dans de nombreux cas de violences domestiques, les femmes, qui sont les premières victimes de ces atteintes, ne souhaitent pas que les infirmiers/ères ou autres professionnels de santé informent les autorités. Il existe donc une tension, entre l'obligation de respecter les vœux du patient, et sa responsabilité qui est de favoriser et de préserver le bien-être du patient¹³¹. En Californie, aux États-Unis, les professionnels de la santé sont obligés par la loi de signaler aux organismes d'application des lois les blessures intervenues à la maison. Cependant, une étude des médecins de Californie a relevé que, alors que la plupart pensaient que le signalement obligatoire pouvait présenter des avantages, il comportait aussi des risques potentiels pour la sécurité des femmes (par exemple, en les exposant à une réaction violente d'un compagnon), et ils ont exprimé leur préoccupation concernant le risque de violation des codes de déontologie médicale. La majorité d'entre eux a déclaré qu'ils n'obéiraient pas à l'obligation de signalement si le patient faisait objection¹³². La question de savoir s'il faut ou non mettre en œuvre une politique de surveillance des violences domestiques rencontre des avis partagés et une position définitive ne s'est pas encore fait jour au sein de la profession¹³³.

4.2.2.1 Opposition du conjoint à un traitement

Les infirmiers/ères doivent avoir conscience du fait que la pratique de l'opposition du conjoint, c'est-à-dire lorsqu'un compagnon s'oppose au traitement médical et infirmier proposé à sa partenaire féminine, et notamment à l'usage des services du planning familial, constitue une négation du droit à la vie privée d'une femme, à son autonomie dans la prise de décisions, et au droit de ne pas subir de discrimination. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) fait obligation aux gouvernements de protéger ces droits et les autres droits des femmes¹³⁴. Le fait d'imposer un pareil veto constitue également une atteinte au droit d'une femme d'avoir un égal accès aux services de soins de santé, et c'est une forme de discrimination incompatible non seulement avec la CEDAW, mais aussi avec le droit d'obtenir des soins de santé prévu par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC). Lorsque l'opposition du conjoint fait barrière aux services du planning familial, en Afrique sub-saharienne par exemple, elle constitue également une grave menace pour la vie et la santé des femmes, et peut même être liée au décès de certaines femmes parce qu'elles

nursing *Online Journal of Issues in Nursing* 2002;7(1) Sur le site:

http://www.nursingworld.org/ojin/topic17/tpc17_1.htm

¹³¹ Les infirmières elles-mêmes peuvent être victimes de la violence de leurs compagnons. Au Canada, Lori Dupont a été poignardée à mort durant son service à l'Hôtel-Dieu Grace Hospital à Windsor, Ontario, le 12 novembre 2005. Son ex-compagnon, médecin dans le même hôpital, a été retrouvé inconscient dans sa voiture peu après le meurtre ; il a été inculpé pour ce meurtre, mais est décédé deux jours plus tard. (Milne C. The long road to prevention. *Medical Post*, 3 février 2006; http://www.medicalpost.com/mpcontent/article.jsp?content=20060202_192408_6080. Consulté le 8 février 2006); Amnesty International Voir: AI. Abuse of women endemic in Papua New Guinea. *The Wire*, février 2006. Sur le site: <http://web.amnesty.org/wire/February2006/PNG>.

¹³² Rodriguez MA, McLoughlin E., Bauer HM, Paredes V, Grumbach K. Mandatory reporting of intimate partner violence to police: Views of physicians in California. *American Journal of Public Health* 1999; 89(4) 575-78.

¹³³ Taket A, Wathen CN, MacMillan H. Should health professionals screen all women for domestic violence? *Plos Medicine* 2004 octobre; 1(1): e4. Sur le site: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=523827>.

Consulté le 18 octobre 2005. Voir aussi: Walton Moss BJ, Campbell JC. Intimate partner violence: implications for nursing. *Online Journal of Issues in Nursing* 2002; 7 (1). Sur le site:

http://www.nursingworld.org/ojin/topic17/tpc17_5.htm; and Campbell J. Intimate partner violence: Issues for the health care system. *Women's Health Issues* 2001;11:381-5.

¹³⁴ Le texte de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes se trouve sur le site: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>

ne peuvent avoir accès à des soins médicaux urgents¹³⁵. Tous les gouvernements ont l'obligation de prendre des mesures pour mettre fin à ce veto masculin sur l'accès aux soins de santé chaque fois qu'il se produit, et les professionnels de santé ont un rôle à jouer pour persuader la population de l'importance pour les femmes d'avoir accès sans entrave aux services de santé.

4.2.3 Traite des femmes et prostitution forcée

La traite des êtres humains se pratique pour de nombreuses raisons, toutes motivées par la rentabilité de l'opération de transfert de personnes d'un endroit à un autre par la tromperie ou la coercition¹³⁶. Selon le Protocole de Palerme, elle se définit ainsi :

le recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil de personnes, par la menace ou le recours à la force ou à d'autres formes de contrainte, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d'autorité ou d'une situation de vulnérabilité, ou par l'offre ou l'acceptation de paiements ou d'avantages pour obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre aux fins d'exploitation. L'exploitation comprend, au minimum, l'exploitation de la prostitution d'autrui ou d'autres formes d'exploitation sexuelle, le travail ou les services forcés, l'esclavage ou les pratiques analogues à l'esclavage, la servitude ou le prélèvement d'organes¹³⁷.

La traite des êtres humains entraîne de graves problèmes de droits humains qui causent beaucoup de tort aux personnes exploitées. Un rapport de l'Organisation internationale du travail (OIT)¹³⁸ suggère qu'au minimum 2,45 millions de personnes sont victimes de la traite à un moment donné. Sur ce nombre, environ la moitié se trouve dans la région Asie- Pacifique. Les femmes et les jeunes filles représentent 98 % des personnes forcées à subir l'exploitation commerciale de leur sexe. Outre l'utilisation ou la menace d'utilisation de la force associée à la traite, un risque supplémentaire de violences sexuelles et autres existe pour les femmes de la part de leur « propriétaire » ou de leurs clients, ce qui les expose à des conséquences dommageables sur les plans physique et psychologique¹³⁹. Les femmes et les jeunes filles sont également exposées au risque de contracter des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH, ainsi que des grossesses non souhaitées.

¹³⁵ Cook R, Maine D. Spousal veto over family planning services. *American Journal of Public Health* 1987;77:339-44.

¹³⁶ La différence entre traite et émigration a été bien exprimée dans un rapport de la Fondation Asie: « Alors que toute traite implique une émigration, l'émigration n'est pas toujours le fait de la traite. De nombreuses femmes choisissent d'émigrer volontairement. Si cette émigration n'est pas accompagnée de coercition ni de tromperie, et si elle n'a pas pour résultat travail forcé ou quasi-esclavage, ce n'est pas de la traite. ». Asia Foundation, Population Council. *Prevention of Trafficking and the Care and Support of Trafficked Persons in the Context of an Emerging HIV/AIDS Epidemic in Nepal*. Asia Foundation, 2001. Sur le site: <http://www.asiafoundation.org/pdf/NepalTrafficking.pdf>.

¹³⁷ Protocole de Palerme. *Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons Especially Women and Children, supplementing the United Nations Convention against Transnational Organized Crime* (Protocole pour la prévention, la suppression et la répression de la traite d'êtres humains, en particulier de femmes et d'enfants, additionnel à la Convention contre le crime organisé transnational) (Art.3). Sur le site: http://www.uncjin.org/Documents/Conventions/dcatoc/final_documents_2/convention_%20traff_eng.pdf. Consulté le 18 mai 2006.

¹³⁸ Organisation internationale du travail. *Une Alliance mondiale contre le travail forcé. Rapport global en vertu du suivi de la Déclaration de l'OIT relative aux principes et droits fondamentaux au travail*. Genève: OIT, 2005. Sur le site: http://www.ilo.org/dyn/declaris/DECLARATIONWEB.DOWNLOAD_BLOB?Var_DocumentID=5060. Consulté le 5 janvier 2006.

¹³⁹ Une femme qui est entrée au Kosovo par le biais de la traite, sachant qu'elle travaillerait dans l'industrie du sexe, est citée dans le Rapport d'AI : « Ce n'est pas ce que j'attendais, je croyais que je serais payée... que je pourrais choisir mes clients. Ce n'est pas de la prostitution. » Voir : Amnesty International. *Kosovo (Serbie-Monténégro): «Mais alors, on a des droits ?». La traite des femmes et des jeunes filles prostituées de force au Kosovo : protéger leurs droits fondamentaux*. AI Index: EUR 70/010/2004. Sur le site: <http://web.amnesty.org/library/index/fraEUR700102004?open&of=fra-YUG>.

C'est là un domaine d'importance croissante du travail des personnels infirmiers dans de nombreuses parties du monde. Mais ce travail avec les femmes victimes de la traite comporte certains risques pour celles qui y participent. Le document de l'OMS intitulé *Ethical and safety recommendations in interviewing trafficked women*, publié en 2003 note ceci :

interroger une femme victime de la traite pose un certain nombre de problèmes éthiques et de questions de sécurité pour l'intéressée, pour ses proches, et pour celui qui l'interroge. Pour minimiser les dangers et accroître les chances qu'une femme révèle des informations précises et appropriées, il faut s'efforcer de bien comprendre les risques, les aspects éthiques, et les réalités pratiques de la traite¹⁴⁰.

Le statut juridique incertain des victimes de la traite qui sont en même temps des migrantes sans papiers peut empêcher l'accès aux soins de santé pour ces femmes. Elles peuvent éprouver de la réticence à parler librement à une infirmière ou à d'autres soignants par peur, par exemple, de subir des poursuites ou d'être expulsées.

AI pense que, en accord avec l'Observation générale N°19 de la CEDAW, les États doivent exercer leur obligation d'agir pour empêcher, poursuivre et sanctionner les actes de violence contre les femmes et enquêter à leur sujet, qu'ils soient perpétrés par des agents de l'État ou des personnes privées, et quel que soit le statut des victimes au regard des lois sur l'immigration ou le travail¹⁴¹. Cependant, actuellement, la majorité des auteurs de ces actes ne sont pas traduits en justice. Au lieu de cela, les femmes victimes de la traite sont parfois considérées comme délinquantes et expulsées, quelquefois vers le lieu où leurs exploiters sont allés les chercher. Pour lutter contre ces atteintes aux droits des femmes dans le contexte de la traite et de l'exploitation sexuelle, il faut une réponse coordonnée par toute une gamme d'intervenants. Le personnel infirmier peut apporter sa propre expérience clinique à ce débat et à la mise au point d'une politique.

Pour réagir à la rapidité bien connue avec laquelle les gouvernements expulsent les femmes victimes de la traite, la Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains demande, dans son Article 13, une période de réflexion pour les personnes dont on constate qu'elles ont subi la traite, afin qu'elles puissent « se rétablir et échapper à l'influence des trafiquants et/ou prennent, en connaissance de cause, une décision quant à leur coopération avec les autorités compétentes »¹⁴². Amnesty International demande aux autorités de veiller à ce que tous les enfants et les femmes victimes de la traite et détenus par des responsables de l'application des lois soient pleinement informés de leurs droits et de la façon d'en bénéficier, y compris des droits d'avoir un avocat indépendant ainsi qu'un interprète indépendant et impartial, et d'être informés sur toutes les options qui s'offrent à eux.

4.2.4 Les pratiques nocives

4.2.4.1 Les mutilations génitales féminines (MGF)

On estime que dans le monde entier, plus de 130 millions de femmes et jeunes filles ont été soumises à la pratique de l'excision ou de mutilations des organes génitaux externes, autrefois appelées circoncision féminine, et aujourd'hui plus généralement désignées comme mutilations

¹⁴⁰ Zimmerman C, Watts C. *ILO Ethical and Safety Recommendations for Interviewing Trafficked Women*. London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2003. Sur le site: <http://www.oscebih.org/documents/1372-eng.pdf>. Consulté le: 19 avril 2005.

¹⁴¹ Voir aussi les 11 principes exposés dans les *Principes et directives concernant les droits de l'homme et la traite des êtres humains : recommandations*. Rapport présenté au Conseil économique et social par le Haut Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme. Document de l'ECOSOC E/2002/68/Add.1, sur le site: <http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/88b2ee85676902f3c1256991004df004/bee45c5723ab3ec7c1256bf300522a2a?OpenDocument>

¹⁴² La Convention se trouve sur le site: http://www.coe.int/T/E/human_rights/trafficking/PDF_Conv_197_traite_F.pdf

génitales féminines (MGF) ou excision¹⁴³. Les MGF sont une pratique qui a lieu dans de nombreuses parties du monde au nom de diverses justifications culturelles, religieuses et esthétiques, qui postulent toujours des valeurs patriarcales¹⁴⁴. Les MGF se pratiquent dans les pays d'Afrique orientale et occidentale, et au sein de certaines populations de la péninsule arabique, et se sont étendues à d'autres régions par l'émigration¹⁴⁵. Elles prennent différentes formes, depuis l'ablation partielle ou totale du clitoris (clitoridectomie), en passant par l'ablation de la totalité du clitoris et des petites lèvres (excision), jusqu'à l'ablation de la totalité des parties génitales externes avec suture des deux côtés de manière à laisser seulement une petite ouverture pour le passage de l'urine et du sang menstruel (infibulation).

Les mutilations génitales féminines peuvent avoir des conséquences épouvantables sur la santé des femmes et des jeunes filles, qui peuvent prendre la forme d'hémorragie, infection, problèmes urinaires, traumatisme et décès. Les complications à long terme peuvent comprendre la stérilité, et des douleurs pendant la miction, les règles et les rapports sexuels. À l'accouchement, les femmes peuvent subir des déchirures sévères, des hémorragies post-partum, la septicémie et la mort¹⁴⁶. De plus en plus souvent, des femmes s'enfuient avant de subir les MGF, et demandent asile, mais le nombre de celles qui réussissent reste faible¹⁴⁷. Cependant, l'augmentation progressive de l'émigration a pour conséquence que ce problème est porté de plus en plus souvent à l'attention des travailleurs de la santé en dehors des régions où les MGF étaient historiquement pratiquées¹⁴⁸.

Un certain nombre d'organisations nationales et internationales ont mis au point des programmes de formation pour les infirmières et sages-femmes, afin d'accroître la prise de conscience des travailleurs de la santé et de leur permettre d'argumenter contre cette pratique. L'OMS a conçu des outils d'enseignement spécialement destinés aux infirmières et sages-femmes qui travaillent là où cette pratique est le plus généralisée¹⁴⁹.

Malgré les effets potentiellement dévastateurs des MGF sur les femmes et jeunes filles, les critiques purement axées sur la santé risquent d'avoir, sans qu'on le veuille, comme conséquence, un accroissement de la pression sur les professionnels de santé pour qu'ils participent, et pour que l'opération soit réglementée et réalisée dans une clinique ou un hôpital¹⁵⁰. (150) Une étude publiée en 2001 a conclu que 70 % des jeunes filles de l'ethnie Abagusii dans l'ouest du Kenya qui sont passées par ce rite ont déclaré avoir été excisées par une infirmière ou un médecin, tandis qu'un

¹⁴³ Voir la fiche de l'OMS sur les MGF, sur le site: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/index.html>. Consulté le 18 mars 2006.

¹⁴⁴ Amnesty International. *Femmes. Violences et santé*. AI Index: ACT 77/001/2005, 18 février 2005

¹⁴⁵ Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. Female genital cutting (mutilation/circumcision): ethical and legal dimensions. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2002; 79:281-7.

¹⁴⁶ Cook RJ, Dickens BM, Falhalla MF. *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics and Law*. Oxford: Clarendon Press 2003; Amnesty International. *Femmes. Violences et santé*. AI Index: ACT 77/001/2005. Sur le site: <http://web.amnesty.org/library/index/frACT770012005?open&of=fr-373>.

¹⁴⁷ Aux Etats-Unis, dans l'affaire Kasinga (1996) qui fait référence, la Cour a décrété que "les mutilations génitales féminines, qui causent une dégradation permanente, et présentent un risque de complications sérieuses et potentiellement mortelles, peuvent faire l'objet de poursuites pour persécution." Bien que, dans le cas faisant l'objet de cet appel, l'asile ait été accordé, et que d'autres requêtes, motivées par des MGF, puissent être déposées suite à cet arrêt, l'arrêt n'a pas fait de cette atteinte un motif spécifique pour accorder l'asile. Voir : Amnesty International USA. *Women's human rights*. Sur le site: <http://www.amnestyusa.org/women/asylum/>. Consulté le 18 octobre 2005.

¹⁴⁸ Thierfelder C, Tanner M, Bodiang CMK. Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health* 2005; 15:86-90.

¹⁴⁹ Organisation mondiale de la santé. Documents sur le site: http://www.who.int/reproductive-health/pages_resources/listing_fgm_en.html et notamment *Female genital mutilation – The prevention and the management of health complications: Policy guidelines for nurses and midwives*. Genève: OMS, 2001. Sur le site: http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_18_fgm_policy_guidelines/

¹⁵⁰ Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics and Law*. Oxford: Clarendon Press 2003.

praticien traditionnel avait opéré sur pratiquement toutes leurs mères¹⁵¹. Les tentatives pour « médicaliser » cette pratique afin d'essayer d'en réduire les conséquences négatives pour la santé ont soulevé l'opposition de nombreux organismes sanitaires et notamment du CII¹⁵² au motif que les MGF, quelle que soit leur forme, sont une violence à l'égard des femmes et constituent une violation de leurs droits humains fondamentaux.

Le gouvernement du Kenya a tenté de réduire le nombre de jeunes filles qui sont soumises à cette pratique. La Loi sur les enfants de 2001 a rendu illégales les MGF pour les jeunes filles de moins de dix-sept ans. Mais l'information concernant les conséquences judiciaires des MGF reste confidentielle, et la pratique courante. Il y a des signes qui montrent qu'une sensibilisation de la population aurait plus de chances de modifier les attitudes vis-à-vis de cette pratique¹⁵³.

L'Assemblée générale de l'ONU, dans sa Résolution 56 /128 du 30 janvier 2002 , sur « *les Pratiques traditionnelles ou coutumières préjudiciables à la santé des femmes et des filles* » demande aux Etats qui ont ratifié la CEDAW et la Convention relative aux droits de l'enfant de « mettre au point, adopter et mettre en œuvre au plan national une législation, des politiques, des plans et des programmes qui interdisent les pratiques traditionnelles coutumières qui affectent la santé des femmes et jeunes filles... et de poursuivre les auteurs de ces pratiques ». Elle appelle aussi les États à « aborder spécialement, dans la formation des personnels de santé et autres agents concernés, la question des pratiques traditionnelles ou coutumières qui affectent la santé des femmes et des jeunes filles, en se préoccupant également de la vulnérabilité accrue des femmes et jeunes filles au VIH/Sida et à d'autres maladies sexuellement transmissibles causées par ces pratiques »¹⁵⁴.

4.2.4.2 Les tests de virginité

Des prétendus « tests de virginité » sont pratiqués dans un certain nombre de pays d'Afrique, d'Asie, du Moyen-Orient, et de manière sporadique ailleurs¹⁵⁵. Dans certaines cultures qui accordent une grande valeur à la virginité féminine avant le mariage, la famille du futur mari peut demander l'assurance qu'une femme ou une jeune fille est vierge avant que le mariage soit célébré. Lorsqu'on se met d'accord pour un test, les médecins et infirmières sont généralement invités à examiner les organes génitaux externes de la femme pour déterminer si oui ou non celle-ci a eu une activité sexuelle¹⁵⁶. Dans certaines régions, comme certaines parties de l'Afrique, les tests de virginité sont exécutés par des femmes plus âgées, officiellement pour promouvoir la chasteté féminine (c'est-à-dire, en d'autres termes, pour contrôler la conduite sexuelle des jeunes femmes). Plus récemment cette pratique a été recommandée en Afrique australe comme moyen d'enrayer l'extension du VIH/Sida. Cependant, des organisations d'Afrique australe ont exprimé leur

¹⁵¹ Chege JN, Askew I, Liku J. *An assessment of the alternative rites approach for encouraging abandonment of female genital mutilation in Kenya*. Washington, DC: Population Council, 2001, p.14. Sur le site:

http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Kenya_FGC.pdf Consulté le 22 octobre 2005. Voir aussi Njue C, Askew I. *Medicalization of female genital cutting among the Abagusii in Nyanza Province, Kenya*. Washington, DC: Population Council, 2004. Sur le site:

http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Kenya_FGC_Med.pdf.

¹⁵² Conseil international des infirmières. *Élimination de la pratique des mutilations génitales féminines*. Sur le site:

<http://www.icn.ch/psgenitalf.htm>.

¹⁵³ Voir Chege *et al.*, note 152 ci-dessus.

¹⁵⁴ Clause 3(d), General, A/RES/56/128, 30 Janvier 2002. Sur le site <http://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?Open&DS=A/RES/56/128&Lang=E>. Consulté le 9 mai 2006.

¹⁵⁵ Frank MW, Bauer HM, Arican N, Financi SK, Iacopino V. Virginité examinations in Turkey: role of forensic physicians in controlling female sexuality. *Journal of the American Medical Association* 1999; 282(5): 485-90. 'Virginité testing leaves medical experts uneasy', *Sunday Times*, 3 décembre 2004. Sur le site:

<http://www.suntimes.co.za/zones/sundaytimesNEW/newsst/newsst1102067035.aspx>.

¹⁵⁶ Dans certaines juridictions, ce test est présenté comme essentiel pour déterminer si une atteinte sexuelle a eu lieu. Compte tenu des objectifs limités du "test de virginité", pareille approbation de l'examen médico-légal sur allégation d'agression sexuelle est déplacée, et ce 'test' ne devrait pas être comparé à un véritable examen médico-légal.

préoccupation devant le fait que cette pratique ne fait pas appel à la responsabilité des hommes dans l'extension du VIH/Sida et qu'elle est donc discriminatoire en elle-même. Elle semble faire porter le fardeau de la responsabilité et de la faute entièrement sur les jeunes filles et jeunes femmes¹⁵⁷.

La pratique des tests de virginité est interdite en Turquie depuis 2002, suite à la tentative de suicide de cinq collégiennes qu'on avait menacé d'examiner de force. Bien que les tests de virginité soient considérés par les autorités comme une forme de violences liées au sexe et qu'ils soient interdits par les lois du pays, des études récentes montrent que des femmes, en Turquie, sont couramment soumises à des examens par des médecins légistes, à la fois pour des raisons juridiques et sociales.

Dans une étude réalisée en 2003, des chercheurs turcs ont indiqué que 80 % des infirmières et sages-femmes interrogées avaient déclaré avoir été présentes au cours de l'examen de l'hymen réalisé pour déterminer la virginité du sujet ; un peu plus de la moitié des participantes ont indiqué que la virginité était quelque chose d'important et plus de la moitié désapprouvaient les relations sexuelles avant le mariage¹⁵⁸. De plus, même après l'interdiction de cette pratique, une étude menée dans un hôpital d'Istanbul a conclu que 208 femmes avaient subi «volontairement» un test de virginité pour des raisons sociales, ce qui montre qu'il faut changer les attitudes tout autant que les lois si l'on veut mettre fin à cette pratique¹⁵⁹. Le Rapporteur spécial de l'ONU sur les violences faites aux femmes a exprimé sa préoccupation sur le fait que cette pratique «est dégradante pour les femmes et constitue une violation de leur droit» à la dignité et à l'égalité, et il a demandé aux organismes d'État de ne pas collaborer à cette pratique¹⁶⁰. Il est difficile de trouver une motivation médicale satisfaisante pour ces tests de virginité, et les professionnels de santé qui réalisent ces examens ou y contribuent semblent être complices d'un comportement contraire à l'éthique et d'une violation des droits humains de la femme.

4.2.4.3 Les « crimes d'honneur »

Dans presque toutes les cultures, on demande aux femmes de se conformer à des rôles stéréotypés en tant que femmes et à des codes moraux et comportementaux discriminatoires. Dans certains pays ou populations, le châtiment pour celles qui enfreignent ces codes, volontairement ou non, peut être sévère, et aller jusqu'à la mort, généralement infligée par les proches de la femme ou son partenaire masculin¹⁶¹. Ces actes, infligés du point de vue de leurs auteurs pour préserver « l'honneur » d'une famille ou d'une communauté, sont en réalité des crimes. D'autres « crimes d'honneur » peuvent consister, pour une femme, à être fouettée, humiliée publiquement, blessée physiquement ou expulsée de sa communauté.

¹⁵⁷ Scorgie F. Virginité testing and the politics of responsibility: implications for AIDS intervention. *African Studies* 2002, 61: 55-75.

¹⁵⁸ Gursoy E, Vural G. Nurses' and midwives' views on approaches to hymen examination. *Nursing Ethics* 2003; 10: 485-96.

¹⁵⁹ Cité dans: Amnesty International. *Turquie. Les femmes et la violence au sein de la famille*. Londres, 2004. Sur le site: <http://web.amnesty.org/library/index/fraEUR440132004?open&of=fra-TUR>. Consulté le 12 mai 2006.

¹⁶⁰ Rapport préliminaire présenté par Radhika Coomaraswamy, Rapporteur Spécial sur les violences faites aux femmes, leurs causes et conséquences, en accord avec la Résolution de la Commission des droits de l'homme 1994/45, E/CN.4/1995/42, du 22 Novembre 1994; Rapport de Radhika Coomaraswamy, Rapporteur Spécial sur les violences faites aux femmes, leurs causes et conséquences, en accord avec la Résolution de la Commission des droits de l'homme 2001/49. Les pratiques culturelles familiales qui sont des violences envers les femmes. E/CN.4/2002/83, 31 janvier 2002; E/CN.4/2003/75/Add.1. Les évolutions aux niveaux international, régional et national dans le domaine des violences faites aux femmes 1994-2003, E/CN.4/2003/75/Add.1.

¹⁶¹ Human Rights Watch. *Honoring the killers: Justice denied for 'honor' crimes in Jordan*. New York: Human Rights Watch, avril 2004; 16:1(E).

Dans certains pays, des personnels infirmiers peuvent être confrontés aux effets des violences infligées à une femme considérée comme ayant souillé la réputation de sa famille. Suivant les cas elle a été violée, accusée de s'être livrée à un comportement sexuel inapproprié, d'avoir refusé les projets de mariage d'une famille, ou d'avoir été vue seule avec un homme qui n'était pas de sa parenté. L'acte de violence est destiné à restaurer « l'honneur » de la famille. Lorsque des victimes qui ont survécu à ces violences arrivent dans le système de soins de santé, se posent des questions concernant la sécurité de la victime, du personnel et des autres patients, ainsi que les problèmes spécifiques concernant les soins à apporter à cette femme traumatisée.

Turquie : tuées pour « l'honneur »

En février 2004, peu après la naissance de son enfant, Guldunya Toren, femme turque célibataire âgée de 22 ans, a été blessée par balles dans la rue par ses deux frères. Elle a été conduite à l'hôpital à Istanbul, où elle a supplié la police de la sauver. Mais on l'a laissée sans protection et, au milieu de la nuit, ses frères sont entrés dans l'hôpital qui n'était pas gardé, et l'ont tuée d'une balle dans la tête¹⁶².

On signale en Turquie des niveaux élevés de violences à l'encontre des femmes. 59 % d'entre elles étaient victimes de violences, suivant une étude menée en 2001 dans les dispensaires de quartier de la ville de Bursa, au nord-ouest du pays¹⁶³. Amnesty International signale que les violences faites aux femmes sont systématiquement ignorées tant par le gouvernement que par l'appareil judiciaire en Turquie. Les enquêtes sur les actes de violence commis contre des femmes sont rares et les châtiments pour les violeurs sont légers s'ils promettent d'épouser leur victime¹⁶⁴.

4.2.4.4 Les mariages prématurés

Le mariage prématuré est une autre pratique traditionnelle nocive pour les femmes, que les infirmières et sages-femmes risquent de rencontrer dans certaines parties du monde : l'UNICEF le définit comme le mariage d'enfants et d'adolescents avant l'âge de dix-huit ans¹⁶⁵. Le mariage prématuré peut avoir des conséquences sérieuses sur la santé mentale et physique, en particulier si la jeune fille est très jeune lorsqu'elle se marie ou si elle est mariée contre sa volonté. Un accouchement alors que la mère est trop jeune peut entraîner des problèmes de santé pour la procréation, et même le décès de la mère, avec des risques plus grands pour la santé de l'enfant¹⁶⁶.

4.2.4.5 Autres pratiques

D'autres pratiques ont des conséquences sur l'autonomie et le bien-être de la femme. Par exemple, « le fait d'hériter de l'épouse », par lequel une femme est transmise par « héritage » au frère ou à un parent de son mari à son décès : cette pratique ne respecte pas le droit d'une femme à donner son consentement et l'expose à des risques pour sa santé, en particulier en cas de présence élevée du VIH dans son entourage¹⁶⁷.

¹⁶² Amnesty International. *Femmes. Violences et santé*. London, AI Index: ACT 77/001/2005.

¹⁶³ Ergin N, Bilgel N. A survey to establish the situation re violence against women in central Bursa. *Journal of Nursing*, Turkish Nursing Association, 2001, 51: 10. Cité dans: Amnesty International. *Turquie. Les femmes et la violence au sein de la famille*. AI Index: EUR 44/013/2004.

¹⁶⁴ Amnesty International. *Turquie. Les femmes et la violence au sein de la famille*. AI Index: EUR 44/013/2004.

¹⁶⁵ UNICEF. *Early Marriage: Child Spouses*. Innocenti Digest, No. 7, mars 2001, Centre de recherche Innocenti, UNICEF, Florence, Italie.

¹⁶⁶ Senderowitz J. *Adolescent Health: Reassessing the Passage to Adulthood*. Document de réflexion de la Banque mondiale, no. 272. Washington DC: Banque mondiale.

¹⁶⁷ Amnesty International. *Memorandum to the Government of Swaziland on the Sexual Offences and Domestic Violence Bill, 2005*. AI Index: AFR 55/003/2006.

4.2.5 L'intervention de la médecine légale après les atteintes: le rôle des soignants

La médecine légale est l'application de la compétence et des connaissances médicales à l'élucidation des problèmes judiciaires. La médecine légale a une longue histoire et a grandement contribué à installer la primauté de la loi dans de nombreux pays, et plus récemment, à apporter des preuves dans des affaires concernant les droits humains ainsi qu'un cadre pour l'étude des violations de ces droits¹⁶⁸. Mais c'est une branche de la médecine qui est constamment sous pression du point de vue de ses ressources. En conséquence de cela, la formation des personnels infirmiers aux procédures de médecine légale tend à leur donner un pouvoir accru dans ce domaine, en particulier lorsqu'il s'agit de violences sexuelles, et notamment de viol.

L'efficacité des poursuites dans les cas de violences sexuelles dépend de la précision et du caractère exhaustif des éléments de preuve médico-judiciaires. En cas de viol, la collecte de ces éléments peut être entravée pour un certain nombre de raisons, et notamment la réticence de la victime à subir un examen et à déposer plainte, pour divers motifs : la peur, la méfiance, la crainte que les conclusions ne restent pas confidentielles. Cela peut refléter aussi le souhait d'une femme d'éviter de nouvelles causes de stress, le manque de moyens médicaux, l'impression ressentie par le personnel médical qu'il n'est pas suffisamment compétent pour réaliser les tests nécessaires. Au cours de la décennie passée, on a constaté des progrès significatifs dans le développement des compétences spécialisées des personnels infirmiers en médecine légale, avec un accent particulier sur les examens à réaliser après une agression sexuelle¹⁶⁹. Une première évaluation de ce travail montre que ces programmes de médecine légale pour soignants peuvent être efficaces¹⁷⁰.

Les chercheurs en médecine légale ont mis au point des protocoles de plus en plus rigoureux pour tenter de renforcer la qualité des preuves. L'OMS a financé l'élaboration d'un manuel concernant les enquêtes et observations relatives aux violences sexuelles, destiné aux médecins et aux personnels infirmiers, afin d'améliorer la collecte des preuves¹⁷¹.

¹⁶⁸ L'Association américaine pour le progrès de la science (<http://www.aaas.org>) et aussi les Médecins pour les droits de l'homme (<http://www.phrusa/research/forensics/index.html>) ont fait œuvre de pionniers pour l'application de la médecine légale aux travaux d'enquête relatifs aux droits humains. Voir aussi : Amnesty International. *A workshop on the application of forensic skills to the detection and documentation of human rights violations, Durban, South Africa, 3 to 5 Juillet 1998. Final Report.* AI Index: ACT 75/012/1999; Amnesty International. *Protecting the human rights of women and girls. A medico-legal workshop on the care, treatment and forensic medical examination of rape survivors in Southern and East Africa, Durban, 2002*; McQuoid-Mason D, Pillemer B, Friedman C, Dada M. *Crimes against women and children.* Université de Dundee et Service indépendant de médecine légale, 2002. Sur le site: [http://www.dundee.ac.uk/forensicmedicine/Crimes against Women and Children/women children.html](http://www.dundee.ac.uk/forensicmedicine/Crimes%20against%20Women%20and%20Children/women%20children.html)

¹⁶⁹ Sexual assault nurse examiner education guidelines. Pitman NJ: International Association of Forensic Nurses, 1997. Voir aussi: A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations: Adults/Adolescents. Washington DC: Ministère de la Justice des Etats-Unis, Bureau des violences à l'encontre des femmes, septembre 2004. Sur le site: <http://www.ncjrs.org/pdffiles1/ovw/206554.pdf>. Consulté le 12 octobre 2005.

¹⁷⁰ Campbell R, Patterson D, Lichty LF. The effectiveness of sexual assault nurse examiner (SANE) programs: a review of psychological, medical, legal, and community outcomes. *Trauma Violence and Abuse* 2005; 6(4):313-29.

¹⁷¹ Organisation mondiale de la santé. *Guidelines for Medico-legal Care for Victims of Sexual Violence.* Genève: OMS, 2004; Sur le site: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/med_leg_guidelines/en/. Consulté le 12 octobre 2005.

4.3. Détenus et prisonniers : les défis posés aux personnels infirmiers

Les normes relatives aux droits humains s'appliquent aux prisonniers tout comme aux citoyens libres. Elles figurent dans les principaux traités relatifs aux droits de l'Homme comme la Charte internationale des droits de l'homme¹⁷², les instruments concernant les prisons comme l'Ensemble des règles minima de l'ONU pour le traitement des détenus¹⁷³ et l'Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement¹⁷⁴, ainsi que dans des traités régionaux.

Les personnels infirmiers font partie des professionnels de santé qui apportent des soins de santé à ceux qui sont en prison et en détention, quelquefois dans des situations qui semblent entrer en conflit avec leur rôle de soignant¹⁷⁵. Les personnels infirmiers doivent protéger le droit à la santé et à l'intégrité physique et mentale des détenus et s'efforcer de maintenir leur dignité.

Comme indiqué ci-dessus, *Le Rôle des infirmières dans les soins aux prisonniers et aux détenus*, adopté par le CII en 1975 et révisé en 1998, confirme les Conventions de Genève et la Déclaration universelle des droits de l'homme et « condamne l'utilisation de toute méthode [d'interrogatoire] nocive pour la santé mentale et physique des prisonniers et détenus. »

Les personnels infirmiers ont également le devoir de protester contre les mauvais traitements et de refuser d'assister à la torture ou d'y participer. Le Code du CII stipule encore que « les personnels infirmiers qui ont connaissance de mauvais traitements physiques ou mentaux sur les détenus et prisonniers doivent prendre des mesures appropriées, comme signaler le problème aux organismes appropriés, nationaux et/ou internationaux ». Il rejette également les injonctions adressées aux soignants pour qu'ils jouent le rôle de personnels de sécurité, par exemple en pratiquant des fouilles à corps pour des raisons de sécurité. Il subsiste cependant une contradiction concernant les fouilles à corps intimes par des infirmiers pour des raisons non-médicales. Au Royaume-Uni par exemple, les fouilles intimes sur des orifices corporels autres que la bouche ne peuvent généralement être exécutées que par un praticien médical ou un membre du personnel infirmier dûment enregistré, avec l'autorisation d'un gradé de la police. Le consentement n'est pas légalement requis bien qu'il soit recommandé par l'Ordre des Médecins Britannique lorsqu'un médecin est impliqué¹⁷⁶. Pour des fouilles à corps moins intimes, un membre du personnel infirmier du même sexe peut fouiller les personnes détenues en vertu de la Loi sur la santé mentale

¹⁷² La Charte internationale des droits de l'homme comprend la Déclaration Universelle des droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, ainsi que ses deux Protocoles additionnels. Sur le site: http://www.unhcr.ch/french/html/intlinst_fr.htm. Consulté le 14 mai 2006.

¹⁷³ Adopté par le premier Congrès des Nations unies sur la prévention de la criminalité et le traitement des délinquants, tenu à Genève en 1955 et approuvé par le Conseil économique et social dans ses résolutions 663 C (XXIV) du 31 juillet 1957 et 2076 (LXII) du 13 mai 1977. Sur le site: <http://www.ohchr.org/french/law/detenus.htm>

¹⁷⁴ Référence : G.A. res. 43/173, annex, 43 U.N. GAOR Supp. (No. 49) at 298, U.N. Doc. A/43/49 (1988). Sur le site: <http://www.ohchr.org/french/law/detention.htm>. Consulté le 13 mai 2006.

¹⁷⁵ Médecins pour les droits de l'homme, Université du Cap. *Dual Loyalty and Human Rights in Health Professional Practice: Proposed Guidelines and Institutional Mechanisms*. Boston: PHR, 2003. Sur le site: http://www.phrusa.org/healthrights/dual_loyalty.html. Consulté le 30 mars 2006.

¹⁷⁶ British Medical Association. *Healthcare of detainees in police stations*. Deuxième édition. Londres: BMA, 2004. Sur le site: [http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/Detainees/\\$file/Detainees.pdf](http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/Detainees/$file/Detainees.pdf). Consulté le 9 Janvier 2006. Ceci reste un domaine controversé de la médecine légale. La recommandation No. R (98)7 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe aux Etats membres, concernant les Aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en prison (1998), a recommandé que les médecins ne procèdent pas à des examens intimes sans nécessité médicale. La délégation danoise a émis une réserve indiquant que les non-médecins ne devaient pas pratiquer ces examens, et qu'ils ne devraient être pratiqués par un médecin qu'avec le consentement du détenu. Voir l'exposé dans CPT Working Paper, Physicians Acting At The Authorities' Request For Non-Medical Purposes, septembre 2001. Sur le site: http://www.cpt.coe.int/EN/working_documents/cpt-2001-65-eng.pdf.

de 1983 lorsqu'il y a des motifs raisonnables de le faire et une autorisation de l'officier responsable sur le plan médical¹⁷⁷.

4.3.1 La prison

L'environnement carcéral peut mettre à rude épreuve la capacité du personnel infirmier ou de la sage-femme d'apporter des soins. Les normes de la déontologie et des droits humains exigent des personnels infirmiers de :

- ne pas tolérer des traitements cruels et dégradants sur les détenus et prisonniers, ne pas y participer, et ne pas accepter des conditions très éloignées des normes internationales, en d'autres termes le fait de constater de pareilles maltraitances ou conditions indignes doit inciter le soignant à réagir rapidement ;
- s'efforcer d'apporter des soins appropriés aux détenus et prisonniers en conformité avec les règles de la déontologie;
- éviter d'enfreindre les règles de la confidentialité, de négliger celles qui concernent un consentement éclairé, de manquer de respect envers l'autonomie d'une personne, tous ces comportements constituant des infractions à la déontologie des personnels infirmiers¹⁷⁸.

Cependant, Amnesty International a constaté les difficultés éprouvées par certain(e)s infirmiers/ères pour s'occuper des prisonniers. Dans le monde entier, les services de santé des prisons sont souvent considérés comme une basse priorité, et la formation et les moyens sont inadaptés. Les gens qui entrent en prison sont souvent en moins bonne santé que la moyenne, avec en particulier des niveaux plus élevés de maladie mentale et manquent souvent de capacités sociales et d'éducation. La fourniture des soins de santé et la formation du personnel de prisons ne sont souvent pas conformes aux normes qui s'appliquent de manière générale dans la société. Au Kenya, dans les années 1990, on exigeait des personnels infirmiers qu'ils donnent des soins médicaux pour lesquels ils n'étaient pas formés, et ils se trouvaient en position de faiblesse pour exiger une prise en charge médicale complète pour les prisonniers. Il y avait également un manque de soutien déontologique pour les professionnels de santé travaillant dans ce milieu. Dans un Rapport de 1997, AI a recommandé au gouvernement kenyan d'améliorer, en quantité et en qualité, la formation des professionnels de santé sur le plan déontologique afin de contribuer à lutter contre la torture dans les prisons du Kenya¹⁷⁹. Depuis lors, des organismes professionnels ont pris plus fermement position sur les droits humains et des ONG ont intégré le point de vue sanitaire dans leurs efforts. En 2005, des membres du personnel infirmier ont participé à un atelier, organisé par les Médecins pour les droits de l'homme des États-Unis (Physicians for Human Rights), pour renforcer les revendications demandant une Charte complète des soins infirmiers et faire en sorte que cette Charte fasse référence aux droits humains¹⁸⁰.

Tout soin infirmier assuré par l'administration de la prison devrait être au moins comparable à ce que la population peut obtenir à l'extérieur¹⁸¹. Les Principes de base sur le

¹⁷⁷ Le Comité des droits de l'homme (CDH) a déclaré que les personnes "soumises à des fouilles corporelles par des agents de l'Etat, ou par du personnel médical agissant à la demande de l'Etat, ne devaient être examinées que par des personnes du même sexe". L'observation générale No.16 du CDH para. 8. L'article 17 du Pacte International relatif aux droits civils et politiques auquel le CG 16 se réfère parle du "droit au respect de sa vie privée... et à la protection de son honneur et de sa réputation".

¹⁷⁸ Coyle A. *A Human Rights Approach to Prison Management*. Londres: International Centre for Prison Studies. Sur le site: <http://www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/publications.html>.

¹⁷⁹ Amnesty International. *Kenya: Detention, torture and health professionals*. Londres: AI Index: AFR 32/001/1997. Sur le site: <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGAFR320011997>. Consulté le 27 juin 2005.

¹⁸⁰ Médecins pour les droits de l'homme. Ateliers de persuasion. Nairobi et Eldoret, juillet 2005

¹⁸¹ L'une des mesures permettant d'appliquer ce principe consiste à intégrer les services sanitaires des prisons au cadre national de la santé. Par une loi de janvier 1994, les autorités françaises ont transféré la responsabilité des soins de santé en prison du Ministère de la Justice au secteur public hospitalier. L'objectif de ce transfert était de garantir aux

traitement des prisonniers (Principe 9) stipulent que « les détenus ont accès aux services de santé existant dans le pays, sans discrimination aucune du fait de leur statut juridique »¹⁸². Dans les cas où les possibilités de soins médicaux ne sont pas suffisantes, on doit prévoir des dispositifs pour que les personnels soignants puissent recommander des modifications. De telles requêtes, qui correspondent à un devoir de soins à l'égard des prisonniers, ne doivent pas remettre en question la fonction ni l'emploi de l'infirmier/ère par l'administration de la prison. Les associations nationales de personnels infirmiers devraient donner la possibilité aux soignants qui travaillent dans les prisons d'obtenir des conseils confidentiels et un soutien de leur part¹⁸³.

Dans certains pays, les femmes enceintes sont enchaînées lors des transferts de la prison à un autre lieu ou à l'intérieur des établissements médicaux. Aux États-Unis, les services pénitentiaires de 38 États, ainsi que le Bureau fédéral des prisons, ont la possibilité d'utiliser des entraves sur les femmes enceintes même au troisième trimestre de la grossesse¹⁸⁴. Pareilles dispositions présentent des dilemmes, du point de vue déontologique, à ceux qui sont responsables de la santé des femmes enceintes.

En septembre 2005, Samantha Luther, prisonnière du Wisconsin, aurait été conduite à l'hôpital local menottée et les jambes entravées, et informée qu'on allait provoquer le travail de l'accouchement. Il restait deux semaines à courir avant la date prévue pour la naissance. Selon nos informations, on lui a enlevé les menottes en lui laissant les fers avec environ 45 cm d'écartement entre les chevilles. Le médecin a provoqué l'écoulement du liquide amniotique et l'a fait marcher dans le hall de l'hôpital pendant plusieurs heures. « C'était si humiliant », dit-elle. Le travail ne commençant pas, il a été provoqué, et Samantha Luther aurait gardé ses entraves jusqu'à quelques instants avant la naissance. Elle a déclaré : « J'ai eu les fers aux pieds jusqu'à ce que le bébé sorte et c'est alors qu'ils les ont enlevés pour que je pousse... c'était incroyable. »¹⁸⁵

Shawanna Nelson, prisonnière en Arkansas, a dû garder les fers aux pieds pendant plus de douze heures de travail en septembre 2003 ; ils ne lui ont été retirés qu'au moment de la délivrance après des demandes répétées de la part des infirmières et d'un médecin¹⁸⁶.

Le service pénitentiaire du Wisconsin a signalé en janvier 2006 que le personnel a reçu l'instruction de mettre fin à l'usage des entraves sur les prisonnières enceintes pendant le travail, l'accouchement et la convalescence. L'Assemblée législative de Californie a voté une loi interdisant d'entraver les prisonnières enceintes pendant le travail, l'accouchement et la convalescence à la suite de cas semblables. Les normes internationales s'opposent à ce genre de pratique. Selon la Règle 33 de l'Ensemble de règles minimales pour le traitement des détenus :

Les chaînes ou fers ne doivent pas être utilisés en tant que moyen de contrainte. Les autres instruments de contrainte ne peuvent être utilisés que dans les cas suivants :

- (a) par mesure de précaution contre une évasion pendant un transfert;
- (b) pour des raisons médicales sur indication du médecin ;
- (c) sur ordre du directeur, si les autres moyens de maîtriser un détenu ont échoué, afin de l'empêcher de porter préjudice à lui-même ou à autrui ou de causer des dégâts.

prisonniers les mêmes normes en matière de soins de santé que celles dont bénéficie la population hors des prisons. Dans un premier temps, tous les détenus ont été automatiquement affiliés à la Sécurité Sociale, qui est le régime général d'assurance santé et maternité. (Voir Coyle A. *op. cit.* p.52.)

¹⁸² ONU, Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus. Adoptés et proclamés par la Résolution de l'Assemblée Générale 45/111 du 14 décembre 1990. Sur le site: <http://www.ohchr.org/french/law/traitement.htm>. Consulté le 12 octobre 2005.

¹⁸³ CII. Le rôle des personnels infirmiers dans les soins aux prisonniers et détenus. Genève: CII, 1998.

¹⁸⁴ Amnesty International USA. *Excessive Use of Restraints on Women in US Prisons: Shackling of Pregnant Prisoners*. Non daté: <http://www.amnestyusa.org/women/custody/shackling.html>. Consulté le 30 mars 2006.

¹⁸⁵ *Ibid.*

¹⁸⁶ Liptak A: Prisons often shackle pregnant inmates in labor, *New York Times* 2 mars 2006.

L'application [des instruments de contrainte] ne doit pas être prolongée au-delà du temps strictement nécessaire¹⁸⁷.

Un rapport qui fait autorité sur la déontologie dans les cas d'obligations confrontées à la double fidélité recommande ceci :

Le professionnel de santé ne devrait pas intervenir pour traiter des patients entravés ou les yeux bandés, que ce soit en milieu carcéral ou ailleurs. La seule exception devrait être dans le cas où, selon l'appréciation du professionnel de santé, une forme de contrainte est nécessaire pour la sécurité de l'individu, du professionnel de santé et/ou d'autres personnes, si le traitement ne peut être repoussé jusqu'au moment où l'individu ne présentera plus de danger. En pareil cas, le professionnel de santé peut autoriser la contrainte minimum nécessaire pour garantir la sécurité¹⁸⁸.

4.3.2 Les délinquants souffrant de maladie mentale

Beaucoup de prisonniers ont des problèmes de santé mentale. Certains arrivent en prison en partie à cause de cela ; d'autres souffrent de troubles sans rapport avec leur comportement criminel, et d'autres encore développent des maladies mentales pendant qu'ils sont en prison. Les conséquences de cette situation pèsent à la fois sur le personnel infirmier de la prison et sur celui qui travaille dans les établissements médicaux où les prisonniers peuvent être envoyés. Une étude de l'ONU sur la santé en prison a dressé la liste des principales préoccupations sanitaires en milieu carcéral comme suit : mauvais usage des substances ; maladie mentale ; maladies transmissibles ; et décès en détention¹⁸⁹. Dans un certain nombre de pays, des études ont montré un taux élevé de maladies mentales parmi les prisonniers. En Australie par exemple, on estime que 36 % des femmes et 34 % des hommes en détention ont fait un séjour en hôpital psychiatrique avant leur période actuelle d'incarcération¹⁹⁰.

En 1997, une étude menée par le Bureau national des statistiques du Royaume-Uni a conclu que 39 % des hommes condamnés et 60 % des femmes dans le même cas souffraient de problèmes tels que l'anxiété, la dépression et les phobies¹⁹¹. Par contre, seulement 12 % des hommes et 18% des femmes présentent des niveaux significatifs de symptômes névrotiques dans l'ensemble de la population¹⁹². Une conférence organisée en 2004 par le Prison Reform Trust au Royaume-Uni a suggéré des solutions autres que l'incarcération pour les délinquants malades mentaux : des dispositifs d'intervention précoce ; des établissements de soins de santé appropriés et accessibles ; et des formules diversifiées de peines pour délinquants suicidaires ou souffrant de maladie aiguë¹⁹³. Elle a également recommandé d'encourager les tribunaux à faire usage de

187 *Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus*. Adopté par le premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, tenu à Genève en 1955 et approuvé par le Conseil économique et social dans ses résolutions 663 C (XXIV) du 31 juillet 1957 et 2076 (LXII) du 13 mai 1977. Sur le site: <http://www.ohchr.org/french/law/detenus.htm>. Consulté le 30 mars 2006.

188 Médecins pour les Droits de l'Homme. Université du Cap. *Dual Loyalty and Human Rights in Health Professional Practice: Proposed Guidelines and Institutional Mechanisms*. Boston: PHR, 2003. Sur le site: http://www.phrusa.org/healthrights/dual_loyalty.html. Consulté le 30 mars 2006.

189 Tomasevski K. *Prison health: international standards and national practices in Europe*. Helsinki Institute for Crime Prevention and Control. Publication de l'ONU Série 21. Helsinki: Nations Unies, 1992.

190 Butler T. Conclusions préliminaires de l'étude sur la santé des détenus, pratiquée sur la population détenue dans le système pénitentiaire de New South Wales. 1997. Cité dans: Holmwood C, Rae D. Prison health: a different place for GPs. *Australian Family Physician* 2003; 32(10).

191 Singleton N, Meltzer H, Gatward R (with Coid J, Deasy D). *Psychiatric morbidity among prisoners: summary report*. Bureau national des statistiques. 1998. Sur le site:

http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/Prisoners_PsycMorb.pdf

192 Meltzer H et al., *OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain Report 1: The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households*. London: HMSO, 1995.

193 Stephenson P. Mentally ill offenders are being wrongly held in prisons. *British Medical Journal* 2004; 328: 1095.

solutions autres que la détention pour les petits délinquants et demandé qu'on exige des services pénitentiaires qu'ils s'alignent sur les normes nationales en matière de soins de santé. Une autre suggestion proposait qu'un organisme indépendant soit créé pour surveiller la santé dans les prisons.

Dans les établissements pénitentiaires où les conditions sont particulièrement dures ou qui semblent être conçus pour briser la volonté du prisonnier, le personnel chargé des soins de santé est parfois confronté à un dilemme : savoir s'il doit rester et aider les prisonniers au risque de paraître complice d'un régime de mauvais traitements, ou chercher à quitter cette institution (ce qui de toute façon peut se révéler difficile dans les établissements soumis à une discipline militaire)¹⁹⁴.

4.3.3 Les personnels infirmiers et les grévistes de la faim en détention

La grève de la faim peut poser des dilemmes éthiques aux parents des grévistes et à ceux qui les soutiennent, ainsi qu'au personnel médical et aux organisations de défense des droits humains, tout en mettant en danger la santé de celui qui la mène. Refuser de se nourrir pendant de longues périodes, et notamment lorsque cela fait partie d'une action politique de masse, peut entraîner des décès ou une dégradation physique et mentale à long terme. Elle correspond à une action à motivation politique et elle présente une dimension sanitaire et éthique ; cela touche aux valeurs morales du gréviste de la faim, des soignants et des décideurs de l'État, et pose un défi pour les partisans de l'intéressé et les organisations de la société civile qui œuvrent à la promotion des droits humains. Les normes éthiques actuelles fondées sur l'autonomie demandent aux médecins (et certainement aux autres intervenants) de respecter l'autonomie du patient et de s'abstenir de le nourrir contre sa volonté¹⁹⁵. Cependant, certains professionnels refusent de donner leur accord à la mort potentielle que s'infligerait un patient et sont plutôt en faveur de l'alimentation forcée des grévistes. Certains gouvernements demandent à des professionnels de santé d'alimenter de force les prisonniers qui font la grève de la faim, soulevant les questions que posent les cas de fidélité partagée. Les aspects éthiques se font de plus en plus aigus à mesure que la grève de la faim progresse, les questions concernant la compétence du patient et ce qui constitue son intérêt se font plus complexes et l'environnement politique évolue.

Australie : un mineur non accompagné demandeur d'asile et détenu fait la grève de la faim veillé par un infirmier psychiatrique.

De nombreux professionnels de santé ont exprimé leur préoccupation au sujet de la présence d'enfants demandeurs d'asile en détention en Australie. Dans une communication présentée dans le cadre de l'enquête de la Commission des Droits Humains et de l'égalité des chances sur les enfants détenus par les services d'immigration, Roshanak Vahdani infirmier psychiatrique, a exposé le cas d'un garçon afghan de seize ans, non accompagné, qui était détenu dans un centre non-précisé.

« Je l'ai trouvé extrêmement angoissé et en crise. Il pleurait continuellement, disant qu'il n'avait plus d'espoir dans la vie et me répétant qu'il voulait se tuer. Il indiquait qu'il était ainsi déprimé et agité depuis des semaines. Cela avait empiré au cours des derniers jours. Il pensait continuellement à se faire du mal depuis que la Croix-Rouge lui avait dit qu'elle ne parvenait pas à retrouver ses parents. Il pensait qu'ils étaient morts et ne voyait donc plus de raison de vivre. Il présentait les

¹⁹⁴ En février 2006, le Rapporteur spécial de l'ONU sur le droit à la santé, associé à quatre autres Rapporteurs spéciaux de l'ONU, a publié une déclaration dans laquelle ils attireraient l'attention sur la situation des personnes détenues à Guantanamo Bay, et notamment les effets de la détention à Guantanamo sur la santé mentale, et les comportements contraires à l'éthique de professionnels sur cette base. Voir : ECOSOC. La situation des personnes détenues à Guantánamo Bay, E/CN.4/2006/120, 15 février 2006. Sur le site: <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G06/112/77/PDF/G0611277.pdf?OpenElement>. Consulté le 19 mars 2006.

¹⁹⁵ World Medical Association. *Declaration on Hunger Strikers*. Adoptée par la 43ème Assemblée Médicale Mondiale à Malte, en novembre 1991 dans sa présentation revue par la 44ème Assemblée Médicale Mondiale à Marbella, Espagne, en septembre 1992. Sur le site: <http://www.wma.net/e/policy/h31.htm>. Cette déclaration indique clairement qu'elle ne s'applique pas aux cas où le refus de nourriture est causé par la maladie mentale du patient.

symptômes classiques d'une dépression profonde, par exemple une humeur déprimée, des idées de suicide, des troubles du sommeil et de l'appétit (il avait fait la grève de la faim pendant quelques jours), une agitation et une anxiété profondes. Il refusait de me laisser informer les autorités car il pensait qu'il serait puni et placé sous surveillance pour 'risque de suicide'... Finalement il m'a donné son accord et a passé un contrat avec moi, me promettant de ne pas se faire de mal, et je lui ai promis de lui téléphoner chaque jour à une heure régulière pour voir comment il allait. Il va un peu mieux depuis mes coups de téléphone mais je crois qu'il est toujours déprimé et traumatisé. »¹⁹⁶

On a remarqué que les demandeurs d'asile détenus constituaient une catégorie d'individus qui utilisaient de plus en plus fréquemment cette forme de protestation¹⁹⁷. La prise en charge de demandeurs d'asile en grève de la faim pendant leur détention présente des difficultés pour les personnels infirmiers en raison des barrières potentielles telles que la langue, les normes culturelles différentes, et dans certains cas le fait d'avoir auparavant subi des persécutions des autorités. Cela peut compromettre la capacité du soignant à obtenir la confiance du gréviste de la faim et à lui prodiguer des soins efficaces. La nature politique complexe de cette action et la situation du gréviste vis-à-vis de la loi peut encore compliquer la situation¹⁹⁸ et faire aussi naître des conflits de fidélité partagée¹⁹⁹.

La question des grèves de la faim et de l'alimentation forcée s'est également présentée sur la base navale de Guantánamo à Cuba où des centaines de détenus sont emprisonnés, pour la plupart sans inculpation ni procès, par les autorités des États-Unis. Certains sont détenus depuis janvier 2002. En 2005 on a signalé que certains détenus refusaient de se nourrir pour protester devant le déni d'une procédure régulière et les mauvais traitements que les prisonniers déclaraient subir. Des détenus ont été nourris artificiellement bien qu'ils aient indiqué leur volonté de refuser la nourriture. Amnesty International a reçu des informations crédibles selon lesquelles ils ont été nourris de force avec brutalité et d'une manière qui constitue un traitement cruel, inhumain ou dégradant²⁰⁰. De nombreux médecins ont exprimé leur préoccupation devant le fait que du personnel médical de la base navale avait manqué à la déontologie médicale en se livrant à ces actes²⁰¹. Des personnels infirmiers travaillent aussi à Guantánamo, mais Amnesty International ne dispose d'aucune information sur le rôle qu'ils ont pu jouer pour briser les grèves de la faim.

4.3.4 Les châtiments corporels

Amnesty International dispose de statistiques montrant qu'entre 1997 et le milieu de l'an 2000, des amputations judiciaires ont été pratiquées dans au moins sept pays et des châtiments judiciaires à coups de fouet ou de bâton dans au moins quinze pays²⁰². On continue à infliger de pareils châtiments, qui constituent une infraction aux normes internationales relatives aux droits humains, et notamment à la Convention des Nations Unies contre la torture. Les organismes de surveillance

¹⁹⁶ Alliance of Professionals Concerned about the Health of Asylum Seekers and their Children. '1.6.2 Case study B: 16 year old boy in detention.' In, *Submission to Human Rights and Equal Opportunity Commission Inquiry into Children in Immigration Detention*. Mai 2002. Sur le site: <http://www.nq-anzcmhn.org/docs/HEREOC.PDF>.

¹⁹⁷ Silove D, Curtis J, Mason C, Becker R. Ethical considerations in the management of asylum seekers on hunger strike. *Journal of the American Medical Association* 1996; 276:410-15.

¹⁹⁸ Ibid.

¹⁹⁹ Hall M. Frontline nursing in detention. *Australian Nursing Journal* 2004, 11(7): 32-3.

²⁰⁰ Amnesty International. USA. *Guantánamo: Des vies brisées – Les conséquences de la détention illimitée pour les détenus et leurs familles*. AMR 51/007/2006. Sur le site:

<http://web.amnesty.org/library/index/fraAMR510072006?open&of=fra-USA>. Il peut y avoir des cas où, bien qu'on puisse le juger contraire à la déontologie, AI ne considérerait pas l'alimentation d'un patient contre sa volonté comme un traitement cruel, inhumain ou dégradant, et l'organisation évalue chaque cas spécifiquement.

²⁰¹ Nicholl DJ et al. Forcefeeding and restraint of Guantanamo Bay hunger strikers. *Lancet* 2006; 367:811.

²⁰² Amnesty International. *Combattre la torture. Manuel pour l'action*. Londres, 2003. Sur le site: [http://web.amnesty.org/aidoc/ai.nsf/afec99eadc40eff880256e8f0060197c/feb5b7ce338f335680256e80044d79b/\\$FILE/ACT%2040_001_2003.pdf](http://web.amnesty.org/aidoc/ai.nsf/afec99eadc40eff880256e8f0060197c/feb5b7ce338f335680256e80044d79b/$FILE/ACT%2040_001_2003.pdf). Dans certains pays, des châtiments corporels non judiciaires sont également appliqués.

des traités des droits humains des Nations Unies, le Comité des droits de l'homme et le Comité contre la torture, ont décrété que les châtimements corporels, tels que les amputations et les coups de fouet ou de bâton, sont incompatibles avec la Convention des Nations Unies contre la torture. Le Comité pour les droits de l'enfant affirme de même que cela est incompatible avec la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant²⁰³. Dans certains pays, très souvent des anciennes colonies ou États britanniques, qui appliquent la *charia* (loi islamique), il arrive qu'on demande à des professionnels de santé de superviser de pareils traitements ou châtimements cruels, inhumains ou dégradants. Dans un nombre encore plus grand de pays, on punit des prisonniers en réduisant leur nourriture, en les enfermant à l'isolement, ou par des travaux forcés. Les personnels infirmiers risquent d'être appelés à participer à certains aspects de ces châtimements ou à leur surveillance.

La position du CII concernant la torture, la peine de mort et la participation des personnels infirmiers aux exécutions, adoptée en 1973 et réaffirmée en 1989, stipule que la toute première responsabilité d'un soignant s'exerce à l'égard de ceux qui ont besoin de soins infirmiers, et que ces personnels ont le devoir de prodiguer les meilleurs soins possibles aux victimes de traitement cruels, inhumains ou dégradants. Elle stipule également que les personnels infirmiers ne doivent participer volontairement à aucun acte qui infligerait des souffrances physiques ou mentales, et que s'ils le faisaient ce serait en violation du code de déontologie des personnels infirmiers²⁰⁴.

4.3.6 La peine de mort

Comme les médecins, les personnels infirmiers sont susceptibles d'être appelés à prodiguer des soins courants à des prisonniers sous le coup d'une sentence capitale. Si les prisonniers ont comme tout être humain le droit à des soins de santé dans cette situation, la nature du couloir de la mort et de la peine capitale pose des problèmes éthiques sérieux aux soignants. Amnesty International considère la peine de mort comme la forme ultime de traitement cruel, inhumain ou dégradant : il est irrévocable, peut-être infligé à des innocents, et c'est une violation du droit à la vie. Le CII a défini la peine de mort comme « la suprême inhumanité »²⁰⁵.

La description suivante montre à quel point aux Etats-Unis le rôle d'un(e) infirmier/ère dans une exécution capitale est une parodie des soins de santé.

Le jour de l'exécution, l'infirmier s'est habillé comme pour une opération, en tenue de bloc opératoire avec masque, bonnet, blouse stérile et gants. Il a expliqué au prisonnier exactement ce qui allait se passer. Il a posé le cathéter double et l'a fixé avec du ruban adhésif²⁰⁶.

Ensuite l'infirmier a fixé la seringue au cathéter et une autre personne a provoqué l'écoulement du thiopental de sodium.

²⁰³ Rapporteur Spécial de l'ONU sur la Torture, Manfred Nowak. Déclaration à la Commission des droits de l'homme sur la torture. 26 octobre 2005. Sur le site:

<http://www.unhchr.ch/hurricane/hurricane.nsf/0/005D29A66C57D5E5C12570AB002AA156>. Consulté le 1er mars 2006.

Le Comité pour les droits de l'enfant, organe de surveillance de la Convention relative aux droits de l'enfant, a régulièrement déclaré que l'acceptation des châtimements corporels sur les enfants est incompatible avec la Convention. Dans le Rapport sur sa 7^{ème} session en novembre 1994, le Comité a déclaré: "Dans le cadre de son mandat, le Comité... a souligné que les châtimements corporels sur les enfants sont incompatibles avec la Convention". Comité pour les droits de l'enfant. Rapport sur la 7^{ème} session (Genève, 26 septembre-14 octobre 1994).CRC/C/34, 8 novembre 1994, p.63. Dans de nombreux rapports pays, le CDH a attiré l'attention sur cette préoccupation dans ses observations et commentaires finaux sur les rapports des Etats parties. On les trouve sur le site: <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf>.

²⁰⁴ Conseil international des infirmières. *La torture, la peine capitale et la participation des infirmières aux exécutions*. Adopté en 1973, réaffirmé en 1989. Sur le site: <http://www.icn.ch/pstorturef.htm>. Consulté le: 19 avril 2005.

²⁰⁵ *Ibid.*

²⁰⁶ Gawande A. When law and ethics collide – why physicians participate in executions. *New England Journal of Medicine* 2006; 354:1221-9

Dans les pays où se pratique la peine de mort, les personnels infirmiers contestent la participation des professionnels de santé. Aux États-Unis, l'Association américaine des infirmières et infirmiers (ANA, American Nurses Association) s'oppose à leur participation à la peine capitale au motif qu'elle contrevient aux objectifs fondamentaux et aux traditions éthiques de leur profession²⁰⁷. D'autres commentateurs reprennent cet argument²⁰⁸. D'autres encore vont plus loin, renforçant la position du CII selon laquelle les personnels infirmiers devraient demander l'abolition de la peine de mort. Sur un sujet empoisonné par la désinformation et les mauvaises interprétations, les associations de personnel et des soignants à titre individuel peuvent « apporter la vérité dans le débat sur la peine de mort », a déclaré un membre du personnel soignant²⁰⁹.

États-Unis : le rôle des personnels infirmiers dans les exécutions

Dans une lettre d'un avocat adressée aux autorités de l'État de Géorgie aux États-Unis, demandant de revoir la participation des personnels médicaux aux exécutions, le rôle des infirmiers/ères dans le processus de l'exécution est ainsi décrit : « Dans la chambre d'exécution, les infirmiers préparent deux voies intraveineuses périphériques sur la personne du condamné » afin de faciliter l'exécution. Cependant, fait remarquer la lettre, « il arrive souvent que les voies intraveineuses ne répondent pas aux prévisions. Dans un cas... les infirmiers/ères n'ont pu poser celles-ci qu'au bout de trente-neuf minutes après avoir piqué dans la main, le bras, l'aîne, la jambe et le pied [du prisonnier]. »²¹⁰ Un médecin a été appelé pour réaliser l'opération. La politique de l'ANA concernant les personnels infirmiers et la peine capitale établit clairement que ce rôle contrevient à la déontologie des soins infirmiers²¹¹.

Les organismes de défense des droits humains ont critiqué la participation des professionnels de santé aux exécutions²¹². Dans une déclaration adoptée pour la première fois en 1980, Amnesty International appelle les professionnels de la santé à ne pas participer aux exécutions et demande aux organismes des professions de santé de protéger leurs adhérents qui refusent de participer aux exécutions, d'adopter des résolutions établissant clairement ce refus, et de promouvoir dans le monde entier l'adhésion à ces normes²¹³. Amnesty International agit pour l'abolition totale de la peine capitale²¹⁴.

²⁰⁷ American Nurses Association. *Ethics and human rights position statements: Nurses participation in capital punishment*, 1994. Sur le site : <http://nursingworld.org/readroom/position/ethics/prtetcptl.htm> Consulté le: 19 avril 2005. Une association de personnels infirmiers des États-Unis aurait manifesté son désaccord avec cette position. L'Association des infirmiers de Caroline du Nord a décidé, le 14 mars 2003, d'annuler le *Position Statement on Registered Nurses' Participation in Execution* et d'autoriser les soignants à se déterminer eux-mêmes. Voir aussi : Associated Press, 13 mars 2006. Sur le site : <http://www.charlotte.com/mld/observer/news/local/14088954.htm>.

²⁰⁸ Holmes D, Federman C. Killing for the state: the darkest side of American nursing. *Nursing Inquiry* 2003;10:2-10; Emanuel LL, Bienen LB. Physician participation with executions: time to eliminate anonymity provisions and protest the practice. *Annals of Internal Medicine* 200;135: 922-3. Sur le site : <http://www.annals.org/cgi/reprint/135/10/922.pdf>, Consulté le: 5 août 2005. Voir aussi: Lodder, L. Who will aid the executioner?: In Missouri, nurses have been called to replace doctors. *American Medical News* 1993; 2:11.

²⁰⁹ Mogilka SM. The entire life: nursing's obligation to bring truth to the death penalty debate. *Nursing Forum* 1997; 32:5-16.

²¹⁰ Lettre de Stuckey et Manheimer, LLC., Avocats au barreau, Decatur, Georgie, au Composite State Board of Medical Examiners and others, Georgie, USA, 1 juin 2005.

²¹¹ La déclaration de l'ANA sur la participation des personnels soignants à la peine capitale stipule, entre autres, que « les soignants doivent s'abstenir de participer à la peine capitale, et ne pas prendre part à l'évaluation, à la supervision, ni à la surveillance du processus ni du prisonnier; ne pas fournir, prescrire ni préparer de drogues ni de solutions; ne pas poser de cathéter; ne pas injecter la solution létale; et ne pas être présents ni assister à l'exécution en qualité d'infirmiers. » Sur le site : <http://www.nursingworld.org/readroom/position/ethics/etcptl.htm>.

²¹² The American College of Physicians, Human Rights Watch, The National Coalition to Abolish the Death Penalty, Physicians for Human Rights. *Breach of Trust: Physician Participation in Executions in the United States*. New York, 1994. Sur le site : <http://hrw.org/reports/1994/usdp/index.htm>. Consulté le 14 mai 2006.

²¹³ Amnesty International. *Declaration on the participation of health professionals in the death penalty*. Londres, 1988. Sur le site : <http://web.amnesty.org/pages/health-ethicsdpdeclaration-eng>. Consulté le 20 octobre 2005.

²¹⁴ Amnesty International. *La peine de mort dans le monde. Quand l'État assassine*. Londres, 1989.

Guatemala : des infirmiers/ères participent à l'application de la peine capitale

Dans certains pays, des infirmiers/ères ont été contraints ou persuadés de participer à l'application de la peine capitale en contradiction avec la déontologie de la profession infirmière et, plus largement, de celle des professions de la santé. La première exécution par injection létale au Guatemala s'est déroulée au petit matin du 10 février 1998, lorsque Manuel Martinez Coronado a été exécuté après qu'une série d'appels en justice de dernière minute eurent été rejetés par l'appareil judiciaire. La totalité de l'exécution a été diffusée en direct : auditeurs et téléspectateurs ont pu entendre la mère et les trois enfants du condamné (il s'était marié la veille dans la cellule de sa prison) sangloter dans la salle d'où l'on observait la scène pendant que l'exécution se déroulait. Le personnel qui y participait, présenté comme étant des infirmiers/ères (mais dont l'identité et la qualification n'ont jamais été révélées) était habillé entièrement comme pour une opération chirurgicale. Comme cela n'était pas nécessaire pour raisons médicales, le but réel était peut-être de cacher l'identité des participants²¹⁵.

4.3.7 Les châtiments traditionnels

Dans certains pays, des châtiments traditionnels sont infligés, soit en parallèle, soit en remplacement de ceux qui sont prononcés par les tribunaux dans le système de justice pénale. C'est le cas par exemple pour des peuples indigènes ou dans d'autres systèmes de justice propres à une communauté. Cela soulève des questions de droits humains et d'éthique et tout particulièrement lorsque le châtiment traditionnel est considéré comme contrevenant aux principes des droits humains et quand il est observé ou supervisé par un soignant (voir encadré).

Australie : une infirmière assiste à un châtiment traditionnel

Une infirmière et des policiers étaient présents pour le châtiment traditionnel de Kevin Webb dans une communauté aborigène du Territoire du nord, en Australie, en 2002. Kevin Webb, accusé de meurtre, libéré provisoirement pour une semaine par un tribunal d'Alice Springs en décembre 2002, s'est rendu dans la communauté de Nyirripi en visite dans la famille de sa victime présumée, Max Brown. Là, en présence d'une infirmière et de policiers, les membres de la famille de Brown lui ont infligé le châtiment traditionnel pour meurtre. Webb a reçu treize coups de lance dans les jambes et on lui a brisé la cheville²¹⁶.

Le *Northern Territory News* a par la suite signalé qu'une infirmière résidant à Nyirripi qui avait vu Kevin Webb après le châtiment a été agressée parce qu'elle lui avait prodigué des soins²¹⁷.

Dans les cas où un système de justice traditionnelle existe simultanément ou en parallèle avec le système de justice pénale de l'Etat, une tension apparaît entre le devoir de l'Etat d'observer ses obligations internationales relatives aux droits humains et son autre obligation qui est de respecter les coutumes et la culture d'un groupe humain. Une ancienne infirmière a raconté : « Quand je travaillais là-bas, nous ne pouvions vraiment pas supporter de voir sans rien faire une plaie faite par une lance s'infecter. » Elle a ajouté que, même si elle n'aimait pas ça, « en même temps, une fois que c'est fait, toutes les parties considèrent que justice est faite ». ²¹⁸ Une enquête concernant le droit coutumier des aborigènes menée par le Comité pour la réforme législative du Territoire du nord a recommandé au gouvernement d'entreprendre une enquête sur la question des « représailles », afin d'établir « dans quelle mesure le châtiment des représailles prévu par les lois

²¹⁵ Amnesty International. *Lethal injection: The medical technology of execution. An update: septembre 1999*, Londres: AI Index: ACT 50/008/1999.

²¹⁶ Fickling D. 'Australians wonder if traditional Aboriginal customs can be allied to European notions of human rights and due process: Bridging whitefella law and clan justice.' *Guardian*, 30 décembre 2002.

²¹⁷ Northern Territory News, 2 novembre 2002.

²¹⁸ Lowitja O'Donoghue, ancien président de la Commission des Aborigènes et des insulaires du détroit de Torres (ATSIC), cité par Fickling (voir note 166 ci-dessus).

traditionnelles est une réalité de la vie des communautés autochtones, et de mettre au point des dispositions pour que le gouvernement réagisse à ce problème »²¹⁹.

AI constate, non sans préoccupation, que certaines pratiques culturelles traditionnelles peuvent restreindre les droits des femmes ou entrer en conflit avec le droit d'une personne à la vie, à la santé ou à l'intégrité physique. De plus, de nombreux groupes humains appliquent des systèmes de justice parallèle qui ont souvent un impact particulièrement négatif sur les femmes et les enfants, qui ne répondent pas aux garanties d'un procès équitable, et qui entraînent des châtiments cruels, inhumains ou dégradants. Pourtant, les droits humains sont universels et s'appliquent à chacun. Lorsque des systèmes traditionnels exercent une discrimination arbitraire, ou lorsqu'ils prévoient des châtiments cruels, inhumains ou dégradants, il faut les réformer, tout comme il faut réformer les systèmes de justice pénale des États s'ils donnent lieu à ces violations des droits humains.

4.4 Le trafic d'organes et les greffes illégales

Les personnels infirmiers sont totalement impliqués à diverses étapes lors d'une transplantation d'organes prélevés sur un cadavre ou un vivant²²⁰. Cela comprend : les soins au donneur et au receveur ; la coordination du transport et de l'attribution des organes ; les analyses élémentaires pour évaluer la compatibilité des tissus ; la chirurgie de la greffe; les soins immédiats postopératoires, en salle de dialyse ou de soins intensifs, ainsi que les soins de santé apportés à domicile.

Même si les autorités médicales sont responsables de l'obtention du consentement au don d'organe et des procédures médicales qui en découlent, dans la pratique, il arrive qu'on demande aux personnels infirmiers d'accomplir certaines de ces tâches. Les procédures correspondantes sont clairement définies et généralement respectées²²¹. Mais toutes les transplantations ne sont pas fondées sur l'éthique ni compatibles avec les droits de l'homme²²². Par exemple, dans un certain nombre de pays, on trompe les gens pour qu'ils « donnent » un rein, ou on les persuade de vendre un de leurs organes, procédure incompatible avec les normes de l'OMS sur la transplantation d'organes²²³.

Par exemple, au Pakistan, des centaines d'ouvriers d'une briqueterie tenus en esclavage pour dette auraient vendu chacun un de leurs reins pour se libérer de dettes qu'ils n'ont aucune autre possibilité de rembourser. Et ceci, malgré la Loi abolissant le travail en esclavage de 1992 qui interdisait le servage. Un rapport de l'ONU raconte l'histoire d'un homme qui a vendu son rein pour 90.000 roupies (1500 US\$) pour rembourser sa dette au propriétaire d'un séchoir à briques, au bout de près de dix ans de servage²²⁴. Après avoir subi l'opération l'homme s'est retrouvé incapable de

²¹⁹ Northern Territory Law Reform Committee. *Towards Mutual Benefit: Report of the committee of inquiry into Aboriginal customary law*. Sur le site http://www.nt.gov.au/justice/docs/lawmake/ntlrc_final_report.pdf. Darwin, 2003.

²²⁰ Smith S. *Organ Transplantation: Concepts, Issues, Practice, and Outcomes*. Sur le site : http://www.medscape.com/viewpublication/704_about ; S.L. Smith (ed.), *Tissue and organ transplantation: Implications for professional nursing practice*. St. Louis: CV Mosby and Co., 1990.

²²¹ Martin RK. Organ transplantation: The role of the acute care nurse practitioner across the spectrum of health care. *AACN Clinical Issues* 1999; 10(2): 285-92.

²²² Rothman DJ, Rose E, Awaya T, Cohen B, et al. The Bellagio Task Force Report on transplantation, bodily integrity, and the international traffic in organs. *Transplantation Proceedings* 1997; 29:2739-45. Sur le site : <http://www.icrc.org/Web/Eng/siteeng0.nsf/iwpList302/87DC95FCA3C3D63EC1256B66005B3F6C>

²²³ OMS. *Guiding Principles on Human Organ Transplantation*, Genève, 1991. Sur le site : http://www.who.int/ethics/topics/transplantation_guiding_principles/en/index1.html. Consulté le 12 octobre 2005. On considère généralement que ces Principes ont grand besoin d'être remis à jour. Voir Nullis-Kapp C. Organ trafficking and transplantation pose new challenges. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82: 715.

²²⁴ IRIN News. Bureau de l'ONU pour la coordination des affaires humanitaires 'Pakistan: Focus on kidney sales by bonded labourers'. Sur le site : <http://www.irinnews.org/print.asp?ReportID=46508>.

travailler en raison des suites opératoires²²⁵. Dans toute la province centrale du Pendjab et sur des propriétés agricoles de la province méridionale du Sindh, la vente d'organes reste courante selon nos informations. Dans la petite ville de Kot Momim, près de Sarghoda au Pendjab, on estime que 4000 personnes ont vendu un rein. Le problème s'aggrave, et certaines cliniques privées emploient des intermédiaires pour trouver des donneurs. Chaque rein, acheté au donneur pour la somme de 1000 à 2000 US\$ en moyenne, suivant l'âge et la santé du donneur, est revendu à de riches receveurs pour des sommes atteignant dix fois ce montant²²⁶.

Le journal israélien *Ha'aretz* a rapporté en 2003 que, selon le ministre de la Santé et les registres des hôpitaux, environ la moitié de tous les Israéliens qui avaient subi des greffes de rein ces dernières années s'étaient procuré l'organe par un commerce illégal en provenance de donneurs en Israël, en Turquie, en Amérique du sud et en Europe orientale²²⁷.

Des pays comme le Brésil, l'Inde et la Moldavie, précédemment connus comme lieux d'origine des donneurs, ont interdit l'achat et la vente d'organes. Mais l'OMS a exprimé la crainte que cette pratique ne devienne tout simplement clandestine en conséquence²²⁸.

4.4.1 L'utilisation des organes de détenus exécutés

Dans un très petit nombre de pays, on continue à signaler que des prisonniers condamnés à mort sont identifiés comme sources d'organes, surtout de reins pour la greffe, suivant un circuit commercial. On pense que les questions de consentement éclairé ne sont pas prises au sérieux, et la possibilité d'un tel consentement dans le contexte de l'emprisonnement avec sentence de mort doit être mise en doute. L'Association internationale des transplantations considère que faire appel à des prisonniers condamnés comme source d'organes est contraire à l'éthique²²⁹, pour des raisons qui ont été développées dans les publications professionnelles²³⁰. Il y a aussi des éléments de preuve qui montrent que le taux de survie avec des organes provenant de dispositifs commerciaux à l'étranger, et notamment les transplantations ayant des prisonniers pour « donneurs », semble plus faible qu'avec des procédures de transplantation avec donneur volontaire sur le plan local²³¹.

Le pays fréquemment cité comme utilisant des prisonniers exécutés comme sources d'organes pour la greffe, la République populaire de Chine, a nié pendant des années qu'une telle pratique existât, malgré des preuves flagrantes²³². En novembre 2005, le vice-ministre chinois de la Santé, Huang Jiefu, a fini par reconnaître que des organes prélevés sur des prisonniers exécutés faisaient l'objet d'un commerce. Il a annoncé qu'on préparait un nouveau règlement sur les greffes d'organes pour tenter de moraliser le marché, mettant en avant le principe du don volontaire. Ce règlement a été publié en mars 2006 par le ministère de la Santé, mais il a immédiatement été critiqué par un chirurgien chinois éminent spécialiste de la greffe, le docteur Chen Zhonghua, qui a

²²⁵ *Ibid.* Il n'est pas rare que ceux qui vendent des organes restent pauvres, avec en plus une détérioration possible de leur santé. Goyal M, Mehta RL, Schneiderman LJ, Sehgal AR. Economic and health consequences of selling a kidney in India. *JAMA* 2002; 288:1589-93.

²²⁶ Voir note 232 ci-dessus.

²²⁷ *Ha'aretz*, 5 décembre 2003.

²²⁸ OMS. Organ trafficking and transplantation pose new challenges. *In Focus*, 1er septembre 2004. Sur le site : <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/9/feature0904/en/print.html> Consulté le 28 juin 2005.

²²⁹ L'Association pour les transplantations demande aux postulants de signer sa déclaration d'éthique qui stipule que ses membres "ne doivent pas être impliqués dans l'obtention ni la greffe d'organes de prisonniers exécutés". Sur le site : <http://www.transplantation-soc.org/>.

²³⁰ Guttman RD. Sur l'utilisation d'organes de prisonniers exécutés. *Transplantation Reviews* 1992; 6(3):189-93.

²³¹ Kennedy S et al. Outcome of overseas commercial kidney transplantation: an Australian perspective. *Medical Journal of Australia* 2005; 182:224-7.

²³² Diflo T. Témoignage de Thomas Diflo, M.D. Directeur de Renal Transplantation, Centre médical de l'Université de New-York, devant la Commission des Relations Internationales de la Chambre des Représentants des Etats-Unis, 27 juin 2001. Sur le site : <http://www.laogai.org/news/newsdetail.php?id=1928>.

déclaré que ce règlement ne mettrait pas fin au commerce anarchique d'organes²³³. L'Association britannique pour les transplantations a publié un communiqué de presse le 19 avril 2006, critiquant « l'obtention, dans des conditions contraires à l'éthique, d'organes pour la greffe venant de prisonniers exécutés en République populaire de Chine »²³⁴.

Amnesty International considère que, vu la nature coercitive de la peine capitale, c'est seulement en de rares cas, au mieux, qu'un prisonnier peut donner son consentement libre et éclairé au prélèvement d'organes, et que le personnel participant à de telles pratiques, et notamment les personnels infirmiers, agissent presque certainement en violation des principes éthiques. AI a souligné de plus que l'usage des prisonniers comme source d'organes pour un commerce lucratif risque d'influer sur le calendrier des exécutions ; un rapport d'AI cite un témoignage indiquant que la police et les établissements médicaux coordonnent leurs activités pour faire coïncider l'exécution avec la phase préparatoire à l'opération pour un malade²³⁵.

5. Les personnels soignants et le droit à la santé

5.1 Qu'est-ce que le « droit à la santé » ?

Le droit à la santé contient en raccourci les droits spécifiés dans un certain nombre de traités internationaux, dont le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, auquel plus de 150 pays sont parties. L'article 12 de ce Pacte stipule dans son premier paragraphe: « Les États parties... reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre »²³⁶. Le Pacte cite certains indicateurs pour faire comprendre cette déclaration toute simple. Mais, en 2000, le Comité pour les droits économiques, sociaux et culturels, qui surveille l'application du Pacte, a donné dans une « Observation générale » une interprétation détaillée de l'article 12²³⁷ qui fait autorité. Selon cette interprétation, le droit à la santé « ne doit pas être compris comme le droit d'être *en bonne santé* », mais plutôt comme le cadre d'un certain nombre de libertés et de droits.

Ces libertés comprennent le droit de maîtriser sa santé et son corps, et notamment la liberté sexuelle et procréative, et le droit de ne pas subir d'ingérences, comme celui d'être à l'abri de la torture, de traitements médicaux non souhaités et d'expérimentation. D'un autre côté, les droits comprennent la possibilité de bénéficier d'un système de protection de santé qui offre à chacun des chances égales de jouir du meilleur état de santé qu'il soit capable d'atteindre²³⁸.

²³³ *South China Morning Post*, 28 mars 2006. Cet article indique que « 99% des organes proviennent de prisonniers exécutés ».

²³⁴ British Transplantation Society, communiqué de presse, 19 avril 2006. Sur le site : <http://www.bts.org.uk/Forms/press%20release%20BTS.doc>. Consulté le 12 mai 2006.

²³⁵ Amnesty International. *Chine. Des exécutions « conformes au droit » ? La peine de mort en République populaire de Chine*. AI Index: ASA 17/003/2004, p.52. Sur le site :

<http://web.amnesty.org/library/index/fraASA170032004?open&of=fra-CHN>

²³⁶ Sur le site : http://www.unhchr.ch/french/html/menu3/b/a_ceschr_fr.htm. Consulté le 27 février 2006.

²³⁷ Ce Comité se compose de 18 experts indépendants nommés en tant qu'individus plutôt que représentant leur pays. Leur interprétation, l'Observation générale N° 14, du droit à la santé, constitue une déclaration qui fait autorité sur ce qu'englobe le droit à la santé. Voir Observation générale N° 14 du Comité pour les droits économiques, sociaux et culturels, E/C.12/2000/4, 11 Août 2000. Sur le site :

<http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/d55cbfe214125e9dc1256966002ef7c0?OpenDocument&Highlight=0.E%2FC.12%2F2000%2F4>

²³⁸ Comité pour les droits économiques, sociaux et culturels (CDESC), Observation générale N°14, para. 8. Voir note 237 ci-dessus.

Qu'est-ce que la santé ?

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.²³⁹

En somme, «le droit à la santé doit être entendu comme le droit de jouir d'une diversité d'installations, de biens, de services et de conditions nécessaires à la réalisation du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint ».²⁴⁰

De plus, le droit à la santé doit se comprendre comme dépassant les soins de santé pour intégrer «ce qui constitue les conditions sous-jacentes de la santé, comme l'accès à une eau potable et un réseau d'assainissement fiables, une nourriture saine en quantité suffisante, l'alimentation et le logement, des conditions saines de travail et d'environnement, et l'accès à l'éducation et à l'information concernant la santé, notamment la santé sexuelle et relative à la procréation »²⁴¹.

Le Comité a mis au point un ensemble de critères permettant de vérifier si les infrastructures et services de santé sont compatibles avec les principes des droits humains. Ainsi, le droit à la santé implique les caractéristiques suivantes qui sont « essentielles et interdépendantes » :

Disponibilité. Les dispositifs et programmes de santé publique et de soins de santé doivent être disponibles en quantité suffisante, et cela dépend de nombreux facteurs, notamment du niveau de développement du pays ; cela comprend les conditions sous-jacentes à la santé et énumérées ci-dessus, mais également les hôpitaux, les cliniques et autres établissements de santé, du personnel médical et professionnel formé, qui reçoive des salaires compétitifs dans un pays donné, ainsi que les médicaments essentiels, tels qu'ils sont définis par le Programme d'action de l'OMS pour les médicaments essentiels²⁴².

Accessibilité. Les infrastructures, produits et services relatifs à la santé doivent être accessibles à chacun sans discrimination avec notamment :

- une politique de non-discrimination en droit et en pratique ;
- accessibilité au plan physique (notamment pour les marginaux et les handicapés) ;
- accessibilité au plan économique (coût abordable) que ces services soient privés ou publics ;
- accessibilité à l'information, et notamment le droit de rechercher, de recevoir et de communiquer des informations, en respectant la confidentialité des données personnelles.

Acceptabilité. Les infrastructures, produits et services doivent respecter la déontologie médicale et les caractères culturels de la population.

Qualité. Les infrastructures, produits et services doivent aussi être scientifiquement et médicalement corrects et de bonne qualité.

²³⁹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, telle qu'adoptée par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946; signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats (Archives officielles de l'Organisation mondiale de la santé, no. 2, p. 100) et entrée en vigueur le 7 avril 1948.

²⁴⁰ *Ibid.* para 9.

²⁴¹ CDESC, Observation Générale N°14, para 11. Voir note 237 ci-dessus.

²⁴² *Ibid.* para. 12(a)

Les obligations de l'Etat de rendre concrets les droits humains, et notamment le droit à la santé, sont de trois sortes :

- le respect : pas d'ingérence dans l'exercice d'un droit ;
- la protection : veiller à ce que d'autres n'interfèrent pas, principalement grâce à des règles et des compensations effectives;
- la réalisation : il s'agit notamment de promouvoir ces droits, d'en faciliter l'accès et de satisfaire aux besoins de ceux qui sont incapables d'y satisfaire par eux-mêmes.

L'obligation de *respecter* les droits humains exige des États qu'ils s'abstiennent de toute ingérence directe ou indirecte dans la jouissance des droits humains de chacun. C'est une obligation directe.

Pour *protéger* les droits humains, les États ont un devoir de prévention, d'enquête, de sanctions et de réparation des préjudices causés par les violations des droits humains commises par des tiers, qu'il s'agisse de personnes privées, d'entreprises commerciales, ou d'autres agents non étatiques. C'est une obligation directe.

Les États ont l'obligation de *rendre concrets* les droits humains en prenant des mesures législatives, administratives, judiciaires et autres, pour la pleine réalisation des droits humains. Comme bon nombre de ces aspects dépendent des ressources, les textes internationaux reconnaissent que cette obligation peut être réalisée progressivement. Les gouvernements doivent donner la priorité immédiate à la satisfaction du niveau essentiel minimum de chaque droit, en particulier pour les plus vulnérables.

On inclut de plus en plus souvent dans l'évaluation des droits à la santé le niveau de participation du public à la formulation des politiques et à l'organisation des soins. L'Observation générale No 14 du CDESC sur le droit à la santé relève ceci : « Un autre aspect important est l'amélioration et l'encouragement de la participation de la population à la mise en place de services de prévention et de soins de santé... plus particulièrement, sa participation aux décisions politiques ayant des incidences sur le droit à la santé, prises tant à l'échelon de la communauté qu'à l'échelon national ». Cette Observation indique encore : « L'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie et d'un plan d'action national en matière de santé doivent tout particulièrement respecter les principes de non-discrimination et de participation populaire »²⁴³. L'article 11 des Règles de l'ONU pour l'égalisation des chances des handicapés stipule dans sa Règle 19 : « Il importe que les principes d'intégration et d'égalité pleine et entière régissent la formation des spécialistes de l'incapacité, de même que l'information apportée à ce sujet dans le cadre des programmes de formation générale. »²⁴⁴. L'un des tout premiers principes mis au point dans le cours du débat sur les droits humains relatifs au VIH/Sida recommandait une plus grande participation des personnes qui vivent avec le VIH/Sida à tous les aspects des efforts entrepris contre ce fléau²⁴⁵.

Le Comité pour les droits économiques, sociaux et culturels considérait que « toute mesure délibérément rétrograde... exigerait d'être étudiée très soigneusement et nécessiterait d'être pleinement justifiée en se référant à la totalité des droits prévus par le Pacte dans le contexte du plein usage des ressources maxima disponibles »²⁴⁶.

²⁴³ CDESC. Observation générale N°14, paras. 17 et 54. Voir note 237 ci-dessus.

²⁴⁴ ONU, *Règles pour l'égalisation des chances des handicapés*. Sur le site :

<http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissrfr0.htm>.

²⁴⁵ En 1994, au cours du Sommet de Paris sur le VIH/Sida, 42 gouvernements ont reconnu collectivement la nécessité d'une plus grande implication des personnes vivant avec le VIH/Sida pour réagir à la pandémie du Sida. Cette reconnaissance est connue depuis sous l'appellation de Principe GIPA (Greater Involvement of People living with Aids']

²⁴⁶ CDESC. Observation générale N° 3, para 9.

Le droit à la santé a été inscrit dans des traités internationaux et régionaux et dans au moins soixante constitutions nationales²⁴⁷. Par exemple, la Constitution d'Afrique du sud stipule que « Chacun a droit à avoir accès aux... services de soins de santé, et notamment en ce qui concerne la procréation », et « nul ne peut se voir refuser de traitement médical d'urgence »²⁴⁸. La Constitution indienne²⁴⁹ garantit « la protection de la vie et de la liberté des personnes » (Article 21) et ce « droit à la vie » a été interprété par la Cour suprême indienne comme comprenant « le droit à une bonne santé »²⁵⁰. Chaque pays du monde est maintenant partie à au moins un traité international qui garantit soit le droit à la santé soit le droit aux conditions nécessaires à la protection de celle-ci²⁵¹. Certaines des conventions relatives à la santé et aux droits humains et inscrites dans le droit international figurent dans l'encadré ci-dessous.

Instruments internationaux

Un certain nombre de traités internationaux et régionaux contiennent des dispositions qui concernent les droits à la santé et aux droits humains associés. Les textes cités ci-dessous figurent de manière plus détaillée à l'Annexe.

Déclaration universelle des droits de l'homme

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être... » (Article 25)

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels

« Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale... » (Article 12)

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

« Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes... en particulier pour assurer...l'accès à des renseignements spécifiques d'ordre éducatif tendant à assurer la santé et le bien-être des familles, y compris l'information et des conseils relatifs à la planification de la famille. » (Article 10)

Convention relative aux droits de l'enfant

Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant à jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services. (Article 24)

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale

« Les États parties s'engagent à interdire et à éliminer la discrimination raciale sous toute ses formes et à garantir le droit de chacun à l'égalité devant la loi sans distinction de race, de couleur ou d'origine nationale ou ethnique... [ainsi que] le droit à la santé, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux. » (Article 5)

Constitution de l'Organisation mondiale de la santé

La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.

²⁴⁷ Hunt P, Nowak M et al. *Human rights and poverty reduction: a conceptual framework*. Genève, Bureau du Haut Commissaire de l'ONU aux droits de l'homme, 2002.

²⁴⁸ Constitution de la République d'Afrique du sud, Chapitre 2, section 27. Sur le site <http://www.polity.org.za/html/govdocs/constitution/saconst.html>.

²⁴⁹ Constitution de l'Inde. Voir Titre III sur: <http://www.constitution.org/cons/india/const.html>

²⁵⁰ M.C.Mehta contre Union Indienne (1999) 6 Sec 9, para 1.

²⁵¹ Organisation Mondiale de la Santé. Santé et droits de l'homme. Voir: <http://www.who.int/hhr/en/>.

D'autres instruments internationaux et régionaux se trouvent dans les Annexes.

5.2 Non-discrimination, égalité et droit à la santé

*Quelle que soit la forme ... que prend la discrimination, on retrouve à sa base le non-respect de la dignité et des droits inhérents à la personne ou au groupe en question.*²⁵²

Le droit à la santé doit avoir pour point de départ la non-discrimination. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) a établi clairement que la discrimination est interdite «qu'elle soit fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, un handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris l'infection par le VIH/sida), l'orientation sexuelle, la situation civile, politique, sociale ou autre, dans l'intention ou avec pour effet de contrarier ou de rendre impossible l'exercice sur un pied d'égalité du droit à la santé»²⁵³. Cette interdiction est le fondement de tous les autres droits humains. Le principe de non-discrimination est également lié à celui d'égalité, au droit de jouir en toute égalité des droits humains. Ces principes s'ajoutent aux normes éthiques qui exigent des professionnels de santé de prodiguer des soins sans discrimination, en plaçant en premier le bien-être de l'individu.

La discrimination empêche souvent des individus et des groupes très démunis d'avoir accès aux soins nécessaires. Mais ceci a des ramifications beaucoup plus larges pour ceux qui sont l'objet de discrimination, et cela va jusqu'à empêcher ou entraver leur participation à l'élaboration des politiques de santé, leur accès à l'information et à leur part des avantages permis par les progrès scientifiques²⁵⁴. Reconnaisant les graves effets négatifs de la discrimination sur les femmes, notamment en ce qui concerne leur santé, l'Assemblée générale de l'ONU a adopté la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) en 1979²⁵⁵. Les articles 10, 12 et 14 de cette Convention traitent spécifiquement de la santé, de l'élimination de la discrimination et de la promotion de l'égalité pour les femmes, s'agissant des soins et de l'éducation à la santé²⁵⁶. La discrimination raciale a également été citée comme faisant barrière à l'accès aux soins pour de nombreux secteurs de la population²⁵⁷ et les femmes du monde rural sont connues pour rencontrer des problèmes particuliers dans l'accès aux soins de santé et notamment aux services des sages-femmes.

Les Etats parties doivent prendre toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans les zones rurales afin d'assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, leur participation au développement rural et, en particulier, ils leur assurent le droit d'avoir accès aux services adéquats dans le domaine de la santé, y compris aux informations, conseils et services en matière de planification de la famille (CEDAW, Article 14 2b).

Les personnels infirmiers doivent se rendre compte de la façon dont leur milieu de travail, le système de santé dans lequel ils agissent, et leurs propres opinions peuvent être des causes de

²⁵² Khan I. Secrétaire Générale d'Amnesty International. Discours au XVème Congrès International sur le VIH/Sida, Bangkok, juillet 2004.

²⁵³ CDESC. Observation générale N° 14, para. 18. Voir note 237 ci-dessus.

²⁵⁴ L'Article 15 du CDESC affirme le droit de tout individu à jouir des avantages du progrès scientifique et de ses applications.

²⁵⁵ ONU. *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*. Adoptée par la Résolution de l'Assemblée générale 34/180 du 18 décembre 1979 (entrée en vigueur le 3 septembre 1981). Sur le site : <http://www.ohchr.org/french/law/cedaw.htm>

²⁵⁶ Voir le texte à l'Annexe.

²⁵⁷ Smedley BD, Stith AY, Nelson AR (eds). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, D.C.: National Academies Press, 2003.

discrimination à l'encontre de leurs patients. Dans un rapport²⁵⁸, on signale la manière dont le personnel infirmier qui prodigue des soins de santé élémentaires en Afrique du sud considère les violences liées au sexe comme une « norme culturelle », du fait que ces personnels sont fortement influencés par leur environnement social et subissent les mêmes niveaux de violences que les patientes qu'elles traitent. En Turquie, des chercheurs ont constaté que plus de 80 % du personnel infirmier et des sages-femmes interrogées déclaraient avoir été présents au cours d'un examen de l'hymen réalisé pour déterminer la virginité du sujet ; un peu plus de la moitié des participants ont indiqué que la virginité était quelque chose d'important et plus de la moitié désapprouvaient les relations sexuelles avant le mariage²⁵⁹. Dans certains pays, les personnels infirmiers refusent aux adolescents célibataires des informations concernant les contraceptifs, ou ces contraceptifs eux-mêmes, alors que des adolescents mariés en bénéficient sans problème²⁶⁰. Le Comité de la CEDAW a souligné que « les violences liées au sexe sont une forme de discrimination qui fait gravement obstacle à la capacité des femmes de jouir des droits et libertés en toute égalité avec les hommes. »²⁶¹

5.3 Les personnels infirmiers et le droit de jouir du meilleur état de santé possible

Les personnels infirmiers jouent un rôle essentiel pour assurer le respect, la protection et la réalisation du droit à la santé du fait qu'ils font le lien entre le système de soins de santé et le patient. Dans l'accomplissement de leur travail, les soignants doivent pouvoir prodiguer des soins de santé et des traitements qui soient matériellement et économiquement accessibles, non discriminatoires, appropriés sur le plan culturel et de haute qualité²⁶². Même si c'est une obligation pour les gouvernements de faire en



Rachel est une sage-femme ougandaise qui est venue travailler au Sud-Soudan, à l'hôpital de Yei pour aider les gens revenus dans cette région. Lorsque suite à des négociations, il a été mis un terme en janvier 2005 au très long conflit civil. « Il n'y a pas de gynécologie, pas de chirurgien, pas de médicaments. Les femmes accouchent dans leur hutte, dans leur village et sont souvent transportées dans des charrettes tirées par un cheval à l'hôpital en cas de complications. Ici, nous n'avons rien. » Décembre 2005, © HCR

sorte que ces conditions soient réalisées, il est évident que les professionnels de la santé, et notamment les personnels infirmiers et leurs associations, sont tenus de donner des soins efficaces, de respecter la déontologie et d'assumer leurs responsabilités en matière de droits humains.

²⁵⁸ Kim J, Motsei M. "Women enjoy punishment": attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa. *Social Science and Medicine* 2002; 54:1243-54.

²⁵⁹ Gursoy E, Vural G. Nurses' and midwives' views on approaches to hymen examination. *Nursing Ethics* 2003; 10: 485-96.

²⁶⁰ Center for Reproductive Law and Policy. *State of denial: adolescent reproductive rights in Zimbabwe*. New York, 2002.

²⁶¹ CEDAW Recommandation générale no. 19, para. 1.

²⁶² CDESC, Observation générale No 14. Voir note 237 ci-dessus.

Le CII a recommandé aux personnels infirmiers de défendre des politiques qui donnent priorité aux besoins sanitaires des pauvres et des autres groupes 'à risque' tout en soutenant l'élaboration de modèles de systèmes de santé au niveau local qui permettent de toucher ceux qui ont le plus besoin de soins de santé²⁶³. Une question qui fait débat de plus en plus souvent est celle de savoir comment compenser les effets contraires de l'émigration du personnel sur les systèmes de santé de certains pays (voir l'exposé ci-dessous page 79).

Même lorsque ces services ne sont pas financés sur les fonds publics, les gouvernements ont la responsabilité de veiller à ce que soient fournis des services de santé accessibles à tous et notamment, en particulier, des soins de santé concernant les besoins spécifiques des femmes en tant que telles et des groupes défavorisés²⁶⁴.

Objectifs du Millénaire pour le développement (2000)²⁶⁵

En 2000, la communauté internationale a établi des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ayant directement ou indirectement trait à la santé. Les OMD sont mesurés par un certain nombre d'indicateurs qui permettent d'en suivre le degré de réalisation.

Objectif 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim

Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous

Objectif 3 : Promouvoir l'égalité et l'autonomisation des femmes

Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile

Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle

Objectif 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies

Objectif 7 : Assurer un environnement durable

Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

5.3.1 Le droit à la santé en matière de sexualité et de procréation

Il existe un corpus de plus en plus important de lois et de commentaires en matière de droits humains internationaux qui expriment en termes impératifs l'obligation pour les Etats de protéger les droits des femmes en matière de sexualité et de procréation. Par exemple, l'Article 12 de la CEDAW oblige les États à «prendre toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille.»²⁶⁶ La CEDAW stipule également que les femmes ont le droit de décider librement et en toute responsabilité du nombre et de l'espacement de leurs enfants et d'avoir accès à l'information, à l'éducation et aux moyens leur permettant d'exercer ces droits²⁶⁷. La Convention relative aux droits de l'enfant exige des États parties de «[prendre] les mesures appropriées pour... assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés»²⁶⁸. Selon le Rapport 2005 sur les objectifs du Millénaire pour le développement, «200 millions de femmes manquent de services de contraception sûrs et efficaces»²⁶⁹. Ce rapport cite les

²⁶³ CII. *Policy background Paper on Nursing and Development*. Sur le site : <http://www.icn.ch>.

²⁶⁴ Amnesty International a défini les principes essentiels à la défense des droits humains dans le contexte de la privatisation, notamment lorsqu'il s'agit de soins de santé. Voir *Human Rights and Privatization*. Londres: POL 34/003/2005. Sur le site : <http://web.amnesty.org/library/index/engpol340032005>; voir aussi, Conseil international des infirmières. *Policy Statement on Publicly funded Accessible Health Care*. Genève. Révisé en 2001.

²⁶⁵ Objectifs du Millénaire pour le développement. Sur le site: <http://www.un.org/french/millenniumgoals/>. Pour une évaluation des progrès, réalisée par les Nations unies, voir: *Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport 2005*. New York, 2005. Sur le site: http://mdgs.un.org/unsd/mi/pdf/MDG%20Book_fr.pdf.

²⁶⁶ Voir Annexe 2.

²⁶⁷ Article 16.1e.

²⁶⁸ Comité des droits de l'enfant, article 24.2d.

²⁶⁹ *Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport 2005*. New York: ONU, p.22. Sur le site : http://mdgs.un.org/unsd/mi/pdf/MDG%20Book_fr.pdf.

changements intervenus au Bangladesh et en Égypte où la mortalité maternelle a été réduite de manière significative en augmentant les possibilités d'accès des femmes à de meilleurs services en obstétrique et à des praticiens qualifiés pour l'accouchement. Mais la situation en Afrique subsaharienne n'a pas changé de manière significative depuis 1990²⁷⁰.

Les personnels infirmiers et les objectifs du Millénaire pour le développement

L'action des personnels infirmiers et des sages-femmes contribue à la réalisation de ces objectifs [OMD liés à la santé] comme suit :

- par une vigilance envers les pauvres, en rendant compte des taux élevés d'enfants de poids insuffisant, et de mortalité maternelle et infantile;
- par la promotion de l'égalité des sexes, en éduquant les femmes et jeunes filles sur les questions de santé;
- par la réduction de la mortalité maternelle et infantile, en offrant des services pour la santé de la mère et de l'enfant, et en donnant accès à une contraception sûre et efficace;
- par la lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies, en diminuant leur fréquence par des activités dirigées vers la prévention et le traitement et en réduisant la stigmatisation et la discrimination;
- par une surveillance de la pollution de l'environnement affectant la santé, par exemple l'accès à l'eau potable²⁷¹.

5.3.2 Privatisation

L'existence d'un secteur de soins de santé privé ne délivre pas l'Etat de ses obligations de respecter, protéger et traduire dans les faits le droit à la santé. Le Comité pour les droits économiques, sociaux et culturels a fait remarquer que le paiement des services de soins de santé « doit être établi sur la base du principe de l'équité, pour faire en sorte que ces services, qu'ils soient fournis par des opérateurs publics ou privés, soient abordables pour tous, y compris pour les groupes socialement défavorisés. »²⁷² Le Comité a également « souligné la nécessité de veiller à ce que non seulement le secteur public de la santé, mais également les fournisseurs privés de services et d'équipements sanitaires respectent le principe de la non-discrimination à l'égard des personnes handicapées »²⁷³. Le Comité pour les droits de l'enfant (CDE) a affirmé le devoir de l'État de garantir le droit à la santé lorsque le secteur non contrôlé par l'État joue un rôle dans la fourniture de soins. Dans son Observation générale N° 5, le CDE « souligne que les États parties à la Convention ont une obligation légale de respecter et de garantir les droits des enfants tels que précisés dans la Convention, ce qui comprend l'obligation de faire en sorte que les prestataires de services autres que l'Etat agissent en accord avec ses dispositions, créant ainsi une obligation indirecte pour de tels intervenants ». ²⁷⁴

²⁷⁰ *Ibid.* p.23.

²⁷¹ OMS, *Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services*. Voir note 51 ci-dessus.

²⁷² CDESC, Observation Générale No 14, para. 12(b) (souligné par l'auteur ; voir note 237 ci-dessus).

²⁷³ *Ibid.* para 26.

²⁷⁴ Observation générale N°5 du Comité pour les droits de l'enfant, CRC/GC/2003/5, 27 novembre 2003, para.43. Sur le site : [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/CRC.GC.2003.5.Fr](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/CRC.GC.2003.5.Fr)

5.4 Les obstacles à des soins effectifs

Les soins de santé devraient être d'un prix abordable, accessibles, acceptables et de bonne qualité²⁷⁵. Un grand nombre de gouvernements sont loin d'offrir des soins de santé à la hauteur de ces critères.

Un certain nombre de facteurs divers peuvent empêcher les personnels infirmiers d'accomplir leur mission, qui est de prodiguer des soins de santé efficaces.

Les facteurs économiques : la qualité des soins infirmiers est conditionnée par des questions telles que la quantité de personnel, l'existence et l'entretien des matériels, ainsi que les capacités d'accueil des malades et du personnel. Lorsque le financement ne correspond pas aux nécessités pour des soins effectifs, les malades sont l'objet de moins d'attention et les soignants risquent fort de connaître des conditions de travail et des salaires inadéquats. Le Comité pour les droits économiques, sociaux et culturels (CDESC) a précisé que « une dépense insuffisante ou une attribution inadéquate des ressources publiques ayant pour conséquence que certains individus ou groupes, en particulier des personnes vulnérables ou marginalisées, ne jouissent pas du droit à la santé » constitue une violation de l'obligation de concrétiser le droit à la santé²⁷⁶.

Le manque de formation : personnel infirmier et sages-femmes prodiguent des soins qui reflètent leur formation. Lorsque celle-ci n'a pas bénéficié d'un financement suffisant ou n'a pas été à la hauteur des exigences normales, les personnels infirmiers (et les malades) sont défavorisés. De même, le CDESC souligne que dans le cadre du devoir de satisfaire à l'obligation d'accorder une reconnaissance suffisante au droit à la santé, les États doivent veiller à une formation suffisante du personnel de santé²⁷⁷.

Le manque de personnel : un nombre insuffisant d'infirmiers/ères formé(e)s peut être la conséquence d'un recrutement inadéquat d'élèves pour la profession, d'une répartition déséquilibrée des personnels soignants à l'intérieur d'un pays, de la démission de ces personnels qui embrassent une autre profession (ou prennent leur retraite), ou bien alors cela peut être la conséquence de l'émigration des personnels infirmiers vers d'autres pays où ils espèrent bénéficier de meilleures conditions. Une quantité suffisante de personnel médical formé est un élément important pour la concrétisation du droit à la santé²⁷⁸.

L'épuisement des personnels infirmiers: dans les publications spécialisées il est souvent question d'épuisement lorsqu'il s'agit de personnels infirmiers, de santé mentale et de droits humains. Cet épuisement a été décrit comme « un sentiment d'échec, d'être usé ou épuisé en raison d'exigences excessives qui dépassent son énergie, sa force ou ses ressources »²⁷⁹, et qui se caractérise par un sentiment d'aliénation dans son travail, une faible satisfaction professionnelle, et une dégradation de ses performances au travail. Cet épuisement est normalement associé aux caractéristiques de l'emploi, à des conflits de rôles, aux conditions de travail, aux relations professionnelles, à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation.²⁸⁰ Les mauvaises conditions de travail, l'inégalité entre les sexes, une durée du travail excessive et la faiblesse des salaires sont parmi les nombreuses raisons qui expliquent l'épuisement des personnels soignants.²⁸¹ Dans certains cas, le fait de subir des violences ou d'en être témoin peut entraîner de graves

²⁷⁵ CDESC, Observation Générale No 14. *Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*. Voir note 237 ci-dessus.

²⁷⁶ *Ibid.*, para. 52.

²⁷⁷ *Ibid.* para. 36

²⁷⁸ *Ibid.* para. 12(a)

²⁷⁹ Daley MR. Preventing worker burnout in child welfare. *Child Welfare* 1979; 5: 443-450.

²⁸⁰ Fry ST, Harvey RM, Hurley AC, Foley BJ. Development of a model of moral distress in military nursing. *Nursing Ethics* 2002; 9: 373-87.

²⁸¹ Organisation mondiale de la santé : *Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services*. Voir la note 51 ci-dessus.

conséquences pour le soignant et l'amener à quitter la profession²⁸². Les organismes professionnels et les employeurs reconnaissent que l'épuisement fait obstacle à l'offre de services infirmiers efficaces et à la promotion professionnelle individuelle des personnels infirmiers²⁸³.

Japon : l'épuisement des personnels infirmiers dans le contexte de la santé mentale

Une étude portant sur l'épuisement des infirmiers/ères psychiatriques au Japon, entreprise en 2004, a constaté que les cas d'épuisement sont beaucoup plus nombreux chez les infirmiers/ères psychiatriques que parmi les personnels infirmiers de la santé publique dans des contextes différents. Cette étude a constaté que les facteurs relatifs au milieu de travail qui contribuent à l'épuisement sont le surcroît de travail dans les services d'urgence et le manque d'autonomie des travailleurs²⁸⁴.

5.4.1 Les personnels infirmiers handicapés

Ces dernières années, on a noté des tentatives novatrices, bien que très modestes, pour encourager et former des personnels infirmiers handicapés qui puissent apporter leur compétence, leur discernement et leur expérience aux soins infirmiers²⁸⁵. Surtout, de telles initiatives enrichissent l'offre de soins infirmiers aux handicapés. Au contraire, le fait de décourager ou de refuser de former le personnel infirmier pour des motifs de handicap constitue un obstacle à l'offre de soins effectifs et revient à refuser à des infirmiers/ères qui pourraient être efficaces la possibilité d'apporter leur contribution à ce secteur des soins de santé²⁸⁶.

5.4.2 Les personnels infirmiers et la recherche

Les personnels infirmiers participent de plus en plus souvent à l'élaboration et/ou à la réalisation de recherches médicales. Les principes qui gouvernent la recherche impliquant des malades se fondent sur les préceptes fondamentaux de la déontologie professionnelle et des droits humains des sujets et des patients. Parmi ceux-là on citera en premier : le respect de l'individu et de son autonomie, l'obtention d'un consentement éclairé et significatif de la part des participants, le respect et la protection de la confidentialité des informations reçues ou découvertes au cours de la recherche, le souci d'un équilibre entre les risques courus par le sujet et les résultats positifs attendus, et enfin la certitude que les méthodes et techniques utilisées dans la recherche sont conformes aux normes scientifiques reconnues²⁸⁷. Une bonne part de la recherche en matière de soins infirmiers est fondée

²⁸² Schwarz T. PTSD in nurses: on-the-job trauma may be driving nurses from the profession [editorial]. *American Journal of Nursing* 2005; 105(3): 13.

²⁸³ Communiqué de presse du CII. *La stigmatisation, la discrimination et la conspiration du silence sont les alliées objectives de l'épidémie de VIH/sida*, 12 mai 2003, qui relève que « des conditions de travail stressantes et trop individualistes causent l'épuisement du personnel soignant. »

²⁸⁴ Imai H, Nakao H, Tsuchiya M, Kuroda Y, Katoh T. Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occupational and Environmental Medicine* Sep 2004, 61; 9: 764-768.

²⁸⁵ Pischke-Winn KA, Andreoli KG, Halstead LK (eds). *Students with Disabilities: Nursing Education and Practice. Proceedings Manual*. Basé sur une conférence donnée les 10-11 avril 2003 à Chicago, Illinois, sous l'égide du Rush University College of Nursing et du Rush University Medical Center. Contenu et préface du rapport sur le site : <http://www.rushu.rush.edu/nursing/disable/opening.pdf>.

²⁸⁶ Les Règles pour l'égalisation des chances des handicapés des Nations Unies, adoptées en 1993, constituent l'instrument international actuel (bien que non contraignant) pour accroître les chances des personnes qui vivent avec un handicap. Au moment où nous rédigeons, une convention internationale sur le handicap qui obligerait les parties est en cours de discussion. Voir la documentation sur le site *Enable* de l'ONU : <http://www.un.org/esa/socdev/enable/index.html>. Consulté le 19 octobre 2005.

²⁸⁷ Pour un exposé de certains des principes de base relatifs à la recherche sur les êtres humains, voir: Council of International Organizations of the Medical Sciences (CIOMS). *International Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Geneva, 2002. Sur le site http://www.cioms.ch/frame_guidelines_nov_2002.htm.

sur une méthodologie qualitative qui comporte ses propres risques spécifiques²⁸⁸. Les personnels infirmiers qui font de la recherche doivent rendre des comptes sur les recherches qu'ils mènent et l'interprétation qu'ils donnent à leurs découvertes.

5.5 Le personnel infirmier et les crises de santé publique : VIH/SIDA

Selon les Nations unies et l'Organisation mondiale de la Santé, le nombre de personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en 2004 aurait augmenté et atteint le plus haut niveau jamais enregistré ; on estime à 39,4 millions le nombre de personnes vivant avec le virus à travers le monde²⁸⁹. Bien que l'un des huit Objectifs du Millénaire pour le développement²⁹⁰ soit d'inverser la tendance et d'enrayer la propagation du virus du HIV/SIDA, les dernières indications montrent que la réponse actuelle n'est pas suffisante et que dans certaines régions du monde on s'attend à une augmentation rapide du taux d'infection par le VIH, à moins que des mesures drastiques ne soient prises²⁹¹.

Le VIH/SIDA est un problème de santé et de droits humains de plus en plus important qui atteint des proportions pandémiques. Le manque d'informations fiables sur la maladie et le caractère infâme attribué à celle-ci se rencontrent dans le monde entier, en partie à cause du nombre de tabous associés aux activités sexuelles – en particulier concernant les relations sexuelles entre hommes, ou les activités sexuelles des adolescents et des travailleurs du sexe, ainsi que les relations sexuelles extraconjugales – et à la consommation de drogue par voie intraveineuse. La peur et les discriminations résultant du manque d'informations fiables, ainsi que la stigmatisation associée à la maladie, constituent de réelles barrières à la prévention et aux soins, et lorsqu'ils existent, aux programmes de traitement. Une connaissance insuffisante de la maladie et le fait que les femmes ne peuvent agir indépendamment de leurs conjoints conduisent à un accès insuffisant aux services de prévention du VIH et à une incapacité à faire adopter des pratiques sexuelles moins risquées.²⁹²

La dimension «droits humains» du VIH/SIDA a été reconnue à un stade précoce de la pandémie, lorsque le Programme mondial de l'OMS de lutte contre le SIDA a ouvert la voie à la promotion de la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA. La première consultation internationale sur le SIDA et les droits humains a eu lieu à Genève entre les 26 et 28 juillet 1989. Une seconde consultation (Genève 1996) a conclu que lorsque les droits humains sont protégés, le nombre de personnes infectées est moindre, et celles vivant avec le VIH/SIDA et ainsi que leur famille peuvent mieux y faire face²⁹³. Une troisième consultation s'est penchée sur la prévention, le traitement, les soins et l'aide²⁹⁴.

Les droits humains ont fait l'objet de nombreuses discussions et ont été défendus à l'occasion de nombreuses rencontres intergouvernementales, notamment à l'Assemblée générale et

²⁸⁸ Byrne M. The concept of informed consent in qualitative research. *AORN Journal* 2001; 74: 401-403. L'auteur déclare que "bien que la recherche qualitative n'implique généralement pas de risque de dommages physiques, elle comporte un risque supérieur de dommages sociaux et psychologiques, en particulier causés par des atteintes à la vie privée".

²⁸⁹ ONUSIDA/OMS. Le point sur l'épidémie de SIDA décembre 2004. Genève : ONUSIDA

²⁹⁰ Objectif 6 des objectifs du Millénaire pour le développement. Disponible sur : <http://www.un.org/millenniumgoals/>

²⁹¹ ONUSIDA/OMS. *Le point sur l'épidémie de SIDA : décembre 2005*. Genève : ONUSIDA, 2005. Disponible sur <http://unaids.org/Epi2005/doc/report.html>.

²⁹² Voir : ONUSIDA. Stigmatisation, discrimination et violation des droits de l'homme associées au VIH. Etude de cas des interventions réussies. Avril 2005, Genève : ONUSIDA.

²⁹³ Conseil économique et social des Nations unies. *Seconde consultation internationale sur le VIH/SIDA et les droits humains (Genève 23-25 septembre 1996). Rapport du secrétaire général E/CN.4/1997/37* 20 janvier 1997. Disponible sur [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(symbol\)/E.CN.4.1997.37.En?Opendocument](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(symbol)/E.CN.4.1997.37.En?Opendocument).

²⁹⁴ ONUSIDA. *Directive 6 révisée : accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui*. Genève 2002. Disponible sur http://www.unaids.org.html/pub/Publications/IRC-pub02/JC905-Guideline6_en_pdf.pdf

au Conseil de sécurité des Nations unies. Ces discussions ont donné naissance à d'importantes résolutions et déclarations, en particulier à la Déclaration d'engagement formulée lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (SEAGNU) sur le VIH/SIDA en 2001 qui devrait être examinée en 2006²⁹⁵. Les publications de l'ONU et des ONG ont reflété les préoccupations relatives aux droits humains, et la protection des droits fondamentaux est généralement considérée comme une composante essentielle d'une réponse mondiale appropriée au VIH²⁹⁶.

Amnesty International est d'avis que les violations des droits humains aggravent la pandémie de VIH/SIDA, que les abus résultent de la stigmatisation associée au VIH/SIDA, et que les réponses gouvernementales au VIH violent parfois en elles-mêmes les droits humains. Amnesty International considère le respect des droits humains comme central pour faire face à la pandémie de VIH et a établi un programme d'action nécessaire pour renforcer une approche de lutte contre le VIH/SIDA basée sur les droits.²⁹⁷



Libye. Des professionnels de santé traduits en justice à Tripoli, accusés d'avoir délibérément infecté des enfants avec le VIH. (Voir encadré ci-dessous) © AI

Les professionnels de santé ne sont pas à l'abri de préjugés²⁹⁸ et on sait que les personnes venant chercher des soins pour des problèmes liés au HIV/SIDA ont été victimes de stigmatisation et de discrimination²⁹⁹. L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a constaté en 2003 qu'il « y avait eu une baisse de la progression des discriminations liées au VIH/SIDA dans certains pays » mais que certaines formes de stigmatisation qui avaient précédé l'épidémie (telles que l'homophobie) demeurent importantes.³⁰⁰

²⁹⁵ SEAGNU. Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA : « A crise mondiale, action mondiale ». 27 juin 2001.

Disponible sur : <http://www.un.org/ga/aids/coverage/FinalDeclarationonHIVAIDS.html>. Consulté le 19 mars 2006

²⁹⁶ Un ensemble de documents de l'ONU sur le VIH est disponible en ligne à l'adresse suivante :

<http://www.ohchr.org/english/issuesd/hiv/documents.htm>. Voir également Amnesty International. *Women, HIV/AIDS and human rights*. Londres ACT 77/084/2004 ; publications de Human Rights Watch sur le VIH/SIDA et les droits humains sont disponibles sur : http://hrw.org/doc/?t=hivaids_pub.

²⁹⁷ Amnesty International. Actions relatives au VIH/SIDA. ACT 75/002/2006, 11 mai 2006. Disponible sur : <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGA750022006>.

²⁹⁸ Surlis S, Hyde A. HIV-positive patients' experience of stigma during hospitalisations. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2001; 12:68-77; Pan American Health Organization. *Understanding and Responding to HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination in the Health Sector*. Washington DC:PAHO, 2003.

²⁹⁹ Amnesty International. « *I am not ashamed* ». *HIV/AIDS in Guyana and the Dominican republic* ». Mai 2006. Disponible sur <http://www.amnesty.org> après le 31 mai 2006.

³⁰⁰ OPS, *ibid*, p.7

Libye : des infirmières bulgares accusées d'avoir inoculé le VIH à des patients sont condamnées à mort

Cinq infirmières bulgares et un médecin palestinien ont été condamnés à mort par peloton d'exécution par un tribunal libyen en mai 2004, accusés d'avoir délibérément inoculé le VIH à 426 enfants à l'hôpital des enfants al-Fateh, Benghazi. Un sixième accusé bulgare a été condamné à quatre années d'emprisonnement et neuf prévenus libyens ont été acquittés. Les professionnels de la santé du monde entier se sont élevés contre ces accusations et ces condamnations, notamment le CII (Conseil international des infirmières), qui a « condamné des plus vivement » la condamnation à mort de professionnels de la santé. Les infirmières et médecins sont maintenus en détention depuis 1999. Des spécialistes du SIDA cités comme témoins au procès ont cependant dénoncé la violation des règles d'hygiène et la réutilisation de seringues dans l'hôpital. Le Professeur Luc Montagnier (l'un des co-découvreurs du VIH) a présenté devant le tribunal un rapport montrant que l'infection avait débuté avant que les ressortissants étrangers n'aient commencé à travailler dans l'hôpital, et qu'elle s'était propagée après qu'ils eurent quitté leurs fonctions. Les professionnels de la santé avaient dans un premier temps « avoué » leur crime, mais se sont ensuite rétractés, affirmant que leurs aveux avaient été faits sous la torture. Huit membres des forces de sécurité et deux autres personnes (un médecin et un traducteur) qu'elles emploient ont été jugés pour allégation de torture, puis acquittés le 7 juin 2005. Les professionnels de la santé ont fait appel de la décision et leur affaire a été entendue par la cour suprême de Libye le 25 décembre 2005. La cour a annulé la condamnation à mort et ordonné un nouveau jugement devant une cour de rang inférieur. Le nouveau procès est prévu pour le 13 juin 2006 [MISE À JOUR].

Il y a eu de nombreuses spéculations dans les médias internationaux quant au fait que les gouvernements libyen et bulgare, avec l'aide de l'Union européenne et des Etats-Unis, auraient négocié un règlement politique de l'affaire des professionnels de santé, en dehors de la procédure judiciaire. Les autorités libyennes ont déclaré qu'elles commueraient les condamnations à mort si la Bulgarie accordait des dédommagements aux familles des enfants infectés du VIH. Le gouvernement bulgare a rejeté l'offre publiquement, compte tenu du fait qu'accepter cette proposition reviendrait à admettre la culpabilité des professionnels de santé. Le 22 décembre 2005, peu avant la tenue de l'audience devant la cour suprême, la Bulgarie, la Libye, les Etats-Unis, le Royaume-Uni et l'Union européenne ont accepté de mettre en place un fonds de soutien aux familles de Benghazi touchées par les VIH/SIDA et de participer à la modernisation de l'hôpital.

5.5.1 Protéger les soins en protégeant les droits

Les personnels infirmiers et sages-femmes professionnels traitant des patients atteints du VIH/SIDA sont confrontés à de nombreuses difficultés. Tous les personnels infirmiers peuvent jouer un rôle dans la défense des droits des patients atteints du VIH/SIDA et le combat contre les discriminations, qui constituent un obstacle aux soins. Le Conseil international des infirmières a invité ses associations-membres nationales à :

- participer activement à la sensibilisation et à l'information du public sur le VIH/SIDA ;
- prendre des mesures pour combattre la violence contre les femmes et en particulier le viol, les abus sexuels, la prostitution et le trafic d'enfants ; travailler pour la protection des droits

humains fondamentaux des personnes vivant avec le VIH/SIDA, de leur famille, du public et des personnels infirmiers qui s'occupent des personnes atteintes du VIH/SIDA.³⁰¹

L'association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie a demandé que ceux-ci bénéficient d'une formation plus spécialisée, afin d'être de même à répondre aux besoins spécifiques des patients atteints du VIH/SIDA. L'Association a rappelé que les soins prodigués aux malades du VIH/SIDA nécessitaient une connaissance approfondie en matière de prévention de la maladie, promotion de la santé, réduction des risques et soins palliatifs.³⁰²

Selon l'ONUSIDA, la consommation de drogues par injection est l'une des principales causes de contamination au VIH en Europe et en Asie centrale, où elle est à l'origine de 80% des cas de VIH. Au Moyen-Orient, en Afrique du Nord, en Asie du Sud et de l'Est ainsi qu'en Amérique latine, le VIH touche plus de 80% de certaines populations de consommateurs de drogue par injection.³⁰³ En dépit de tels chiffres, peu de mesures sont prises pour fournir des seringues propres, du matériel stérilisé ou des collecteurs de seringues usagées (voir exemple ci-dessous), mesures recommandées par ONUSIDA pour enrayer la propagation de la maladie.³⁰⁴ Un rapport du *Open Society Institute's Harm Reduction development Program* a conclu que les tentatives faites par la Russie et l'Ukraine pour réduire la toxicomanie en augmentant les dépenses allouées à l'application des lois, aux dépens de la politique de santé publique, étaient inefficaces.³⁰⁵ C'est un problème particulièrement sérieux étant donné que « l'épidémie actuelle qui touche la Russie et l'Ukraine est sans équivalent, en ce sens que la majorité des infections continuent d'être liées à la consommation de drogue par injection ».³⁰⁶

Canada : un « centre d'injection sécurisée » mis en place par une infirmière malgré l'opposition du gouvernement

Une infirmière canadienne a créé un « centre d'injection sécurisée » dans le centre de Vancouver suite aux nombreux déboires rencontrés lors de l'ouverture d'un centre officiel. Megan Oleson supervisait les injections depuis six mois, enseignait les règles d'hygiène aux consommateurs de drogues et les orientait vers d'autres services disponibles. Durant la période où elle gérait le service, la police a arrêté Megan et ses collègues un soir tard, alors qu'elles rentraient chez elles. Selon des témoins oculaires, deux policiers auraient projeté avec un pulvérisateur une substance irritante sur Megan et une autre femme et les auraient si sévèrement frappées que des passants durent appeler une ambulance.³⁰⁷ Quelques mois plus tard, en septembre 2003, un « centre officiel d'injection sécurisée » ouvrait ses portes.³⁰⁸

En 2004, Megan Oleson a reçu le prix de l'Action contre le VIH/sida et pour les droits humains décerné par le réseau juridique canadien VIH/SIDA et la section de New-York de Human Rights Watch. La porte-parole de Vancouver Area Network of Drug Users (regroupement de consommateurs et ex-consommateurs de drogue) a déclaré : « (Oleson) a fait preuve d'un courage

³⁰¹ Prise de position du CII : Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) disponible sur : <http://www.icn.ch/psAIDS00.htm>. Consulté le 4 mai 2005.

³⁰² Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie. *Reconnaissance des soins infirmiers en sidologie en tant que spécialité*. Disponible sur : <http://canac.org/english/PROGRAMS.htm>. Consulté le 3 juin 2005.

³⁰³ ONUSIDA. *Joint UNAIDS statement on HIV prevention and strategies for drug users*. Disponible sur : <http://www.unaids.org>. Consulté le : 12 août 2005.

³⁰⁴ *Ibid*

³⁰⁵ Malinowska-Sempruch K, Hoover J, Alexandrova A. *Unintended consequences : Drug policies fuel the HIV epidemic in Russia and Ukraine*. New-York : International Harm Reduction development Program, Open Society Institute 2003.

Disponible sur :

http://www.soros.org/initiatives/ihrd/articles_publications/publications/unintendedconsequences_20030414/unintended_consequences.pdf. Consulté le 12 août 2005.

³⁰⁶ *Ibid*. p.12

³⁰⁷ Réseau juridique canadien VIH/SIDA. *Prix de l'Action contre le VIH/sida et pour les droits humains. Lauréate canadienne 2004 (catégorie Individu) : Megan Oleson*. Disponible sur :

http://www.aidslaw.ca/Maincontent/awards/national_ind-recipient2004.htm. Consulté le 2 juin 2005

³⁰⁸ Hainsworth J. Nurse wins award for rebel safe-injecting site: AIDS campaigner 'acted when others dragged their feet' on downtown drug woes. *Vancouver Sun*, 13 septembre 2004, p. B7.

incroyable... Une infirmière diplômée d'Etat peu agir de manière responsable vis-à-vis de la société alors même qu'on la persécute. »

Le Réseau juridique canadien VIH/SIDA a déclaré que « les succès remportés par Megan Oleson pour mobiliser les communautés et leur donner les moyens d'agir face à une opposition puissante ont permis de protéger et de promouvoir la santé et les droits humains et a par conséquent généré une meilleure prise de conscience des nombreuses questions touchant les communautés vulnérables et négligées de Vancouver et du Canada tout entier ». ³⁰⁹

Dans le monde entier, les prisonniers sont exposés au risque d'infection et les prisonniers infectés par le VIH souffrent de discrimination. Un rapport de Human Rights Watch sur le Kazakhstan ³¹⁰ signalait que, jusqu'à 2002, les tests obligatoires de dépistage du VIH pratiqués sur les prisonniers en attente de jugement les obligeaient à rester à l'isolement dans des pavillons spéciaux. Ce rapport indiquait en outre que d'autres prisonniers courent le risque de contracter la maladie en raison « de la surpopulation carcérale, d'un accès limité à des services de prévention, de rapports non protégés et d'abus sexuels, du partage des seringues en prison ». ³¹¹ Pendant leur mise à l'écart du reste de la population de la prison, on ne leur prodiguait aucun traitement pour leur état de santé. Le personnel infirmier interviewé dans ce rapport a fait part de ses difficultés à prodiguer des soins aux prisonniers séropositifs et a souligné que ces derniers étaient furieux et agressifs. Par moment, la tension dans le pavillon des patients séropositifs était telle que les prisonniers souillaient les poignées de porte avec leur sang, faisaient la grève de la faim et menaçaient de piquer le personnel avec des seringues couvertes de leur sang en signe de protestation. ³¹²

Le caractère particulier du VIH/SIDA requiert de la part des spécialistes de la santé publique qu'ils s'attaquent à des problèmes qui, jusque-là, étaient en marge des thèmes abordés en matière de santé publique et qui ne font pas l'objet de débats quotidiens dans les médias : l'approvisionnement de seringues stérilisées pour les toxicomanes ; la protection de la santé des hommes et des femmes qui se livrent au commerce du sexe ; ainsi que la promotion de pratiques sexuelles plus sûres, en particulier parmi les adolescentes. Certaines de ces actions de promotion sanitaire peuvent entrer en conflit avec les règles et les pratiques de nombreux pays. ³¹³ Il faut être davantage conscient du fait que pour apporter des soins plus efficaces aux patients, la protection des soignants, des éducateurs et des défenseurs des droits humains est nécessaire.

Amnesty International a signalé qu'en 2004, les responsables de l'éducation sur le VIH à la Jamaïque et au Honduras, qui ont continué à travailler malgré les hostilités et les préjugés, ont fini par obtenir la reconnaissance et le soutien accrus de la population locale ainsi que des militants des droits humains. ³¹⁴ Dans de nombreux pays, le manque de soutien aux défenseurs des personnes infectées par le VIH/SIDA bloquent actuellement les discussions libres sur le VIH et le développement de services qui soient accessibles aux personnes vivant avec le VIH/SIDA, et ne les mettent pas au ban de la société.

La coopération internationale, notamment via le financement, est nécessaire pour juguler l'épidémie du VIH/SIDA. Cependant, les gouvernements qui fournissent de l'aide et des fonds ne devraient pas établir des conditions qui dénie aux gens l'accès à des informations qui permettent

³⁰⁹ Réseau juridique canadien VIH/SIDA, voir note 232 ci-dessus

³¹⁰ Human Rights Watch. *Fanning the flames: How human rights abuses are fueling the AIDS epidemic in Kazakhstan* Juin 2003:15(4)D. (*Kazakhstan : les abus aggravent la crise du SIDA, les consommateurs de drogue et les travailleurs sexuels pris pour cibles dans l'une des pires épidémies du SIDA au monde*), disponible sur le site : <http://hrw.org/reports/2003/kazak0603/kazak0603.pdf>. Consulté le 12 août 2005.

³¹¹ *Ibid.*

³¹² *Ibid.*

³¹³ Restrictions placées par les organismes de financement tels que le Plan d'urgence américain pour l'aide contre le SIDA du Président des Etats-Unis (PEPFAR) sur l'accès au financement pour travailler avec les consommateurs de drogue par injection et les travailleurs sexuels reflètent ce malaise au niveau du gouvernement.

³¹⁴ Amnesty International. Rapport 2005 d' Amnesty International. Indexe AI : POL 10/001/2005, 25 mai 2005

de sauver des vies, les produits et les services tels que les préservatifs et les mesures de réduction des risques.

5.5.2. Les bonnes pratiques dans le traitement du SIDA

Dans le sud du continent africain, le SIDA a depuis longtemps pris les proportions d'une crise et le principal problème reste de prodiguer des soins de santé efficaces aux patients infectés par le VIH/SIDA. La propagation de la maladie a conduit à l'épuisement de ressources limitées, compromettant la capacité des soignants à prodiguer des soins appropriés et exposant les personnels qui luttent en première ligne à un risque élevé de contracter à leur tour le VIH, étant donné que la pratique basée sur les précautions observées partout est menacée. Néanmoins, l'ONUSIDA attire l'attention sur quelques exemples de personnes qui ont fait preuve de soins innovants et de grande qualité.³¹⁵ (Voir encadré ci-dessous.)

Projet de sensibilisation au VIH/SIDA des infirmiers/ères et sages-femmes en Zambie

Olive Ng'andu a été formée aux métiers d'infirmière et de sage-femme dans les années 60. Actuellement, elle dirige un projet VIH/SIDA destiné aux personnels infirmiers et sages-femmes établi en 2002 en réponse à une inquiétude grandissante à propos de l'épidémie dans la profession. Ce projet, qui a pour cadre les locaux de l'Association des infirmières et des infirmiers de la Zambie (ZNA) conjointement financé par l'agence norvégienne pour le développement et la coopération (NORAD) et l'association des infirmières et infirmiers de Norvège, a pour but de fournir au personnel infirmier et aux sages-femmes des informations essentielles sur le VIH/SIDA, de développer leurs compétences en matière de gestion clinique et de prévention contre la propagation du VIH, de s'élever contre la condamnation sociale en encourageant le personnel infirmier à se soumettre à des tests de dépistage, d'apporter un soutien aux infirmiers/ères et sages-femmes porteurs/euses du VIH et SIDA. Avant l'élaboration du projet, une enquête par la ZNA a montré que la connaissance du virus était limitée chez les soignants. L'enquête a également révélé l'existence d'un sentiment d'épuisement dû à un manque chronique de ressources. Le projet vise en partie à impliquer le personnel infirmier dans le processus d'éducation et de formation. Olive Ng'andu fit cette observation : « les problèmes auxquels nous sommes confrontés sont si énormes et les ressources africaines sont très limitées. Si on attend pour obtenir ce dont on a besoin, on peut attendre indéfiniment. Nous pensons que c'est mieux de se mettre tous ensemble et se dire "les amis, comment allons-nous au mieux résoudre ce problème ?" »³¹⁶

Le personnel infirmier et les sages-femmes peuvent jouer un rôle déterminant dans la promotion des bonnes pratiques pour l'alimentation des nourrissons dans le cadre du VIH/SIDA (et aussi dans la société de manière plus générale). L'allaitement au sein a longtemps été recommandé comme étant la meilleure source d'alimentation pour l'enfant. Cependant, la possibilité de transmission du VIH à l'enfant via le lait maternel pose des problèmes à ceux qui prodiguent des conseils pratiques pour une alimentation sûre. L'OMS a conclu que lorsqu'une alimentation de substitution est acceptable, faisable, abordable, durable et sans danger, on devrait éviter l'allaitement au sein par des mères infectées par le VIH.³¹⁷ Sans cela, il est recommandé de nourrir l'enfant exclusivement au sein durant les premiers mois de la vie, puis de procéder à un sevrage rapide et prématuré et d'une substitution par des produits de remplacement. S'il faudrait donner aux mères séropositives des conseils sur les différentes options qui s'offrent à elles pour l'alimentation des enfants en bas d'âge, il faudrait aussi fournir un effort afin de s'assurer que la

³¹⁵ ONUSIDA. Vouloir, c'est pouvoir : Champions des soins infirmiers et obstétricaux dans le domaine du VIH/SIDA en Afrique australe. Juin 2003, ONUSIDA/03.19 Genève : ONUSIDA. Disponible sur : http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/JC900-Midwives_Nursing_en.pdf. Consulté le 24 mai 2006.

³¹⁶ Ibid.

³¹⁷ OMS. *HIV and infant feeding: framework for priority action*. Genève, 2003. Disponible sur : <http://www.who.int/child-adolescent-health/>. Consulté le 30 mars 2006

population générale ait des notions et réactions positives vis-à-vis de l'allaitement au sein. De plus, il faudrait éviter lorsque ce n'est pas indispensable l'utilisation de substituts au lait maternel par des mères séronégatives ou celles qui ne connaissent pas leur statut sérologique. Le personnel de santé peut contribuer à la réduction de la transmission postnatale du VIH et augmenter les chances de survie des enfants en fournissant aux mères infectées par le VIH des informations précises sur l'alimentation des enfants en bas âge. Cependant, certaines peuvent trouver que les recommandations actuelles ne correspondent pas à leurs propres valeurs et pratiques, en particulier lorsqu'il existe un niveau élevé de malnutrition dans la communauté.³¹⁸ Il faut davantage d'actions pour promouvoir les bonnes pratiques et soutenir le personnel de santé au niveau local ainsi que les mères dont il s'occupe.³¹⁹

5.5.3 Le personnel infirmier et les sages-femmes porteurs de VIH/SIDA ou exposés au risque de la maladie

Tout comme dans la population générale, les cas de personnel de santé contractant le VIH sont en augmentation. Une étude sud-africaine estime que près de 20% des aides-soignants entre 18 et 25 ans sont porteurs du VIH et 13% des docteurs, infirmiers/ères et autres professionnels de la santé sont malades.³²⁰ Entre 1997 et 2001, l'Afrique du Sud a enregistré une chute de 6,7% du nombre d'infirmiers/ères qui se sont inscrits au conseil sud-africain des soins infirmiers (South African Nursing Council). Une étude sud-africaine a préconisé la formation d'un plus grand nombre d'étudiants afin de lutter contre cette baisse du nombre d'infirmiers/ères.³²¹

Dans l'espoir de protéger la santé et d'assurer la sécurité du personnel de santé, l'Organisation internationale du travail, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé, a formulé les lignes directrices pour la promotion de personnels médicaux fonctionnels et en bonne santé.³²² Les recommandations sont centrées sur la prévention des risques de transmission, le dialogue social entre les principaux partenaires, une éducation et des informations claires et largement répandues, en insistant sur la question du sexe et des risques et expériences particuliers des femmes travaillant dans le cadre des soins de santé. Le personnel infirmier devrait, d'après le CII, avoir accès à l'information sur la prévention du VIH/SIDA ainsi qu'aux équipements de protection. Après exposition au virus, les infirmiers/ères devraient également avoir accès au traitement approprié et à une mise en observation, notamment aux premiers soins immédiats et à de la documentation.³²³ Cependant, l'accès au traitement prophylactique post-exposition est loin d'être universel pour les infirmiers/ères et le personnel de santé s'est parfois montré peu disposé à signaler une exposition dans le cadre du travail ou à prendre des médicaments prophylactiques.³²⁴

Le personnel infirmier et les sages-femmes séropositifs ont le droit d'accès à des services de consultation confidentiels et au traitement nécessaire afin de mieux protéger leur propre santé et

³¹⁸ Piwoz EG, Owens Ferguson Y, Bentley ME, Corneli A et al. Differences between international recommendations on breastfeeding in the presence of HIV and the attitudes and counselling messages of health workers in Lilongwe, Malawi. *International Breastfeeding Journal* 2006, 1:2. Disponible sur :

<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/1/1/2>. Consulté le 30 mars 2006.

³¹⁹ For the perspective of a US nurse working in Africa, see: Dohrn JE. Breastfeeding in the HIV epidemic: a midwife's dilemma in international work. *Online Journal of Health Ethics*, 2005; 1(1). Disponible sur :

<http://ethicsjournal.unc.edu/ojs/viewissue.php?id=2>

³²⁰ Shisana O, Hall EJ, Maluleke R, Chauveau J, Schwabe C. AIDS/HIV prevalence among South African health workers. *South African Medical Journal* 2004; 94: 846-850.

³²¹ Shisana O, et al. *Ibid.*

³²² OIT/OMS. [Directives conjointes OIT/OMS sur les services de santé et le VIH/sida](http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/techmeet/tmehs05/guidelines.pdf). Genève : OIT, 2005. Disponible sur :

<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/techmeet/tmehs05/guidelines.pdf>.
³²³ Conseil international des infirmières. *Prise de Position: Impact du VIH/SIDA sur les infirmières et les sages femmes*. Adopté en 1995, révisé en 2000. Disponible sur : <http://www.icn.ch/psHIV00.htm>. Consulté le 24 mai 2006.

³²⁴ Zelnick J, O'Donnell M. The impact of the HIV/AIDS epidemic on hospital nurses in KwaZulu Natal, South Africa: nurses' perspectives and implications for health policy. *J Public Health Policy* 2005;26(2):163-85.

celles de ceux à qui ils se consacrent. Lorsque c'est nécessaire pour des raisons médicales, il est possible de modifier leurs obligations de sorte que le risque pour les patients et pour eux-mêmes soit réduit. On devrait également leur fournir une protection contre la discrimination, tels que la discrimination liée à l'embauche ou en matière de logement.³²⁵

Il ne sera pas toujours simple de concilier les risques encourus par le personnel soignant et les besoins des patients en matière de soins dans les pays où la maladie est largement répandue. En Zambie, par exemple, la haute prévalence de la co-infection tuberculose/VIH peut amener le personnel infirmier (en particulier ceux qui sont séropositifs) à rechigner à traiter les patients atteints de tuberculose à cause d'un risque réel d'infection. Des efforts pour réduire les risques encourus par les infirmiers/ères et les patients incluent un traitement sur la base de consultations externes, en particulier dans les zones urbaines du pays, la réduction de l'encombrement dans les établissements de santé, une chimiothérapie contrôlée administrée de façon suivie ainsi que la réduction de la charge de travail des soignants.³²⁶

5.6 Autres crises réelles et potentielles de la santé

5.6.1 La tuberculose

La tuberculose constitue une préoccupation permanente en matière de santé à travers le monde. D'après une étude de l'Organisation mondiale de la santé en 2005, on a recensé 15,4 millions de cas en 2003, parmi lesquels 8,8 millions de nouveaux cas. Sur ces 8,8 millions, 674 000 sont également infectés par le VIH. On a estimé que 1,7 millions de personnes ont succombé à la tuberculose en 2003, dont 229 000 personnes co-infectées par le VIH, et on pense que deux millions en sont morts en 2002.³²⁷ En 2004, il y a eu 8,9 millions de nouveaux cas estimés et encore 1,7 millions de personnes victimes de la maladie.³²⁸

L'épidémie croissante du VIH en Europe de l'Est et en Chine va également augmenter le nombre de personnes atteintes de tuberculose suite à une infection au VIH. La tuberculose est actuellement la cause principale de décès chez les sujets vivant avec le VIH/SIDA.³²⁹

³²⁵ *Ibid* ; CII. Impact du VIH/SIDA sur les infirmières et les sages femmes. Prise de Position, 2000. Disponible sur : <http://www.icn.ch/psHIV00.htm>. Consulté le 25 mai 2006.

³²⁶ Chanda, D, Gosnell D. The impact of tuberculosis on Zambia and the Zambian nursing workforce. *Online Journal of Issues in Nursing* 2006 (31 January 2006), Vol. 1 No. 1, Manuscript 3. Disponible sur: www.nursingworld.org/ojin/topic29/tpc29_3.htm

³²⁷ Organisation mondiale de la santé. *Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing. Rapport annuel de l'OMS, 2005*. Genève: Organisation mondiale de la santé (WHO/HTM/TB/2005.349), p.1. Disponible sur: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2005/en/. Consulté le 5 octobre 2005.

³²⁸ Dye C. Global epidemiology of tuberculosis. *Lancet* 2006; 367:938-40.

³²⁹ Organisation mondiale de la santé. TB/HIV: Research priorities in resource limited settings. Rapport établi suite à une consultation avec des experts, 14-15 février 2005, Genève, Suisse, p.3. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_HTM_TB_2005.355.pdf. Consulté le 5 octobre 2005.

Les infirmiers/ières travaillant dans les soins santé primaires sont souvent les premiers à identifier et gérer les cas présumés de maladies transmissibles. Dans certaines situations, les programmes sur la tuberculose peuvent être conduits par les infirmiers/ères occupant une position essentielle pour plaider en faveur des programmes de lutte contre la tuberculose.³³⁰ Le CII a publié les lignes directrices portant sur des soins centrés sur le patient avec un traitement de courte durée sous surveillance directe (DOTS) pour lutter contre la tuberculose.³³¹

En 2005, l'Organisation mondiale de la santé a rapporté que 182 pays ont employé les stratégies DOTS durant l'année 2003 et ces stratégies ont eu pour effet une baisse globale de 5% de la prévalence de tuberculose dans le monde entre 2002 et 2003. Le même rapport a fait état d'une



Personnel infirmier à l'hôpital pour les malades de la tuberculose situé à Nukus dans la région de Karakalpakstan de l'Ouzbékistan, le pays de l'ex-Union soviétique le plus touché par la tuberculose. © Panos 2000.

baisse ou d'une stabilisation de la prévalence mondiale de la tuberculose dans cinq régions sur six de l'OMS, à l'exception de la région africaine, où le nombre de cas a augmenté plus rapidement dans les régions de prédominance du HIV. Le résultat net montre que le nombre de cas de tuberculose dans le monde augmente actuellement de 1% par an.³³² A l'occasion de la Journée mondiale de la Tuberculose de 2006, on a signalé une augmentation des cas de tuberculoses résistantes aux médicaments, ce qui souligne le risque croissant posé par la maladie. La tuberculose en milieu carcéral reste une préoccupation de premier ordre.

³³⁰ Marais F. Tuberculosis Control: A Nurse-Led Model with Case Management. Londres : Foundation for Nursing Studies, 2002.

³³¹ CII. (*Directives pour le contrôle et le traitement de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante*) TB Guidelines for Nurses in the Care and Control of Tuberculosis and Multi-drug Resistant Tuberculosis. Disponible sur : <http://www.icn.ch/tb/guidelines.htm>. Consulté le : 20 avril 2005.

³³² Organisation mondiale de la santé. TB/HIV: Research priorities in resource limited settings, Rapport établi suite à une consultation avec des experts, 14-15 février 2005, Genève, Suisse. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_HTM_TB_2005.355.pdf. Consulté le : 8 août 2005.

5.6.2 La grippe aviaire

En 2005, la propagation du virus de l'influenza aviaire (grippe aviaire) a pris des proportions d'épidémie parmi les volailles en Chine, au Cambodge, en Indonésie, en Thaïlande et au Vietnam. Dans sa forme la plus dangereuse, l'influenza aviaire hautement pathogène (IAHP), la grippe aviaire peut être mortelle le premier jour de développement des symptômes. C'est cette forme dangereuse du virus de la grippe aviaire qui a été signalée au début comme ayant infecté les volailles domestiques, les canards, les cochons, les tigres et quelques humains en Asie à la fin de 2004.³³³

L'Organisation mondiale de la santé et les chercheurs médicaux ont prédit qu'une mutation du virus de la grippe aviaire pour devenir une forme infectieuse transmissible directement d'homme à homme causerait une pandémie dans le monde.³³⁴

En soignant les maladies transmissibles, le personnel infirmier court également le risque de contracter les maladies à son tour. Il a été confirmé que deux infirmiers/ères à Hanoi (Viêt Nam) ont contracté le virus à partir d'un même patient qui aurait infecté d'autres membres de sa famille.³³⁵ D'après l'OMS, au 3 avril 2006, quelque 190 cas de grippe chez les humains ont été signalés à travers le Cambodge, la Chine, l'Indonésie, la Thaïlande, la Turquie et le Vietnam depuis fin décembre 2003 et le nombre de décès est légèrement supérieur à 50%.³³⁶ Il s'agit, pour la majorité, de cas dans lesquels le virus a été directement contracté par contact avec un oiseau infecté.

Les mesures recommandées par l'OMS pour lutter contre la propagation de la maladie comprennent l'établissement d'un plan de lutte contre une pandémie grippale auquel les professionnels soignants et les représentants des associations d'infirmières et d'infirmiers peuvent apporter leur contribution.³³⁷ De telles mesures comportent des implications relatives aux droits humains, à la fois en ce qui concerne leur capacité de protection des droits à la vie et à la santé de la population, et en ce qui concerne la proportionnalité et le respect des droits civils et politiques des individus, tels que le droit à la liberté de mouvement et d'association.

³³³ Bureau régional de l'Asie du Sud-Est et Bureau régional du Pacifique occidental de l'Organisation mondiale de la santé. *World Health Organization and ASEAN+3 Health Ministers Meeting on Avian Influenza* 25-26 novembre 2004. Disponible sur: http://w3.whosea.org/LinkFiles/FAO_Avian-Faq.pdf. Consulté le : 12 août 2005.

³³⁴ Organisation mondiale de la santé. *Assessment of risk to human health associated with outbreaks of highly pathogenic H5N1 avian flu influenza in poultry*. 14 mai 2004. Disponible sur : http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/assessment2004_05_14/en/index.html. Consulté le : 12 août 2005; Barclay WS, and M Zambon, Pandemic risks from bird flu. *British Medical Journal* 2004; 328:238-239 (31 January); Horimoto T, Kawaoka Y. Influenza: Lessons from past pandemics, warnings from current incidents. *Nature Reviews Microbiology* 2005; 3, 591-600.

³³⁵ Sheridan M. Pandemic fear as bird infects nurses. *Sunday Times*, 13 mars 2005. Disponible sur : <http://www.timesonline.co.uk/article/0,,2087-1522982,00.html>. Consulté le : 12 août 2005.

³³⁶ Organisation mondiale de la santé. Nombre cumulé de cas confirmés d'Influenza aviaire A/(H5N1) Signalé à l'OMS. 3 Avril 2006. Disponible sur : http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/en/index.html

³³⁷ Organisation mondiale de la santé, Département des maladies transmissibles Surveillance et action Programme mondial de lutte contre la grippe. *WHO checklist for influenza pandemic preparedness planning*. Genève: OMS. Disponible sur: https://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/en/CDS_CSR_GIP_2005_4.pdf. Consulté le : 12 août 2005.

5.6.3 Autres infections aiguës

5.6.3.1 Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

Le SRAS a été signalé pour la première fois en Chine en mars 2003 et peut être à la source d'infections en février 2003 ou dès novembre 2002.³³⁸ Il a suscité une alarme mondiale et entraîné l'application des mesures de contrôle drastiques dans de nombreux pays. Les soignants ont été parmi les premiers groupes de population touchés. En 2003, le Conseil international des infirmiers a fait remarquer que, avec l'épidémie de SRAS, les personnels infirmiers pourraient se sentir angoissés à la pensée d'être eux-mêmes infectés, et ostracisés par leurs propres communautés et familles craignant l'infection.³³⁹ A Taiwan, la même année, près de 160 soignants ont démissionné ou refusé de soigner les patients atteints de SRAS à l'hôpital, ce qui montre le degré élevé d'angoisse dans la communauté. Face à cela, le gouvernement a menacé de leur retirer leurs autorisations d'exercer.³⁴⁰ Au Canada, le personnel infirmier à Toronto a refusé de travailler dans les pavillons réservés aux malades du SARS et a demandé une enquête gouvernementale sur la gestion de l'épidémie.³⁴¹ Le gouvernement chinois a introduit des mesures draconiennes de contrôle du SRAS, et a notamment menacé de peine de mort ceux qui ne respectent pas les règles de santé publique.³⁴²

Face à l'effet de l'épidémie sur le lieu de travail dans le secteur de la santé, un document de travail sectoriel (Sectorial Working Paper) publié par le Bureau international du travail recommande un certain nombre de mesures : diffusion des informations en temps opportun, formation pratique des professionnels de santé pour empêcher la propagation du SRAS, analyse participative et surveillance des risques, attention particulière accordée aux travailleurs plus âgés et aux personnes dont le système immunitaire est affaibli, attention accordée aux petits équipements et secteurs ruraux, soutien psychologique et social aux patients atteints de SRAS, et participation de tous les employés au respect de l'hygiène professionnelle et des règles en matière de sécurité. Ce document suggère que des stratégies à long terme sur la santé publique, notamment le développement des effectifs, aideraient dans la lutte future contre le SRAS et d'autres maladies à venir.³⁴³

³³⁸ Par la suite, L'OMS a défini sa période de surveillance comme datant du 1er novembre 2002 "afin de mettre en évidence des cas de pneumonie atypique en Chine reconnus maintenant comme étant le SRAS" et a estimé que le SRAS est apparu "dans la province de Guangdong, au sud-est de la Chine en novembre 2002". Voir les définitions de cas de l'OMS : <http://www.who.int/csr/sars/casedefinition/en/>. Consulté le 9 juin 2005; et le Document OMS de consensus sur l'épidémiologie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Genève: OMS, p.12, Disponible sur : <http://www.who.int/csr/sars/en/WHOconsensus.pdf>. Consulté le 19 mars 2006.

³³⁹ Conseil international des infirmières. Impact du Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) sur le personnel de santé. Bulletin du SEW: N° 2, Avril – Septembre 2003, Genève. Le personnel de santé représente environ 18% des cas de décès liés au SRAS durant cette période.

³⁴⁰ CIA Etat-unis. *SARS Down But Still a Threat*. Evaluation de l'Intelligence Community, Août 2003, NIC ICA 2003-09. Voir : http://www.odci.gov/nic/special_sarsthreat.html. (Observation selon laquelle "la plupart du personnel de santé dans les pays touchés par le SRAS ont peiné pendant de longues heures dans des conditions dangereuses.")

³⁴¹ Sibald B. Right to refuse work becomes another SARS issue. *Canadian Medical Association Journal* 2003; http://www.cmaj.ca/news/20_06_03.shtml. Consulté le: 8 août 2005; CIA. *SARS Down But Still a Threat*. Evaluation de l'Intelligence Community, août 2003, NIC ICA 2003-09. http://www.odci.gov/nic/special_sarsthreat.html;

³⁴² Amnesty International. (Chine : Menace de peine de mort pour non-respect de la réglementation du SRAS) *China: Threat of death penalty for breaches of SARS regulations*. Londres: ASA 17/024/2003, mai 2003; Chan K. SARS and implications for human rights. Carr Centre for Human Rights, 2005. Disponible sur : [http://www.ksg.harvard.edu/cchpr/pdf/SARS.CaseStudy.\(Final\).pdf](http://www.ksg.harvard.edu/cchpr/pdf/SARS.CaseStudy.(Final).pdf)

³⁴³ Wiskow C. (Article de travail sectoriel No.206 : impact du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) sur le personnel de santé) *Sectorial Working Paper No.206: The impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on health personnel*. Genève: Bureau international du travail. Disponible sur : <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp206.pdf>. Consulté le : 12 Mai 2005.

5.6.3.2 Autres maladies

L'épidémie épisodique d'Ebola, un virus hautement létal (qui entraîne la mort chez 50-90% des malades présentant des manifestations cliniques) ou d'autres virus des fièvres hémorragiques exposent à de graves risques la population et les personnels de soins de santé qui doivent répondre aux besoins des malades. Le virus Ebola déclenche une grande peur parmi les populations touchées et expose à un sérieux risque d'infection les personnels de santé lorsqu'ils ne prennent pas des précautions suffisantes pour contrôler l'infection et n'observent pas des procédures de soins qui font échec à celle-ci.³⁴⁴ Cela souligne la nécessité de fournir aux personnels de santé non seulement des informations détaillées mais aussi des stratégies en matière de protections, ainsi que des informations au public.

5.6.4 Le personnel infirmier et les catastrophes naturelles

Le tsunami survenu en Asie du Sud et du Sud-est le 26 décembre 2004³⁴⁵ et l'ouragan qui a causé des dégâts énormes à la ville de la Nouvelle-Orléans et à la région voisine du sud des Etats-Unis en août 2005³⁴⁶ illustraient tous les deux l'impact dévastateur des catastrophes naturelles sur les habitants et le bien-être de chacun. Des situations comme celles-ci ont également eu pour effet de souligner l'interaction entre les droits humains et les politiques gouvernementales dans le cadre de crises humanitaires, notamment la discrimination dans la fourniture aux victimes des catastrophes naturelles des soins de santé en situation d'urgence. Ces situations ont une répercussion sur le rôle, la compétence et la responsabilité des personnels infirmiers qui sont appelés à prendre part aux actions menées pour répondre aux désastres. Les infirmiers/ères qui travaillent sur le terrain peuvent prodiguer des soins mais également fournir des informations aux équipes centrales de gestion de catastrophes. Les soins de santé et autres secours d'urgence doivent être fondés sur des principes conformes aux droits humains : ils doivent être disponibles, adéquats, acceptables et de bonne qualité. Ils doivent être prodigués de façon non discriminatoire.³⁴⁷



Pakistan. Une infirmière soigne un enfant blessé lors du tremblement de terre qui a frappé la région du Cachemire le 21 novembre 2005. © Paktribune.com

³⁴⁴ OMS. Fièvre hémorragique à Ebola. Aide-mémoire n°103, mai 2004. Disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/index.html>.

³⁴⁵ Fletcher LE, Stover E, Weinstein HM (eds.) *After the Tsunami: Human Rights of Vulnerable Populations*. Berkeley: Human Rights Center, University of California, Berkeley; Honolulu : Centre Est-Ouest, octobre 2005; Action Aid International. *Tsunami Response: A Human Rights Assessment*. London: ActionAid International, janvier 2006.

³⁴⁶ Une comité de la Chambre des représentants des Etats-Unis a fait un rapport sur la réaction du gouvernement des Etats-Unis face à l'ouragan Katrina le 15 février 2006. Le rapport (*A Failure of Initiative: Final Report of the Select Bipartisan Committee to Investigate the Preparation for and Response to Hurricane Katrina*. Washington DC: Chambre des Représentants des Etats-Unis, 15 février 2006) est disponible sur :

<http://www.gpoaccess.gov/katrinareport/mainreport.pdf> (les annexes sont disponibles sur : <http://www.gpoaccess.gov/katrinareport/appendices.pdf>). Consulté le 17 février 2006.

³⁴⁷ Voir également *Le Code de conduite pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et pour les ONG lors des opérations de secours en cas de catastrophes*.

5.7 Migrations et droit d'asile

5.7.1 Personnel infirmier, réfugiés et demandeurs d'asile.

Les demandeurs d'asile et les réfugiés ne constituent pas un groupe homogène et ils ont d'innombrables besoins en matière de soins, du fait qu'ils n'ont pas le même héritage culturel ni le même passé et du fait de l'expérience vécue par les individus avant et pendant leur fuite.³⁴⁸ En outre, les besoins en matière de santé des demandeurs d'asile et des réfugiés varient en fonction de leur sexe et de leur âge. Le statut social, l'origine ethnique ou autre peuvent engendrer d'autres facteurs qui influent sur les besoins des gens en matière de soins. Il existe toutefois certains problèmes que les praticiens peuvent retrouver chez de nombreux demandeurs d'asile et réfugiés qui peuvent avoir subi les conséquences psychologiques et physiques de la torture, comme douleurs physiques chroniques, syndrome du stress post-traumatique et dépression. D'autres traumatismes comme la perte des proches ou la séparation d'avec ceux-ci, le fait d'avoir été témoin de violences ou d'avoir participé à des actions militaires, tout cela peut également avoir des effets préjudiciables sur la santé. En outre, un grand nombre de femmes et de jeunes filles et fillettes ont subi des violences basées sur leur sexe, notamment le viol, en particulier lors de conflits armés.

Il convient toutefois de noter que les signes de souffrance psychologique ne sont pas forcément des indices d'une maladie mentale. Un certain nombre de commentateurs ont souligné qu'il est normal de réagir aux souffrances engendrées par l'exil, qui constitue une expérience stressante, et qu'il faut prendre garde à ne pas cataloguer les demandeurs d'asile selon des diagnostics susceptibles de les stigmatiser encore davantage.³⁴⁹ Cependant, si les personnes ne reçoivent pas de soins dans le pays d'accueil, leur santé mentale et physique peut empirer et leur état s'aggraver du fait de la situation dans laquelle elles se trouvent. Parmi les facteurs de stress figurent un niveau de vie médiocre, (elles sont souvent mal logées), une insécurité permanente quant au statut de réfugié, l'ignorance dans laquelle ces personnes sont laissées quant à l'endroit où se trouvent leurs proches et leurs amis, l'isolement social, voire le non accès aux soins.³⁵⁰

Dans de nombreux camps de réfugiés en Afrique, à cause des interruptions de l'aide alimentaire du Programme alimentaire mondial ou autres, des milliers et des milliers de réfugiés souffrent d'une grave malnutrition.³⁵¹ Le long de la frontière entre la Thaïlande et le Myanmar, les travailleurs immigrés birmans et les demandeurs d'asile/réfugiés qui ne vivent pas dans les camps de réfugiés ont rarement accès aux soins en Thaïlande. Bien que les immigrés qui ont fait une demande officielle de permis de travail aient en principe droit aux premiers soins dans les dispensaires publics pour la somme de 30 bahts (moins d'un dollar US), ils préfèrent souvent payer des soins médicaux privés, car ils disent qu'ils font l'objet d'une discrimination de la part du personnel de santé thaï. Les birmans qui vivent dans des camps de réfugiés proches de la frontière séparant la Thaïlande du Myanmar sont en général très bien soignés, du fait de la présence de

³⁴⁸ Burnett, A., Peel, M. Asylum seekers and refugees in Britain: health needs of asylum seekers and refugees. *British Medical Journal* 2001; 322:544-7; Pumariega AJ, Rothe E, Pumariega JB. Mental health of immigrants and refugees. *Community Mental Health Journal* 2005;41(5):581-97; Drennan VM, Joseph J. Health visiting and refugee families: issues in professional practice. *Journal of Advanced Nursing* 2005;49(2):155-63; Silove D. The challenges facing mental health programs for post-conflict and refugee communities. *Prehospital Disaster Medicine* 2004;19(1):90-6.

³⁴⁹ Burnett A, Peel M. Asylum seekers and refugees in Britain: health needs of asylum seekers and refugees. *British Medical Journal* 2001;322:544-7; Burnett A, Peel M. Asylum seekers and refugees in Britain: The health of survivors of torture and organised violence. *BMJ* 2001;322:606-9.

³⁵⁰ Le droit international, notamment le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, reconnaît le droit de chacun à la santé, pas seulement des nationaux et citoyens sous la juridiction de l'Etat. Selon la Convention européenne des droits de l'homme, le droit à la santé inclut le droit d'obtenir des traitements d'urgence ou absolument nécessaires.

³⁵¹ Voir, par exemple, "Starvation looms over refugees in Zambia as lack of funds forces aid cuts – UN" sur : <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=17110&Cr=Zambia&Cr1=aid>. Consulté le 13 février 2006.

plusieurs organismes internationaux d'aide. Dans certaines zones frontalières, de petits dispensaires ont été créés par des ONG, tant internationales que birmanes, pour aider cette population à risque. Les Birmans de Thaïlande risquent davantage d'avoir des maladies contagieuses comme le paludisme et la tuberculose, en partie à cause de l'absence de soins médicaux de l'autre côté de la frontière.³⁵²

En tant que professionnels de santé en première ligne, les infirmiers/ères sont souvent appelés(es) à soigner les demandeurs d'asile et les réfugiés nouvellement arrivés. Du fait des différences de langage et de références culturelles, il se peut que les infirmiers/ères ne s'estiment pas en mesure d'apporter les soins appropriés.

Les gouvernements doivent prendre des dispositions en vue d'assurer des soins médicaux transculturels, comme par exemple des informations traduites concernant les besoins particuliers des demandeurs d'asile, avec des interprètes sur place. Dans certains pays, soit les demandeurs d'asile se déplacent de leur plein gré d'un lieu de résidence à un autre, soit ce sont les autorités qui se déplacent ; des nouveautés comme des dossiers médicaux facilement maniables, que les patients peuvent avoir sur eux, peuvent aussi être utiles aux infirmiers/ères et autres soignants.

Australie: un infirmier ne peut pas donner les soins nécessaires aux demandeurs d'asile en détention

Dans un mémoire destiné à l'enquête de la Commission des droits de l'homme et de l'égalité des chances sur la détention des enfants d'immigrés, Wayne Lynch, infirmier diplômé, qui a travaillé également comme conseiller au centre de détention de Woomera, a dit qu'il n'était pas en mesure d'apporter les soins nécessaires aux détenus parce qu'il n'avait pas de bureau, pas d'interprète, et qu'il avait énormément de travail (étant le seul conseiller pour tout le personnel et jusqu'à 1000 détenus). Le personnel ne tenait d'ailleurs aucun compte de ses recommandations. Il a déclaré ce qui suit:

« Un garçon de 10 ans a été à deux reprises brutalisé par des gardiens. La direction n'ayant pris aucune mesure contre ceux-ci, j'ai recommandé de signaler aux Services de la Famille et de l'Enfance ce cas de maltraitance d'enfant. La direction m'a averti que si je le faisais j'aurais de gros ennuis.

« Un détenu de 26 ans passait son temps à s'automutiler (en se tailladant, en avalant des bouts de verre). Dans une pièce il avait été attaché à un lit par des menottes, et il lui fallait des quantités extraordinaires de calmants en intraveineuses et intramusculaires. La direction voulait que cela se fasse dans le camp, sous surveillance infirmière et n'était pas d'accord pour qu'il parte à l'hôpital. Le médecin militaire a fini par tomber d'accord avec moi et nous avons pu obtenir son transfert à l'hôpital pour qu'il reçoive les soins nécessaires.

« Une femme de 60 ans affligée de problèmes neurologiques n'a pas été transférée à l'hôpital comme le conseillaient médecins et soignants. La direction pensait que c'était psychosomatique. Par la suite un accident vasculaire cérébral a été diagnostiqué et elle a été transférée à Villawood.

J'ai souvent été contesté par la direction /le DIMA (Service de l'Immigration et des Affaires multiculturelles) et par les gardiens qui ont soutenu que chez ces détenus les symptômes de maladie physique et mentale étaient psychosomatiques, et que tout transfert en dehors du centre était inopportun. »³⁵³

³⁵² Amnesty International. *Thailand: The Plight of Burmese Migrant Workers*. Londres : Index AI: ASA 39/001/2005. Voir également encadré (p.23).

³⁵³ Alliance of Professionals Concerned about the Health of Asylum Seekers and their Children. 2.4.3 Case Study M: duty of care. Dans : *Submission to Human Rights and Equal Opportunity Commission Inquiry into Children in Immigration Detention*. Mai 2002. Disponible sur : <http://www.nq-anzcmhn.org/docs/HEREOC.PDF>.

Les infirmiers/ères légistes ont un rôle spécifique à jouer lorsqu'il s'agit de reconnaître et d'évaluer les mauvais traitements et les tortures subis ultérieurement. Pour apporter des soins il faut une bonne compréhension des croyances et des pratiques des diverses cultures en matière de santé et un solide étayage des témoignages. Lorsqu'ils décrivent des tortures ou des blessures qui leur ont été infligées, les patients peuvent provoquer chez le praticien des réactions telles que l'incrédulité, l'affliction ou l'indignation. C'est pour cela qu'il faut que les infirmiers/ères fassent régulièrement l'objet de contrôles et qu'ils/elles reçoivent formation et soutien.³⁵⁴

Outre les problèmes de santé que peuvent avoir les demandeurs d'asile et les réfugiés, la politique de plus en plus restrictive en matière de droit d'asile peut influencer sur les soins que peuvent donner les infirmiers/ères. Dans l'étude de cas ci-dessous la capacité d'un infirmier à faire son travail s'est trouvée fréquemment réduite par le système dans le cadre duquel il devait travailler. Dans certaines juridictions les demandeurs d'asile restent en détention pendant tout le processus d'examen de leur demande d'asile. Cette détention peut durer des années – pendant lesquelles le demandeur d'asile n'a aucune information sur la façon dont sa détention va se terminer, ni à quelle date – et cela peut entraîner une grave détérioration de la santé mentale des détenus.³⁵⁵

5.7.2 Infirmiers/ères et sages femmes réfugiés : transfert de compétences

De nombreux réfugiés ont une formation de professionnels de santé. Partout dans le monde ces compétences sont perdues ou mal utilisées dans le pays hôte. En 2003, l'association médicale britannique a créé une base de données de 839 médecins réfugiés au Royaume Uni.³⁵⁶ Bon nombre d'entre eux ont eu du mal à trouver des informations, à réussir les examens du General Medical Council auxquels doivent se présenter les candidats à l'immatriculation et de trouver du travail dans leur profession.³⁵⁷ Beaucoup de professionnels de santé se voient refuser la possibilité d'utiliser leurs compétences dans les pays où ils ont trouvé l'asile, et ceci en partie parce que nombre d'entre eux ne sont pas en mesure d'emporter, lors de leur fuite, les preuves de leur qualification. Et même s'ils ont réussi à le faire, c'est pour découvrir que leurs diplômes ne sont pas reconnus par le pays qui leur a accordé l'asile. On commence toutefois à reconnaître la capacité des professionnels de santé à pourvoir des postes vacants dans leur pays d'accueil. On trouve ci-après quelques exemples de cette souhaitable pratique.

Un projet de soutien aux infirmiers/ères réfugiés(ées) a été mis sur pied par la section portugaise du Service Jésuite des Réfugiés (JRS) à Lisbonne en septembre 2004. Il avait pour objectif d'aider les infirmiers/ères des pays ne faisant pas partie de l'UE, dont les titres universitaires ne correspondaient pas à ceux des professionnels au Portugal, à obtenir la reconnaissance de leurs diplômes. Le Service Jésuite des Réfugiés a dit que le projet aidait à réduire la pénurie d'infirmiers/ères au Portugal. A la fin de 2004, 10 infirmiers/ères étaient en formation en hôpital dans les structures de soins. 174 autres infirmiers/ères s'étaient inscrits à ce programme.³⁵⁸

³⁵⁴ Boersma RR. Forensic nursing practice with asylum seekers in the USA – advocacy and international human rights: a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2003; 10: 526-533.

³⁵⁵ Amnesty International. *Seeking Asylum is Not a Crime: Detention of people who have sought asylum*. Londres : Index AI : EUR 45/015/2005, disponible sur : <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGEUR450152005>.

³⁵⁶ Hogg C. Refugees ready to solve nursing crisis. *BBC News*, 13 février 2003. Disponible sur : <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/2758165.stm>.

³⁵⁷ Association médicale britannique (BMA). *The refugee doctors database*. Décembre 2003, Disponible sur : <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/refugee+docs+-+about+database?OpenDocument&Highlight=2.refugees> consulté : 27 May 2005.

³⁵⁸ Service Jésuite des Réfugiés, JRS Portugal. *JRS Activities and Plans in 2005: Recognition of Qualifications*. Disponible sur : <http://www.jrseurope.org/countries/portugal.htm>. Consulté : 3 juin 2005.

Des infirmiers/ères qui n'exercent plus leur profession

Aux Etats-Unis, il y a environ 500 000 infirmiers/ères qui n'exercent pas, en Afrique du Sud, 35 000, en Irlande, 15 000 et au Kenya 4000. (Oulton J. Inside View. *International Nursing Review* 2004, p200.)

Des organisations de réfugiés, les bureaux de placement et les responsables locaux de la santé au Royaume Uni travaillent également à la promotion des réfugiés dans les effectifs infirmiers. En 2004, le gouvernement du Royaume Uni a promis des fonds supplémentaires pour le comité directeur des personnels de santé réfugiés, né en 2001 pour apporter formation et soutien aux professionnels de santé réfugiés. Le projet comporte des cours de langue, des cours de spécialisation clinique, des ateliers pour apprendre à interroger les patients, un suivi de travail des personnes et des mécanismes de fidélisation.³⁵⁹ L'initiative de Leeds pour les personnels infirmiers d'outre-mer au Royaume Uni, qui fait partie de



Norvège. Sara, immigrée somalienne, travaille comme sage-femme dans l'un des principaux hôpitaux d'Oslo. © Panos 2003

l'organisme de soins du service national hospitalier de santé (National Health Service, NHS) a mis au point un programme de formation des infirmiers/ères réfugié(e)s. Ce programme de 12 semaines, gratuit, est proposé aux réfugié(e)s formé(e)s aux soins de santé ou aux soins infirmiers dans leurs pays d'origine, et vise à améliorer leur connaissance de l'anglais, leur connaissance du travail d'infirmier/ères et autres soins de santé au sein de NHS et à donner aux participants la confiance en eux qui leur permettra d'accéder au niveau des études supérieures. Le coordinateur des programmes d'études et le fondateur du projet ont dit que les réfugiées constituent pour le NHS des ressources inexploitées.³⁶⁰

5.7.3 Migration des infirmier/ères et des sages-femmes

Les migrations internationales constituent un phénomène complexe et résultent fréquemment de facteurs sociaux, politiques et économiques, notamment bas salaires, conditions de travail difficiles et perspectives de travail limitées. Elles peuvent avoir des résultats positifs pour les migrants ainsi qu'un impact sur la capacité du secteur de la santé tant dans le pays d'origine que dans le pays d'accueil. C'est un phénomène qui a des interactions complexes avec les principes des droits

³⁵⁹ Royaume Uni. *New Moves to Support Refugee Nurses and Doctors*. Communiqué de presse du Gouvernement (WHER); 19 juillet 2004.

³⁶⁰ *Lincolnshire Echo*. 'Refugees in West Yorkshire with skills in nursing and health care can now access an educational programme that could see them working in the NHS'. 31 janvier 2005:4.

humains.³⁶¹ Le droit des professionnels de santé à émigrer afin d'obtenir de meilleures conditions d'emploi et de développer leurs compétences doit être protégé.³⁶²

Les raisons d'émigrer données par les infirmiers/ères et les sages-femmes sont : bas salaires et rémunérations ; perspectives de carrière limitées ; impression de manque de respect à l'égard des personnels de santé de la part du pays/système ; mauvaise administration et gestion du système de santé ; préoccupations quant aux perspectives et prestations de retraite.³⁶³

Le fait que la communauté internationale n'ait pas soutenu l'édification de systèmes de santé et la formation de personnel dans les pays à maigres ressources constituent une partie du problème tout comme les lacunes du gouvernement en matière de politique de recrutement et de fidélisation du personnel.

La diminution du nombre d'infirmiers/ères et de sages-femmes qualifiés(ées) dans les pays en développement, qui va de pair avec l'augmentation du nombre de personnes qualifiées que recrutent dans les pays en développement les employeurs des pays riches qui se trouvent confrontés à un manque de personnel infirmier, est souvent considérée comme un problème causé par les migrations. Or il est clair que c'est le résultat des inégalités entre pays d'origine et pays de destination³⁶⁴ et c'est à ces derniers qu'il faut s'attaquer. L'afflux de professionnels de santé dans les pays à revenus élevés peut représenter un pourcentage important du personnel du secteur de la santé. Selon le Conseil du personnel infirmier et des sages-femmes au Royaume Uni, plus d'un tiers des infirmiers/ères qui entrent dans le système de santé du Royaume Uni pour la première fois ont été formés(ées) à l'étranger.³⁶⁵ L'impact de l'émigration sur le pays d'origine est souvent hors de proportion avec l'impact de cette migration sur le pays de destination. Par exemple, le nombre d'infirmiers/ères de l'île Maurice ayant obtenu un permis de travail pour le Royaume Uni représentait en 2002 un tout petit pourcentage des infirmiers/ères diplômés(ées) du Royaume Uni, mais il représentait près de 14% des effectifs de l'île Maurice en matière de personnel infirmier.³⁶⁶

L'Assemblée mondiale de la santé, lors de sa 57^e session en 2004, a adopté une résolution demandant instamment aux Etats membres de mettre en place des stratégies et des moyens en vue de :

Limitier les effets négatifs des migrations du personnel de santé ; [et] réduire au minimum l'impact négatif sur les pays en développement de la perte de personnel de santé par les migrations, ainsi que des moyens pour le pays d'accueil de soutenir le renforcement des systèmes de santé, notamment le développement des ressources humaines, dans les pays d'origine...³⁶⁷

³⁶¹ Bueno de Mesquita J, Gordon M. *The International Migration of Health Workers: A Human Rights Analysis*. Londres: Medact, 2005. Disponible sur : http://www.medact.org/hpd_brain_drain.php, consulté, 16 janvier 2006.

³⁶² Voir *Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille* (Convention sur les travailleurs migrants). Disponible sur : http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/m_mwctoc.htm.

³⁶³ Ces raisons ont été évoquées par les infirmiers/ères de Ghana. Voir : Buchan J, Dovlo D. *International Recruitment of Health Workers to the UK: A Report for the Department For International Development*. DFID HSRC, Londres, Royaume Uni, 2004. Cité dans Buchan J, Kingma M, Lorenzo FM. International migration of nurses: trends and policy implications. Genève : ICN, 2005, p.10. Disponible sur : <http://www.icn.ch/global/Issue5migration.pdf>.

³⁶⁴ Bueno de Mesquita J, Gordon M. Voir note 361 ci-dessus.

³⁶⁵ Des 33 257 infirmiers/ères et sages-femmes initialement inscrits au Nursing and Midwifery Council en 2004/5, 11 477 étaient d'outre-mer. Plus de la moitié (6,211) étaient originaires de l'Inde et des Philippines. Voir: Nursing and Midwifery Council. *Statistical analysis of the register 1 April 2004 – 31 March 2005*. Londres, août 2005. Disponible sur : <http://www.nmc-uk.org/aFrameDisplay.aspx?DocumentID=856>. Consulté: 16 janvier 2006.

³⁶⁶ Dovlo D, Martineau T. *A Review of the Migration of Africa's Health Professionals*. Harvard University Joint Learning Initiative Working Paper 4-4, janvier 2004. Disponible sur : <http://www.globalhealthtrust.org/doc/abstracts/WG4/DovloMartineauFINAL.pdf>.

³⁶⁷ Assemblée Mondiale de la Santé. La migration internationale du personnel de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement. Résolution WHA57.19, 22 mai 2004. Disponible sur : http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-en.pdf. Consulté le 13 octobre 2005.

Le CII, dans sa prise de position « Comment retenir et éviter la mutation et la migration de l'infirmière », reconnaît le droit de tout(e) infirmiers/ères à émigrer, tout en reconnaissant l'effet négatif que les migrations internationales peuvent avoir sur la qualité des soins. Il condamne la pratique consistant à recruter des infirmiers/ères pour les envoyer vers les pays dans lesquels les autorités ne se sont pas préoccupées de la planification des ressources humaines et des problèmes que rencontrent les infirmiers/ères.³⁶⁸ La Confédération internationale des sages-femmes (ICM) s'est aussi attaquée au problème de la migration des sages-femmes, tentant de concilier les intérêts de chaque sage-femme et le système de santé qu'elle est susceptible de quitter en émigrant.³⁶⁹

Les pays d'origine doivent veiller à ce que les fonds attribuées, notamment l'aide extérieure au développement ciblée, soient utilisés pour développer et entretenir les systèmes de soins, notamment en faisant en sorte que les professionnels de santé puissent bénéficier de conditions de travail justes, favorables et dignes³⁷⁰, renforçant ainsi les droits des personnels de santé et la façon dont leur valeur est perçue.

Les pays de destination peuvent eux aussi travailler à apporter une réparation suffisante au personnel international et adopter des mesures de recrutement qui encouragent leurs propres travailleurs suivre une formation de personnel de santé³⁷¹. Parmi les autres mesures recommandées, il est suggéré d'encourager à ne recruter que dans les pays qui ont trop de personnel³⁷² et à prévoir des échanges aux termes desquels les travailleurs des pays développés ou des pays en développement pourraient travailler à l'étranger.³⁷³

Certains commentateurs ont recommandé qu'une dimension éthique soit introduite dans la politique de recrutement de personnels de santé des pays à revenus élevés afin d'encourager des méthodes de travail saines. Le gouvernement du Royaume Uni a adopté un code de conduite pour le recrutement des professionnels de santé en provenance de l'étranger³⁷⁴ bien que ce dernier ait été critiqué et déclaré peu satisfaisant.³⁷⁵

Suite au congrès du CII, qui s'est tenu à Taïwan en mai 2005, la commission sur les diplômés(ées) d'écoles d'infirmiers/ères étrangères et le CII ont lancé le Centre international sur les migrations des personnels infirmiers. Ce Centre a pour objet de fournir « des ressources internationales pour le développement, la promotion et la diffusion de la recherche, de la politique et des informations sur les migrations des personnels infirmiers ». ³⁷⁶ D'autres appels ont été lancés pour qu'un organisme international règle et coordonne les migrations afin d'empêcher que les

³⁶⁸ CII, *Prise de position : Comment retenir et éviter la mutation et la migration de l'infirmière*. Adopté en 1999.

Disponible sur : <http://www.icn.ch/psretention.htm>. Consulté : 19 avril 2005.

³⁶⁹ Confédération internationale des sages-femmes (ICM). *Position Statement: Ethical Recruitment of Midwives*.

Disponible sur : <http://www.internationalmidwives.org/Statements/Ethical%20recruitment%20of%20midwives.pdf>.

Consulté : 5 août 2005.

³⁷⁰ Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR). *Observation générale N°18*, para. 2, 7 et 30.

³⁷¹ Bueno de Mesquita J, Gordon M. *The international migration of health workers: a human rights analysis*. Londres : Medact 2005; Baird V. A migrant nurse's story. *New Internationalist* 379, juin 2005.

³⁷² Buchan J. Nurses moving across borders: 'brain drain' or freedom of movement? *International Nursing Review* 2001; 48:65-7.

³⁷³ Baird V. A migrant nurse's story. *New Internationalist* 379, juin 2005.

³⁷⁴ Département de la santé, Royaume Uni. *Code of Practice for the international recruitment of healthcare professionals*. Londres, 2004. Disponible sur : <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/09/77/34/04097734.pdf>.

³⁷⁵ Mensah K, Mackintosh M, Henry L. *The 'skills drain' of health professionals from the developing world: a framework for policy formulation*. Londres : Medact, 2005. Disponible sur : <http://www.medact.org/content/Skills%20drain/Mensah%20et%20al.%202005.pdf>. Consulté le 6 octobre 2005.

³⁷⁶ Communiqué de presse du CII : CGFNS and ICN launch new 'International Centre on Nurse Migration', Genève, 24 mai 2005. Disponible sur : <http://www.intlnursemigration.org/news.shtml#1>.

personnels de santé soient exploités et de veiller à ce que leurs droits soient respectés.³⁷⁷ Plusieurs auteurs se sont fait l'écho de ces recommandations.³⁷⁸

Les Etats doivent assurer la protection des droits des soignants qui passent les frontières, notamment le droit de ne pas faire l'objet d'une discrimination dans le pays de destination.³⁷⁹ La communauté internationale doit en outre veiller à ce que les pays en développement soient en mesure d'assurer à leur population un système de soins satisfaisant, notamment en leur apportant des ressources supplémentaires ciblées leur permettant d'accroître la capacité des systèmes de santé. Le principe sous-jacent à ces efforts ne doit pas être de limiter la mobilité, mais d'assurer l'égalité en matière de soins et de veiller à ce que tous les individus puissent jouir de leur droit à une bonne santé³⁸⁰. L'égalité de tous devant les soins demeure un objectif difficile mais essentiel pour le pays d'origine comme pour le pays de destination.³⁸¹

6. Les populations à risque

Les membres de certains groupes peuvent être plus particulièrement exposés à des risques de violences, de mauvais traitements ou de négligence que ceux d'autres groupes. Les actes de violence liés au sexe et leurs implications pour le personnel infirmier et les sages-femmes ont déjà fait l'objet d'une étude dans le présent document. Ce chapitre se propose d'étudier les risques auxquels sont exposés les enfants, en particulier ceux qui sont dans des institutions, les personnes placées dans des établissements psychiatriques, celles présentant des handicaps physiques et les personnes âgées. On sait que chacun de ces groupes est particulièrement exposé à des violations des droits humains³⁸².

³⁷⁷ Baird V. (Voir note 373 ci-dessus)

³⁷⁸ Buchan J (Voir note 372 ci-dessus); Bueno de Mesquita J, Gordon M (Voir note 371 ci-dessus); Mensah K, Mackintosh M, Henry L. *The 'skills drain' Op.cit.* Voir : The review of strategies to address retention of health professionals in Dovlo and Martineau, loc. cit. p.48-9.

³⁷⁹ Les droits dont jouissent les infirmiers/ères en tant que travailleurs migrants sont exposés dans la [Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille](#), adoptée par l'Assemblée générale dans sa résolution 45/158 du 18 décembre 1990. Disponible sur : http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/m_mwc_p3.htm. Voir BIT. Une approche équitable pour les travailleurs migrants dans une économie mondialisée. Genève : Organisation Internationale du Travail, 2004; Allan H, Larsen JA. "We need respect": experiences of internationally recruited nurses in the UK. Londres : Royal College of Nurses, 2003. Disponible sur : <http://www.rcn.org.uk/downloads/international/irn-report-we-need-respect.pdf>. Consulté le 20 février 2006.

³⁸⁰ Mensah K, Mackintosh M, Henry L. *The 'skills drain' of health professionals from the developing world: a framework for policy formulation*. Londres : Medact, 2005. Disponible sur : <http://www.medact.org/content/Skills%20drain/Mensah%20et%20al.%202005.pdf>. Consulté le 6 octobre 2005. Ces auteurs signalent que, dans le cas spécifique du Ghana, et plus généralement, les avantages de la migration sur les pays d'origine des migrants sont importants mais ne compensent pas les impacts négatifs sur le service de santé. Ils suggèrent que des mesures d'incitation sont nécessaires pour retenir le personnel qualifié dans leur propre pays (p.4). Pour plus de discussions générales sur le mouvement du personnel infirmier en particulier, voir : Kingma M. *Nurses on the Move: Migration and the Global Health Care Economy*. Cornell University Press, 2005.

³⁸¹ En plus de la perte du personnel qualifié au profit des pays étrangers, il y a également le problème du déploiement des compétences à l'intérieur du pays. Des pressions financières extérieures peuvent avoir un impact sur la politique intérieure en matière de santé. Par exemple, au Kenya, près de 5 000 infirmiers/ères qui viennent d'être formés(ées) sont sans emploi, alors qu'il faudrait 7 000 personnes de plus. Un embargo contre l'embauche du personnel soignant mise en œuvre par le Fonds monétaire international (FMI) dans le cadre de réductions de dépenses publiques implique qu'il n'y aurait pas d'embauche de nouveau personnel infirmier. Voir Baird V. A migrant nurse's story. *New Internationalist* 379; juin 2005.

³⁸² Voir : : Gallagher B. The extent and nature of known cases of institutional child sexual abuse. *British Journal of Social Work*, 2000; 30:795-817; Wierucka D, Goodridge D. Vulnerable in a safe place: institutional elder abuse. *Canadian Journal of Nursing Administration* 1996;9:82-104; Pring J. *Silent Victims*. London: Gibson Square Books, 2003. Les actes de violence touchant les personnes âgées se produisent principalement dans le cadre familial. Voir à ce sujet : Brandl B, Horan DL. Domestic violence in later life: an overview for health care providers. *Women's Health* 2002;35(2-3):41-54.

6.1 Les enfants

La *Convention relative aux droits de l'enfant* reconnaît les droits de l'enfant et demande instamment que ceux-ci soient respectés³⁸³. En particulier, l'article 19 recommande que des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives visant à protéger l'enfant contre toute forme de violence, y compris contre les brutalités physiques ou mentales et la négligence, soient mises en place. [...]

En raison de leurs responsabilités professionnelles, certain(e)s infirmiers/ères seront amenés à travailler directement avec des enfants. Mais c'est le personnel infirmier dans son ensemble qui devrait être formé pour travailler avec des enfants. «Les programmes de cours des étudiants en médecine et des élèves infirmiers, les programmes de formation des diplômés en sciences sociales et comportementales et les programmes de formation des enseignants devraient tous comprendre un volet sur la maltraitance et les interventions mises sur pied dans les organisations pour lutter contre ce problème »³⁸⁴.

Ces dernières années, de nombreuses enquêtes portant sur les actes de violence commis à l'encontre d'enfants au sein de leur foyer ou dans des institutions spécialisées ont été menées dans certains pays. Il en ressort que le personnel dont la responsabilité principale consiste à s'occuper d'enfants et à les protéger, ce qui peut concerner le personnel infirmier, est parfois à l'origine de ces brutalités³⁸⁵. Des cas de violence à l'encontre d'enfants réfugiés ou déplacés à l'intérieur de leur pays ont également été signalés³⁸⁶.

Par ailleurs, les infirmiers et infirmières peuvent se trouver dans une situation où ils s'aperçoivent que des actes de violence ont été commis et où ils leur est possible d'intervenir, que ce soit par une surveillance des cliniques ou des centres de soins ou par un programme de visites à domicile³⁸⁷. De la même manière, les élèves infirmiers peuvent être témoins de violences commises à l'encontre d'enfants au sein même des familles, à l'école ou dans leur communauté. Il s'agit là d'une manière importante d'œuvrer à la protection des enfants ; la dénonciation d'abus de la part d'infirmiers – lorsque des collègues ou d'autres personnes sont responsables d'abus ou lorsque les autorités n'interviennent pas suffisamment – peut également servir d'accélérateur pour la mise en application de mesures visant à mieux protéger un enfant exposé à des risques.

Une des résultats de l'enquête judiciaire sur les violences commises à l'encontre d'enfants consistera en ce que probablement des décisions concernant le mode de vie de l'enfant seront prises. Toutefois, quelles que soient ces décisions, la *Convention relative aux droits de l'enfant* stipule (dispositions 12.1 et 12.2) que, en fonction de leur âge et de leur degré de maturité, les enfants doivent pouvoir s'exprimer sur toute question susceptible de les concerner comme celles de leur mode de vie ou d'accès parental³⁸⁸. La Convention souligne également à l'article 3 que, dans toute mesure ou décision concernant l'enfant, «qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale ».

³⁸³ Au sens de la Convention relative aux droits de l'enfant, ratifiée par tous les Etats membres des Nations unies à l'exception des Etats-Unis et de la Somalie, un enfant s'entend de « tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable » (article 1).

³⁸⁴ Organisation mondiale de la santé. *Rapport mondial sur la violence*. Genève : OMS, chapitre 3, pp.79-80.

³⁸⁵ Pring (voir la note 382 ci-dessus) décrit les actes de violence perpétrés pendant des années sur les pensionnaires d'une institution spécialisée pour les personnes handicapées mentales au Royaume-Uni. Le principal responsable de ces violences était un ancien infirmier et travailleur social alors directeur du centre.

³⁸⁶ Amnesty International. *Femmes. Violences et santé*. Londres, ACT 77/001/2005, 18 février 2005.

³⁸⁷ MacMillan HL, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *Canadian Medical Association Journal* 2000;163(11):1451-8

³⁸⁸ Convention relative aux droits de l'enfant. Sur le site: <http://www.ohchr.org/french/law/crc.htm>. Consulté le 17 octobre 2005.

Outre le rôle de protection d'enfants susceptibles d'être victimes de violence, les professionnels de santé jouent un rôle vital pour ce qui est d'assurer la santé et le bien-être de l'enfant. «Seuls des États peuvent être parties au Pacte et donc assumer en fin de compte la responsabilité de le respecter, mais tous les membres de la société - les particuliers (dont les professionnels de la santé), les familles, les communautés locales, les organisations intergouvernementales et non gouvernementales, les organisations représentatives de la société civile et le secteur des entreprises privées - ont une part de responsabilité dans la réalisation du droit à la santé. Les États parties devraient donc instaurer un environnement propre à faciliter l'exercice de ces responsabilités.»³⁸⁹

6.1 Les handicapés physiques ou mentaux

Les personnes atteintes de maladies mentales, présentant des difficultés/handicaps d'apprentissage ou des handicaps physiques qui sont placées en institutions sont exposées à un risque accru de violences physiques et sexuelles³⁹⁰. Celles qui vivent dans un environnement privé sont également exposées à un risque de violence de la part des personnes qui s'occupent d'elles ou de la part de leur famille.

En 2001, Amnesty International a signalé le cas des femmes handicapées mentales internées dans une institution d'État, dans le village de Sanadinovo en Bulgarie, dans des conditions qui s'apparentent à une forme de traitement cruel, inhumain et dégradant. Certaines résidentes étaient enfermées dans des cages parce que, selon le personnel, «elles s'étaient mal conduites».

Des experts indépendants cités par Amnesty International ont estimé que les conditions d'existence qui règnent dans de telles institutions constituaient «une mort lente»³⁹¹. Suite à des protestations internationales, le gouvernement a fermé cette institution. Les individus masculins placés en institutions spécialisées ont également été victimes de conditions d'internement cruelles et dégradantes qui ont conduit à la fermeture d'un établissement. Mais cette fermeture n'a fait que déplacer les résidents vers un établissement encore plus inaccessible et dans lequel il est peu probable que le personnel soit plus qualifié ou ait plus d'expérience que dans le précédent³⁹².

³⁸⁹ Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels. [Observation générale No 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint](#) (2000). Ce paragraphe est cité dans (et souscrit à) l'Observation générale No 5 (2003) (paragraphe 56) du Comité des droits de l'enfant. Disponible sur : [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/7c9aab499083a550c1256e1a003aa583/\\$FILE/G0345515.pdf](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/7c9aab499083a550c1256e1a003aa583/$FILE/G0345515.pdf)

³⁹⁰ Balogh R, Bretherton K, Whibley S, Berney T, Graham S, Richold P, Worsley C, Firth H. Sexual abuse in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 2001;45:194-201; Sequeira H, Hollins S. Clinical effects of sexual abuse on people with learning disability: critical literature review. *British Journal of Psychiatry* 2003;182:13-9; Hassouneh-Phillips D. Understanding abuse of women with physical disabilities: an overview of the abuse pathways model. *ANS Advances in Nursing Science* 2005;28:70-80.

³⁹¹ Amnesty International. *Action urgente: Bulgarie*. Londres, AI Index: EUR 15/001/2001.

³⁹² Amnesty International. *Bulgarie. Où sont les hommes de Dragash Voyvoda ?* Londres, Index AI:EUR 15/005/2003. Les principes 7 et 9 des Principes pour la Protection des personnes atteintes de maladies mentales et l'amélioration des soins de santé mentale (1991) soulignent le droit du patient d'être traité conformément à l'éthique au sein de sa communauté et avec un minimum de discrétion. Par extension, ces principes devraient également s'appliquer aux personnes présentant des handicaps intellectuels. Ils peuvent être consultés sur le site: <http://daccessdds.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/584/29/IMG/NR058429.pdf?OpenElement> (Consulté le 12 octobre 2005.)

En 2002, l'ONG Mental Disability Rights International (MDRI) a reçu des informations faisant état de harcèlement et d'exploitation sexuels, de viol ou d'autres formes de violence commis dans plusieurs institutions du Kosovo³⁹³. La direction de l'établissement et les autorités des Nations unies ont été informées de cas de violence, mais rien n'a été fait pour écarter les auteurs connus de ces actes, qui sont restés en contact quotidien avec leurs anciennes victimes. Au centre hospitalier universitaire de Pristina, MDRI a eu connaissance de violences sexuelles commises contre des femmes par des membres du personnel. Un an plus tard, l'organisation continuait de s'inquiéter du manque de progrès réalisés dans la réponse à ces violences. MDRI a également publié des informations faisant état de cas de violence à l'encontre de personnes placées dans des institutions dans plusieurs autres pays.³⁹⁴ L'ensemble de ces informations souligne le manque de personnel formé et équipé correctement, notamment le personnel infirmier.

6.3 Les patients âgés

6.3.1 Détecter les signes de violences

Dans les pays à revenu élevé, la proportion de citoyens âgés a augmenté au cours des dernières décennies alors que l'espérance de vie grandit³⁹⁵. Des membres du personnel s'occupant de personnes âgées font état d'une augmentation du nombre de cas de violences physique, mentale et économique ainsi que de cas de négligence de la part de membres de la famille ou des institutions envers les patients âgés³⁹⁶. Il est tout à fait possible que le personnel infirmier travaillant sur place soit le premier à identifier les signes de ces violences et le premier à apporter une aide aux patients âgés victimes de violence.



Sierra Leone. L'hôpital psychiatrique 'Kissy Home' de Freetown est le seul établissement de ce type dans un pays où le nombre de personnes souffrant de problèmes psychologiques graves est estimé à 100 000. Les patients peuvent être enchaînés à leur lit ou au sol, où ils s'asseyent dans leurs propres excréments. Les traitements ne sont disponibles que pour les ceux dont leurs familles peuvent payer. © Panos

³⁹³ Mental Disability Rights International. *Not on the Agenda: Human Rights of People with Mental Disabilities in Kosovo*. Washington DC: MDRI, 2002. Disponible à l'adresse suivante: <http://www.mdri.org/publications/index.htm>

³⁹⁴ Se reporter au site : <http://www.mdri.org>

³⁹⁵ En 1995, l'Organisation mondiale de la santé a signalé que « si l'Europe, le Japon et les Etats-Unis ont actuellement les populations les plus "vieilles" au monde, les changements les plus rapides s'opèrent dans les pays en développement, certains verraient ainsi leur population âgée de plus de 60 ans augmenter jusqu'à 400 % au cours des 30 prochaines années selon les estimations ». WHO. *World Health Report 1995*. Geneva: World Health Organization. Disponible à l'adresse suivante: http://www.who.int/whr/1995/media_centre/executive_summary1/en/print.html. Toutefois, l'impact conjugué du VIH/SIDA, des maladies mal soignées et de la pauvreté réduisent l'espérance de vie moyenne des pays en développement. En 2005, les espérance de vie moyenne des hommes et des femmes y étaient respectivement de 46 et 48 ans, contre 68 et 77 respectivement pour les hommes et femmes vivant en Europe (WHO. *World Health Statistics 2005*. Geneva: WHO. Disponible à l'adresse suivante: <http://www3.who.int/statistics/> Consulté le 27 juin 2005.

³⁹⁶ Kurrle S. Elder abuse. *Australian Family Physician* 2004;33:807-12; Baker MW, Heitkemper MM. The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. *Nursing Outlook* 2005;53(5):253-9.

6.3.2 La violence dans les institutions

La violence à l'encontre des personnes âgées se définit comme tout acte ou omission ayant pour conséquence de porter atteinte ou de risquer de porter atteinte à la santé ou au bien-être d'une personne âgée³⁹⁷. L'organisation américaine *National Committee for the Prevention of Elder Abuse* (Comité national de prévention des abus envers les personnes âgées) distingue la violence domestique, la violence institutionnelle et le laisser-aller qui peuvent se traduire par des sévices physiques ou psychologiques, des escroqueries, de l'exploitation ou des abandons³⁹⁸. Nombre de ces actes sont le fait d'individus s'occupant des personnes âgées au sein des familles ou de laisser-aller de la part des personnes âgées. Cependant, selon certaines informations, des actes de négligence peuvent également se manifester dans les centres de soins³⁹⁹.

Les actes de violence et autres formes de mauvais traitements à l'encontre des personnes âgées au sein d'institutions peuvent revêtir des dimensions physique, mentale, sociale et juridique et peuvent, en outre, être commis, vécus ou vus par des résidents⁴⁰⁰. Le personnel, notamment le personnel infirmier, peut également commettre des violences à l'encontre des personnes âgées ou en être témoin et peut parfois être confronté à des actes de violence commis par des résidents âgés. Dans certains cas, les résidents âgés se trouvent en danger de mort lorsque le personnel recourt à ce qu'il nomme « euthanasie », bien que cela soit effectué sans que le patient le sache ou donne son accord⁴⁰¹.

Les infirmiers et infirmières ont un rôle déterminant à jouer dans la lutte contre les actes de négligence au sein des familles et des établissements de soins ainsi que dans la lutte visant à garantir la dignité et le bien-être des patients âgés. Selon d'Oliveira et ses collègues, les premières mesures à mettre en œuvre pour réduire la violence et les sévices qui se produisent lors des soins médicaux consistent à y sensibiliser les étudiants au cours de leurs stages et à insister sur l'importance d'une grande capacité d'écoute⁴⁰². Pour le CII (Conseil international des infirmières), le personnel infirmier doit être capable d'identifier les victimes de violence et les personnes à risque en raison du rôle qu'il joue au niveau de la prestation de services, du dépistage et de la promotion de la santé. Dans ce cadre, les infirmiers et infirmières peuvent travailler à plusieurs afin

³⁹⁷ Organisation mondiale de la santé. *Health and Ageing – A Discussion Paper*. Geneva: WHO, 2001. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_HPS_01.1.pdf Consulté le 5 août 2005.

³⁹⁸ Voir: *National Committee for the Prevention of Elder Abuse* (Comité national de prévention contre les violences aux personnes âgées), Washington DC. <http://www.preventelderabuse.org/elderabuse/elderabuse.html>.

³⁹⁹ Nerenberg L. Abuse in nursing homes. *National Center on Elder Abuse Newsletter*, mai 2002, disponible sur: <http://www.elderabusecenter.org/default.cfm?p=abuseinnursinghomes.cfm>, consulté le 16 janvier 2006.

⁴⁰⁰ Hirsch RD. Violence against elderly people and its prevention in nursing care institutions in Germany. In: Habermann M, Uys LR (eds). *Violence in Nursing: International Perspectives*. Frankfurt Am Main: Peter Lang, 2003, pp. 113-39.

⁴⁰¹ *Ibid* Voir: German nurse accused of killing 29 patients. *Guardian*, 8 février 2006. Disponible sur:

<http://www.guardian.co.uk/germany/article/0,,1704951,00.html>. « Je voulais sauver les patients qui souffraient et les libérer de leur désespoir » a expliqué l'homme accusé. Consulté le 27 février 2006. Les patients gravement malades peuvent aussi être exposés à ces risques. Voir le site internet de la BBC : "French 'Madonna of euthanasia' jailed", 31 janvier 2003, détaillant le processus de détermination de la peine de 10 ans d'emprisonnement d'une infirmière pour les meurtres de 10 patients. Disponible sur: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/europe/2714831.stm>. Consulté le 27 janvier 2006. Ces exemples illustrent la complexité de l'euthanasie. Ce terme est utilisé pour décrire de nombreuses situations différentes les unes des autres, pouvant aller du meurtre de personnes âgées et/ou souffrantes ou de personnes malades et indésirables à la mort assistée ou accélérée de patients atteints de maladies incurables et douloureuses. La forme d'euthanasie qui consiste à accélérer ou assister la mort de malades incurables en souffrance relève de la compassion. L'euthanasie est l'une des questions d'ordre éthique et moral les plus controversées auxquelles sont confrontés les personnels infirmiers et les autres personnels de santé. (D'autres questions relatives à la fin de vie s'avèrent délicates: renoncement aux moyens susceptibles de prolonger la vie de malades en phase terminale, renoncement aux soins nécessaires pour maintenir en vie des sujets en état végétatif permanent, suicide médicalement assisté. Ces sujets sont très souvent traités par la littérature médicale). Sur l'euthanasie, voir : Verpoort C, Gastmans C, De Bal N, De Casterlé BD. Nurses' attitudes to euthanasia: a review of the literature. *Nursing Ethics* 2004; 11: 349-365.

⁴⁰² d'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet* 2002;359:1681-85.

de rassembler des informations sur la violence, en minimiser les conséquences négatives et contribuer à réduire sa prédominance⁴⁰³.

6.4 Les travailleurs du sexe

La nature du travail des hommes et femmes qui vivent du commerce du sexe les expose à de sérieux risques, notamment la violence et les infections sexuellement transmissibles. En outre, l'utilisation de drogues illégales, la discrimination, les dettes, la criminalisation et l'exploitation constituent d'autres sources de problèmes importants⁴⁰⁴. Il s'agit d'une question sociale complexe à laquelle le personnel de santé peut apporter sa contribution à la fois à l'état sanitaire et au bien-être des travailleurs du sexe en tant qu'individus, et au débat plus général sur ce sujet.⁴⁰⁵

7. Le rôle des infirmiers/ères face aux atteintes aux droits humains

Les associations professionnelles et le personnel infirmier et les sages-femmes personnellement peuvent jouer un rôle plus important dans la lutte contre les violations des droits humains⁴⁰⁶ et aider à la sensibilisation aux droits humains au sein des personnels infirmiers.

7.1 Campagnes de mobilisation

L'engagement d'Amnesty International à prévenir et faire cesser les graves violations des droits à l'intégrité physique et mentale, à la liberté de conscience et d'expression, et du droit de ne pas être victime de discrimination, dans le contexte de ses actions visant à promouvoir tous les droits humains, est soutenu par de nombreux organismes professionnels nationaux et internationaux de soins infirmiers.

Le rôle de l'infirmière dans la sauvegarde des droits de l'homme, une prise de position adoptée par le CII en 1983 fait observer que « les infirmières engagent leur responsabilité personnelle en la matière ; néanmoins, leur action a souvent plus de poids lorsqu'elles abordent en groupe les questions relevant des droits de l'homme ».⁴⁰⁷

Les personnels infirmiers peuvent être confrontés à des violations des droits humains en tant que témoins, lorsque que leurs collègues ou eux-mêmes subissent des pressions afin qu'ils ignorent les violations, y prennent part ou les dissimulent, ou lorsqu'il s'agit d'attester ou de faire connaître les atteintes. Dans le chapitre ci-dessous, de diverses possibilités de campagnes de mobilisation sont explorées, en se référant à des exemples de cas spécifiques.

⁴⁰³ Conseil international des infirmières. Nursing matters: Elder Abuse. *Op. cit.*

⁴⁰⁴ Amnesty International. *FEMMES. Violences et santé*. Londres, ACT 77/001/2005, 18 février 2005.

⁴⁰⁵ Pour en savoir plus sur une démarche axée sur la réduction des risques traitant de la vulnérabilité des travailleurs du sexe dans laquelle le personnel infirmier et les sages femmes joueront un rôle important, voir : Rekart ML. Sex-work harm reduction. *Lancet* 2005; 366:2123-34.

⁴⁰⁶ Voir le discours sur la mission d'Amnesty International sur <http://web.amnesty.org/pages/aboutai-statute-eng#top>.

⁴⁰⁷ Amnesty International. *Ethical Codes and Declarations Relevant to the Health Professions*. 4e édition révisée. Londres : Amnesty International Publications, 2000.

Militantisme actif d'infirmier en faveur des droits humains

De nombreux infirmiers/ères militent en faveur des droits humains dans le monde. Ken Agar-Newman est l'un d'entre eux. Ken est membre d'Amnesty International Canada depuis plus de vingt ans. C'est un infirmier du service de soins intensifs qui travaille dans le service de réanimation pour les patients après une opération chirurgicale à cœur ouvert à l'hôpital Royal Jubilee de Victoria, au Canada. Il est également un des membres fondateurs de la Coalition pour les survivants de la torture de Victoria (Victoria Coalition for the Survivors of Torture) et a pris part à la création et au début du développement de l'association de soutien aux survivants de la torture de Vancouver (Vancouver Association for the Survivors of Torture). Il est marié et père de trois enfants.

Ken est un membre de longue date du réseau des professionnels de santé de la section canadienne anglophone d'AI dans lequel il occupe un rôle de coordinateur du comité du personnel infirmier. Il a été particulièrement actif autour des questions de torture et de traitement cruel ainsi que l'éducation aux droits humains qui souligne que tous les gouvernements ont une obligation, énoncée dans la Convention contre la torture des Nations Unies, de veiller à ce que le personnel infirmier reçoive une éducation sur les soins infirmiers aux victimes de torture prises en charge par le gouvernement, obligation presque universellement ignorée par les gouvernements. Il envisage aussi la création d'un organisme international impartial qui établirait des règles d'éthique en matière de santé dans le monde. « Actuellement, il existe un gouffre énorme dans lequel des comportements des soignants contraires à l'éthique, telle que la participation à la torture et à la peine de mort, sont passés sous silence. »

La réapparition récente de l'utilisation de la torture et les plaidoyers en sa faveur par les gouvernements occidentaux l'a poussé à écrire abondamment aux associations d'infirmiers et infirmières, aux revues, aux médecins militaires et aux gouvernements afin de mettre en question cette adhésion à la torture et sa tolérance. L'idéal de Ken est celui d'une réaction générale de la part du secteur de la santé dans le monde entier pour faire face aux pires violations des droits humains. « Les professionnels de la santé peuvent agir comme une nation dotée d'une vision », affirme-t-il. « Nous pouvons mettre l'humanité et la compassion à l'ordre du jour de nos organismes de santé, nos services militaires, des entreprises multinationales et des gouvernements afin de mobiliser les fonds et les actions nécessaires ».

Lorsqu'on lui demande comment un infirmier si occupé arrive à faire tant de campagnes, Ken répond : « écrire une lettre ne prend pas énormément de temps ou d'énergie. Les tyrans, il ne faut pas hésiter à foncer dedans, ils finiront par s'écrouler. Chacun de nous, même en tant qu'individu, a beaucoup de pouvoir. Notre pouvoir vient de la persévérance, de notre soin d'en savoir plus sur un problème, du fait que nous nous levons pour être pris en compte, que nous restons fidèles à nos rêves d'un monde sûr pour tous. »

« Nous, personnel infirmier, sommes privilégiés dans le sens où nous sommes bien établis dans les populations que nous servons. Cela, combiné à notre méthodologie scientifique et nos connaissances, nous investit d'une obligation particulière de traduire les questions de droits humains dans l'arène politique. La voix des gens ordinaires est efficace ; tous ceux qu' une violation des droits humains met en colère devraient se donner la peine d'écrire un mot à un parlementaire, à un journal ou à une ambassade. C'était cette

idée de base qui a conduit à la création d'Amnesty International, mais c'est un moyen utilisé par les populations et les militants dans le monde. » Voici le dernier conseil de Ken aux infirmiers/ères : « vos opinions valent la peine d'être communiquées et surtout ne jamais, jamais, jamais abandonner. »

7.1.1 Organismes professionnels

L'adoption des principes relatifs aux droits humains qui s'inscrit dans le cadre de l'éthique du personnel infirmier et des sages-femmes représente un engagement à défendre les valeurs importantes et constitue un point de départ pour la campagne de mobilisation des professionnels. Certaines organisations se lancent dans des initiatives en faveur des droits du personnel infirmier (Le soutien des infirmiers/ères bulgares emprisonnés(ées) en Libye en est un exemple (voir ci-dessus p. 62), mais les ONG ont également beaucoup à contribuer, en encourageant des campagnes de mobilisation axées sur les droits. L'organisation américaine Physicians for Human Rights, qui travaille avec des associations d'infirmiers et d'infirmières locales, a financé en 2005 un atelier avec le personnel infirmier du Kenya pour le renforcement des campagnes de mobilisation afin d'obtenir un meilleur projet de loi national sur les soins infirmiers.⁴⁰⁸ Il semble qu'il existe un espace potentiel de dialogues fructueux entre les organismes professionnels et les ONG concernant les questions relatives aux droits humains où les préoccupations sont communes.

Journées internationales des infirmiers/ères et des sages-femmes

La Confédération internationale des sages-femmes a établi l'idée d'une Journée internationale suite aux suggestions et discussion au sein des associations membres à la fin des années 80, et a lancé officiellement cette initiative en 1992. La Journée internationale des sages-femmes est célébrée le 5 mai de chaque année. En 2005, le thème était « Les femmes et les sages-femmes - un partenariat pour la santé »⁴⁰⁹

Le Conseil international des infirmières organise une action chaque année au 12 mai. En 2005, il a organisé une campagne contre les médicaments contrefaits et nuisibles en tant que thème pour la Journée internationale des infirmières. Le CII a distribué une panoplie d'informations et d'action et a encouragé le personnel infirmier à prendre des mesures contre des médicaments de qualité inférieure.⁴¹⁰ En 2006, le thème porte sur les effectifs suffisants comme un moyen de sauver la vie des patients.

Une autre forme de campagnes d'action est la reconnaissance accordée au militantisme des infirmiers/ères en faveur des droits humains. Un exemple à ce propos est le Health and Human Rights Award décerné par le Conseil international des infirmières. Ce prix a été créé en 2000 avec pour objectifs d'attirer l'attention sur les valeurs prônées par le CII et de commémorer l'engagement des personnels infirmiers vis-à-vis des droits humains.⁴¹¹ Le Centre international pour l'éthique des soins infirmiers (International Centre for Nursing Ethics), basé à l'université de Surrey, au Royaume Uni, décerne également chaque année (au lieu de tous les deux ans précédemment) le Human Rights and Nursing Award en signe de reconnaissance des campagnes d'action menées par des infirmiers/ères personnellement.⁴¹²

⁴⁰⁸ Voir note 180 ci-dessus.

⁴⁰⁹ La publication de presse est disponible sur : <http://www.internationalmidwives.org>. Consulté le 14 février 2006.

⁴¹⁰ La panoplie d'informations et d'action est disponible sur <http://www.icn.ch/indkit2005.htm>. Consulté le 28 octobre 2005.

⁴¹¹ Pour les détails, voir : <http://www.icn.ch/awards.htm#hh>. Consulté le 19 octobre 2005.

⁴¹² International Centre for Nursing Ethics, <http://www.eihms.surrey.ac.uk/Resethics.htm>. Consulté le 19 octobre 2005.

7.1.2 Les personnes individuelles

Campagne de mobilisation pour les demandeurs d'asile

Une infirmière précédemment employée dans un centre de détention pour demandeurs d'asile à Woomera, Australie, trouvait que l'entreprise qui gérait le centre ne remplissait pas ses obligations vis-à-vis des détenus. Réfléchissant à la nécessité pour le personnel infirmier de plaider en faveur des patients, elle a écrit :

«... le personnel infirmier doit sortir de son silence chaque fois qu'il pense que les patients sont défavorisés ou que les droits des patients sont violés. Cela est particulièrement vrai dans les lieux de détention où les choix de traitement ne sont pas une option, et les moyens habituels de plaintes et de soutien sont restreints... le code éthique oblige le personnel infirmier à faire le nécessaire pour préserver l'intégrité de la pratique des soins infirmiers. Une entreprise qui emploie un personnel diplômé ayant des obligations professionnelles doit au moins s'attendre à cela. »⁴¹³

Les infirmiers/ères sont les acteurs qui donnent une réalité à l'éthique et aux droits humains que ce soit à la clinique, à l'hôpital ou à la maison. Le présent rapport cite des exemples des actions entreprises par les infirmiers/ères personnellement. En travaillant avec leur organisme professionnel, les organisations de défense des droits humains, des mouvements de justice sociale ou simplement en réagissant face aux atteintes dont il est témoin, le personnel infirmier peut renforcer le respect des droits humains et l'accès des individus à la justice.

7.2 Le personnel infirmier, les sages-femmes et l'éducation aux droits humains

Dans une déclaration de 2005 sur les soins infirmiers et les droits humains, Amnesty International a souligné la nécessité que les infirmiers/ères bénéficient d'une formation continue tant au niveau professionnel qu'en matière de droits humains car les infirmiers/ères sont confronté(e)s à des décisions éthiques de plus en plus complexes dans leur travail quotidien tout en étant exposés à la violence sur le lieu du travail.⁴¹⁴ La nécessité pour les associations nationales ou internationales de personnels infirmiers de prendre part aux formations en matière de droits humains est reconnue par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) dans ses Recommandations sur l'enseignement, l'information et la documentation en matière de droits de l'homme. Dès 1987, le directeur général de l'UNESCO a appelé à la promotion :

de la formation des professionnels, en particulier ceux qui sont concernés par les questions de droits de l'homme, tels que les magistrats, les docteurs, *le personnel infirmier*, les policiers, les journalistes, ceux qui ont des postes de responsables dans les forces armées, le personnel des camps de réfugiées, les gardes-frontières, etc., par l'intermédiaire de leurs organisations internationales, et à la promotion de la cause des droits de l'homme...⁴¹⁵

Le CII demande instamment que « les programmes d'enseignement des soins infirmiers comportent, à tous les niveaux, les éléments suivants : reconnaissance des questions relatives aux droits de l'homme et à leur violation, telles que la torture et la peine de mort ; sensibilisation au fait

⁴¹³ Rogalla B. Nursing behind razor wire: a question of ethics. *Australian Nursing Journal* 2001; 8(9):21.

⁴¹⁴ Amnesty International en faveur d'un rôle plus important des infirmières et sages-femmes dans la défense des droits humains. Index AI : ACT 75/002/2005, disponible sur : <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGAICT750022005>.

⁴¹⁵ UNESCO. Recommandations de Malte de 1987 sur l'enseignement, l'information et la documentation en matière de droits de l'homme, para. 3.3 disponible sur : http://portal.unesco.org/shs/en/ev.php-URL_ID=1687&URL_DO=DO_PRINTPAGE&URL_SECTION=201.html. Consulté le 3 juin 2005. [souligné par nous]

que des techniques médicales sont utilisées pour les exécutions ; reconnaissance du droit de l'infirmière de refuser toute participation à une exécution ».⁴¹⁶

Si les valeurs des droits humains doivent contribuer au cadre éthique et à la conduite du personnel infirmier, alors il est nécessaire qu'elles soient intégrées dans l'enseignement du personnel infirmier et des sages-femmes. Le nombre limité des éléments laisse à penser qu'un tel enseignement est rare.⁴¹⁷ Cependant, un certain nombre de conventions et de déclarations existantes sur les droits humains préconise l'éducation du personnel de santé, un sujet qui attend encore d'être traité de façon adéquate.

7.2.1 Obligations internationales concernant l'éducation aux droits humains

En ratifiant les traités internationaux relatifs aux droits humains, tels que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) de 1979 et en ayant consenti aux programmes d'action internationaux tels que la Plateforme d'Action de Beijing, les gouvernements se sont engagés à veiller à ce que l'enseignement du personnel infirmier comporte « des cours complets, tenant compte du sexe, portant sur la santé de la femme et les droits humains »⁴¹⁸ permettant

ainsi « au personnel de soins de santé de détecter et de gérer les conséquences sur la santé des violences fondées sur le sexe ». ⁴¹⁹ De plus, le Plan d'action préparé par le deuxième Séminaire régional des Nations Unies relatif aux pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants, 4-8 juillet 1994, recommande aux gouvernements de mettre en place dans les programmes de formation du personnel médical et paramédical des cours sur l'impact sur la santé des mutilations génitales féminines et autres pratiques traditionnelles.⁴²⁰



Yémen. Formation des sages-femmes du village à l'hôpital régional d'Ibb, 2000. © Panos. Le Yémen est devenu le troisième pays de la région du Moyen Orient à mettre en œuvre un programme de formation sur la direction et la gestion destiné au personnel infirmier, organisé par le Central Nursing Directorate avec la coopération du Conseil international des infirmières (CII) à Genève, et soutenu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les 29 premiers étudiants ont eu leur diplôme en avril 2006.

Le droit international relatif aux droits humains, en particulier la Convention des Nations Unies contre la torture, oblige également les gouvernements à veiller à ce que l'enseignement sur la torture soit intégré dans la formation des professionnels de santé, notamment les personnels

⁴¹⁶ Conseil international des infirmières. La torture, la peine capitale et la participation des infirmières aux exécutions. Adopté en 1998.

⁴¹⁷ Chamberlain M. Human rights education for nursing students. *Nursing Ethics*. 2001; 8: 211-22.

⁴¹⁸ CEDAW. Recommandation générale 24 article 31f. Disponible sur :

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm>. Consulté le 3 juin 2005.

⁴¹⁹ CEDAW. Recommandation générale 24 article 15b et la Plateforme de Beijing pour l'action, 1995, para 103(h).

Disponible sur : <http://www.umn.edu/humanrts/instree/e5dplw.htm>. Consulté le 3 juin 2005.

⁴²⁰ Voir <http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/9c17306277af5e4f8025672b003c9275>. Consulté le 3 juin 2005.

infirmiers que leur travail met souvent au contact avec des personnes qui ont été détenues contre leur volonté et qui peuvent ainsi encourir des risques de violations de droits humains.⁴²¹ L'éducation sur ce thème devrait également prendre en compte le fait que pratiquement *tous* les professionnels de santé peuvent se retrouver à travailler avec un patient qui a été torturé ou a subi une forme quelconque de mauvais traitement.

Cependant, en 2001, des 140 Etats qui ont ratifié la Convention contre la torture des Nations Unies, seul le Danemark est connu pour avoir mis en place l'éducation des étudiants infirmiers aux droits humains.⁴²² Étant donné l'importance de l'éthique, il serait très souhaitable de veiller à ce que tous les personnels infirmiers et sages-femmes reçoivent aussi bien au cours de leur formation que régulièrement au cours de leur carrière des informations sur la manière dont les droits humains fondamentaux sont liés à leur pratique.

7.2.2 Education et formation du personnel infirmier

Une étude menée en 2001 au Royaume Uni⁴²³ a trouvé seulement trois références d'études antérieures sur l'éducation aux droits humains dans la formation des professionnels de santé.⁴²⁴ Dans son étude sur les enseignants du personnel infirmier, Chamberlain a constaté une bonne connaissance générale du droit et des normes internationaux, avec respectivement 90%, 78% et 59% des personnes interrogées connaissant la Charte internationale des droits de l'homme (comprenant la Déclaration universelle des droits de l'homme et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques ainsi que les droits économiques, sociaux et culturels), la Convention relative aux droits de l'enfant et la Convention des Nations Unies contre la torture (en particulier, l'Article 10 sur l'éducation). Cinquante-neuf pour cent connaissaient la prise de position du Conseil international des infirmières sur le rôle de l'infirmière dans la sauvegarde des droits de l'homme. Les matières enseignées accordent plus d'importance aux problèmes nationaux qu'aux problèmes concernant les droits humains internationaux. La barrière la plus importante contre l'intégration de l'éducation aux droits humains dans le cursus était la pression sur l'élaboration des emplois du temps. On a également mentionné des difficultés concernant l'évaluation de l'éducation aux droits humains.

7.2.3 L'éducation et les implications sur la santé publique

Selon les recommandations d'un certain nombre d'auteurs, un cadre éthique solide qui promeut les droits humains et la justice sociale permettrait au personnel infirmier de contribuer au développement de populations dans un bon état de santé.⁴²⁵ L'Organisation mondiale de la santé a défini les caractéristiques d'une population en bonne santé comme suit : un environnement physique propre et sain ; un environnement qui promeut l'harmonie sociale et implique activement

⁴²¹ L'article 10 de la Convention contre la torture des Nations Unies déclare que « Tout Etat partie veille à ce que l'enseignement et l'information concernant l'interdiction de la torture fassent partie intégrante de la formation du... personnel médical... et des autres personnes qui peuvent intervenir dans la garde, l'interrogatoire ou le traitement de tout individu arrêté, détenu ou emprisonné de quelque façon que ce soit. » http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/h_cat39.htm. Consulté le 3 juin 2005.

⁴²² Chamberlain M. Voir ci-dessus, note 417.

⁴²³ *Ibid.*

⁴²⁴ Voir : Sonis J, Gerenflo D, Jha P. Teaching of human rights in US medical schools. *JAMA* 1996;276: 1676-78; Brenner J. Human rights education in public health graduate schools. *Health and Human Rights* 1997; 2:129-39; Vincent A, Ferguson S, Forrest D. Human rights and medical education [letter]. *Lancet* 1994; 343: 1435.

⁴²⁵ Zahner S. Ethics content in community health nursing textbooks. *Nurse Educator* 2000; 24:186-194; Chafey K. Caring is not enough: ethical paradigms for community-based care. Dans: Spradley B, Allender J. (eds) *Readings in Community Health Nursing*. 5e édition. Philadelphie: Lippincott; 1997:211-220.

chacun ; une compréhension des problèmes de santé et de l'environnement au niveau local ; une participation des communautés à la recherche de solutions locales aux problèmes locaux ; l'existence de services de santé accessibles et suffisants ; et une utilisation des ressources disponibles pour tous qui tient compte de la durée.⁴²⁶ Avec une éducation qui incorpore l'éthique de la justice sociale, le personnel infirmier peut apporter son aide au gouvernement et aux efforts internationaux pour que les populations atteignent un niveau de santé optimale.⁴²⁷

7.2.4 Les ressources

Les membres du corps enseignant du personnel infirmier suggèrent qu'un enseignement axé sur les études de cas peut s'avérer une approche particulièrement efficace de l'enseignement.⁴²⁸ D'autres méthodes interactives utilisées par les enseignants comprennent des discussions en groupe, les débats, les cours magistraux, les vidéos, le travail sur projet. Un certain nombre d'organisations non-gouvernementales et d'institutions ont publié des informations relatives aux droits humains que l'on trouve sur internet⁴²⁹ ou qui sont distribuées par d'autres moyens.⁴³⁰ Néanmoins, il subsiste un manque de matériels éducatifs intéressants et adaptables relatifs aux droits humains, en particulier ceux basés sur des cas, pour le personnel infirmier et les sages-femmes.

8. Recommandations

Comme le montre le présent document, le personnel infirmier et les sages-femmes rencontrent dans leur vie professionnelle un grand nombre de difficultés qui ont une incidence sur leurs propres droits humains et sur ceux de leurs patients et collègues. Les recommandations suivantes ont pour but de valoriser le rôle des infirmiers/infirmières et sages-femmes de sorte qu'ils contribuent à améliorer le respect et la protection de leurs propres droits humains et de ceux des autres.

8.1 A l'attention de la communauté internationale

Le personnel infirmier joue un rôle important dans l'amélioration de la santé dans le monde entier. La communauté internationale devrait aider à augmenter autant que possible l'efficacité de ce secteur.

- Favoriser la coopération internationale en matière de formation et de soins de santé d'une manière conforme aux exigences du droit international.
- Comprendre les aspects positifs et négatifs de la migration du personnel infirmier et en tenir compte ; veiller en particulier à ce que les coûts de formation des infirmiers/infirmières ne deviennent pas une sorte de subvention versée par les pays pauvres aux Etats riches du Nord.

⁴²⁶ Howard G, Bogh C, Goldstein G, Morgan J, Pruss A, Shaw R, Teuton J. *Healthy villages: a guide for communities and community health workers*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2002. Disponible sur : <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241545534.pdf>. Consulté : 31 mai 2005.

⁴²⁷ Zahner S. Ethics content in community health nursing textbooks. *Nurse Educator* 2000; 24:186-94.

⁴²⁸ Zahner S. *Ibid.*; Chamberlain M. Human rights education for nursing students. *Nursing Ethics* 2001; 8: 211-22.

⁴²⁹ Voir, par exemple, les cours classés sur le site Human Rights Internet: <http://www.hri.ca/education/>

⁴³⁰ Amnesty International German Medical Group. *Human rights requires cultivation*. [Coffret d'enseignement] Bonn: AI German Medical Group, 1996 (disponible en Allemagne uniquement).

8.2 A l'attention des Etats

8.2.1 Droit à la santé

Les Etats devraient garantir que soit respecté, protégé et réalisé le droit au plus haut niveau possible de santé mentale et physique.

- Les gouvernements doivent faire en sorte qu'une quantité suffisante d'infirmiers et sages-femmes soient formés et employés et que toutes les régions du pays soient dotées de suffisamment de personnel formé.
- Lorsque les services de santé, notamment le personnel infirmier, relèvent du secteur privé, les gouvernements doivent quand même garantir que chacun puisse avoir accès à des soins de santé de bonne qualité.

8.2.2 Réglementation et responsabilités professionnelles

Tandis que les gouvernements ne devraient pas accaparer la gestion des soins infirmiers au niveau médical, ils devraient offrir un environnement favorable dans lequel les infirmiers/infirmières pourraient effectuer un travail efficace, professionnel et sans risque au bénéfice de la communauté.

- Les gouvernements devraient veiller à ce que les projets de loi régissant le recrutement des infirmiers et sages-femmes, leurs fonctions et conditions de travail, soient examinés par des organisations de personnel infirmier et fassent apparaître de manière satisfaisante les compétences et le professionnalisme du personnel infirmier.
- Veiller à ce que les soins infirmiers et les lois qui l'encadrent fonctionnent en toute transparence et de manière responsable, des limites à la transparence ne pouvant être imposées à la transparence qu'en cas d'absolue nécessité, et aux fins de protéger la vie privée à laquelle le personnel, les patients ou les tiers ont légitimement droit.
- Faire en sorte que le personnel infirmier soit dans la plus large mesure possible encadré par des professionnels de santé chevronnés et tenu de leur rendre compte de ses activités médicales.
- Le personnel infirmier travaillant dans des environnements « confinés » tels que les prisons ou autres institutions devraient être invités à adopter des périodes de rotation dans d'autres environnements médicaux.

8.2.3 Comportement éthique

Le personnel infirmier travaille dans un environnement dans lequel les droits humains sont institutionnalisés et représentent un élément fondamental du système de valeur. Les gouvernements devraient :

- Veiller à ce que le personnel infirmier soit bien au courant de la nécessité de respecter les droits humains dans l'exercice de leurs fonctions, notamment les principes de non-discrimination, de respect de la dignité des individus et de l'intégrité physique et mentale, et du droit de chacun à jouir du plus haut niveau possible de santé physique et mentale

- Le personnel infirmier travaillant en milieu carcéral devrait travailler dans un environnement dans lequel les besoins cliniques sont prioritaires, la non-discrimination une valeur fondamentale et dans lequel les droits humains en général sont respectés. Lorsque des infirmiers/infirmières sont témoins de mauvais traitements ils devraient être invités(ées) à les signaler.
- Garantir que le personnel infirmier travaillant dans des établissements où le risque de violation des droits humains est élevé soit en mesure de faire appel à des sources de conseil et de soutien indépendantes, en dehors des structures professionnelles existant dans l'institution, et qu'il ne sera pas pénalisé s'il le fait.

8.2.4 Défendre la sécurité du personnel infirmier et des sages-femmes

En dehors de tout renforcement du professionnalisme au sein de la profession d'infirmier, les gouvernements doivent prendre des mesures significatives en vue d'assurer la sécurité du personnel infirmier dans le système d'administration des soins et dans les secteurs où les droits humains sont violés.

- La sécurité des infirmiers/infirmières et des sages-femmes au sein des services de santé et dans les secteurs concernés par les violations des droits humains devrait être renforcée.
- Le personnel infirmier agissant en tant que défenseur des droits humains devrait avoir droit au respect et à la protection que les Etats sont tenus d'accorder à de tels défenseurs.

8.2.5 Comprendre les effets de la migration du personnel infirmier et des sages-femmes

La mobilité des infirmiers/infirmières et sages-femmes qualifiés d'un pays à un autre a des effets positifs autant pour les individus que pour les pays d'origine et d'accueil (tels que l'enrichissement culturel, le partage des compétences, les envois de fonds effectués par le personnel exerçant à l'étranger, l'amélioration des normes professionnelles dans le pays d'origine, un éventuel retour de personnel qualifié et expérimenté vers le pays d'origine). Mais elle peut également avoir des effets négatifs (perte de personnel qualifié, augmentation des besoins de formation, nécessité d'augmenter les dépenses pour retenir le personnel).

- Une prise de conscience des effets positifs et négatifs de la mobilité des personnels de santé, notamment les infirmiers/infirmières, en particulier concernant le pays d'origine de ceux-ci, est nécessaire.
- Les approches gouvernementales « éthiques » qui existent en matière de recrutement d'infirmiers/infirmières étrangers doivent être vérifiées et correctement mises en application. Les pays n'ayant pas de telles approches doivent les adopter.
- Ce qui précède n'empêche pas que les droits des infirmiers/infirmières à la liberté de mouvement et de travail devraient être respectés et les avantages potentiels d'une telle mobilité être maximisés.
- Les associations d'infirmiers/infirmières pourraient proposer des actions devant être entreprises par les gouvernements nationaux visant à contribuer au renforcement des soins

de santé et les pratiques infirmières dans les pays qui enregistrent un exode notable de professionnels de santé.

8.2.6 Faire face aux pratiques dommageables

Le personnel infirmier et les sages-femmes de nombreux pays sont témoins des conséquences de pratiques dommageables qui touchent les femmes et les jeunes filles et peuvent se voir contraints ou persuadés d'y participer, certaines de ces pratiques constituant des violations des droits humains. Les gouvernements peuvent mettre fin à celles-ci et prévenir leurs conséquences négatives en sensibilisant le public et en réformant la loi. En particulier :

- Les mutilations génitales féminines (MGF) devraient être rendues illégales et le personnel infirmier, les sages-femmes et autres professionnels de santé devraient se voir interdire par la loi de procéder à des MGF ou de participer à de tels actes. Le personnel infirmier devrait recevoir une formation adaptée afin de savoir comment gérer les cas de femmes et jeunes filles souffrant des conséquences à long terme des MGF, notamment pendant la grossesse et lors de l'accouchement.
- Il faudrait recourir à des campagnes d'information et, si nécessaire, à la loi, pour s'attaquer aux pratiques spécifiques à un sexe, discriminatoires et scientifiquement douteuses que sont les « tests de virginité ». Les gouvernements devraient s'atteler à l'abolition de telles pratiques.
- Les gouvernements devraient faire usage de toute la diligence requise pour prévenir et interdire toutes les pratiques constituant des violences à l'encontre des femmes et des jeunes filles et enquêter sur ces exactions (telles le mariage des mineures et la transmission de l'épouse par voie de succession). Le personnel infirmier peut être en mesure de contribuer à la sensibilisation des communautés aux questions de santé.

8.2.7 Fonctions médico-légales du personnel infirmier

Les gouvernements devraient examiner les possibles avantages d'une formation du personnel infirmier afin qu'il puisse exercer des fonctions médico-légales au sein du système de justice pénale, et ainsi étendre les compétences du système de justice pénale dans la lutte contre la criminalité, notamment la violence envers les femmes et les enfants. Lorsque des formations sont conçues et mises en œuvre, les infirmiers/infirmières qui ont pu bénéficier de ces formations devraient exercer des fonctions médico-légales. Les gouvernements devraient ainsi :

- Instaurer des formations aux soins infirmiers médico-légaux ou augmenter leur niveau et les faire reconnaître comme une discipline au sein du système de justice pénale.
- Veiller à ce que les infirmiers/infirmières se voyant reconnaître le droit de dispenser des soins infirmiers médico-légaux soient effectivement employés pour renforcer les services médico-légaux et contribuer à la consolidation de ce domaine de soins en expansion.
- Garantir que la dimension droits humains est incluse dans la formation en soins infirmiers médico-légaux.

8.3 A l'attention des associations nationales des personnels infirmiers et sages-femmes et aux instances de contrôle

8.3.1 Professionnalisme

Le renforcement du professionnalisme et de l'obligation pour le personnel infirmier et les sages-femmes de rendre des comptes pourrait améliorer les capacités du personnel infirmier et ainsi lui permettre d'agir plus efficacement dans la défense des droits des infirmiers/infirmières et du rôle de ceux-ci.

- Les notions de professionnalisme devraient être liées à l'adhésion à des principes éthiques et de droits humains.
- Le professionnalisme et l'éthique professionnelle devraient être renforcés et promus auprès des associations nationales et des membres, en ce qui concerne les qualifications, responsabilités professionnelles et l'obligation de rendre compte de ses actions.
- La sensibilisation et autres formations aux aspects techniques et éthiques des soins infirmiers nécessitent d'être régulièrement évaluées et de devenir le fil conducteur de la formation des infirmiers/infirmières et sages-femmes tout au long de leur vie professionnelle.
- Les normes d'agrément et le système de contrôle devraient être harmonisés afin d'assurer que le personnel infirmier acquiert des compétences normalisées qui répondent aux critères minimaux.
- Les infirmiers/infirmières et sages-femmes devraient être informés lors de leur entrée dans la profession (et régulièrement par la suite) des droits humains et obligations éthiques qui découlent de leur travail.

8.3.2 La sécurité du personnel infirmier et des sages-femmes

Les associations professionnelles d'infirmiers et sages-femmes devraient continuer d'accorder la priorité à la sécurité de leurs membres.

- D'autres mesures devraient être prises pour accroître le soutien actif aux infirmiers/infirmières et sages-femmes, notamment des déclarations gouvernementales sur le caractère inacceptable des violences dirigées contre le personnel infirmier, des formations aux techniques de négociation et d'apaisement des réactions de colère pour le personnel exposé à de hauts risques, et la poursuite des auteurs de violences envers le personnel.

Dans les institutions prodiguant des soins infirmiers et obstétricaux, la priorité devrait être mise sur l'éthique à tous les niveaux du personnel et de l'encadrement.

- Les associations de personnel infirmier et les instances de contrôle devraient vérifier la gestion éthique, le respect des droits du personnel et des patients et l'exactitude et l'intégrité des informations publiées par les institutions.

8.3.3 Le personnel infirmier et les violations des droits humains

Le corps infirmier devrait veiller à ce que les infirmiers/infirmières et sages-femmes puissent jouer un rôle effectif dans la protection des droits humains. Il devrait également surveiller les exactions perpétrées contre le personnel infirmier et renforcer leurs actions aux niveaux national et international.

- Les associations de personnel infirmier devraient veiller à ce que leurs codes de bonne conduite et leur éthique tiennent compte de manière satisfaisante du rôle et des responsabilités des infirmiers/infirmières conformément aux droits humains des patients et des citoyens. En particulier, l'interdiction de toute participation à titre professionnel à des actes de torture ou de mauvais traitements, de la peine de mort et des pratiques traditionnelles dommageables devrait être énoncée clairement.
- Les associations devraient veiller à ce que l'éthique et les codes de bonne conduite professionnels s'appliquent pour toute la profession sur tous les lieux de travail.
- Les victimes de violations des droits humains impliquant des membres de la profession devraient pouvoir compter sur un mécanisme leur permettant de porter plainte et que celle-ci soit traitée comme il se doit par des organes de contrôle professionnels et par le système de justice pénale.
- Les associations de personnel infirmier devraient faire le bilan de leur rôle de défenseur des infirmiers/infirmières à risque afin de s'assurer qu'elles sont en mesure d'intervenir le plus efficacement possible dans de telles circonstances. Sauf des cas où des personnes seraient mises en danger, les associations doivent faire campagne ou rendre publics les cas d'infirmiers/infirmières ou de corps d'infirmiers/infirmières victimes ou sous la menace de violations de leurs droits humains.
- Les associations de personnel infirmier devraient examiner les mécanismes de mise en place d'une présence et d'une visibilité dans les situations à haut risque afin de réduire les risques de violation des droits humains et s'exprimer sur les aspects éthiques et de droits humains lorsque des droits humains ont été violés.
- Les associations de personnel infirmier et de sages-femmes devraient prendre en main les problèmes de stigmatisation et de discrimination dans les soins de santé en lançant des campagnes de sensibilisation et en encourageant l'opposition aux comportements inacceptables. Ceci est particulièrement important lorsqu'il s'agit de VIH/SIDA et de maladie mentale mais cela vaut aussi pour nombre d'autres questions de santé.
- Les associations de personnel infirmier devraient veiller à ce que les recherches en matière de soins liées aux questions sociales telles que les aspects relatifs à la santé et aux droits humains du travail du sexe soient communiquées au gouvernement et aux organisations politiques.
- Les associations de personnel infirmier devraient s'assurer qu'elles disposent de moyens de communication clairs avec le gouvernement, en particulier avec les ministères et parlements compétents, afin de garantir une mobilisation efficace des savoir-faire infirmiers, un renforcement des moyens infirmiers et la protection des droits des infirmiers/infirmières et sages-femmes.
- Les associations de personnel infirmier devraient collaborer au sein d'une zone d'application de traité (tel que par exemple le Conseil de l'Europe) afin d'assurer une

mobilisation efficace des savoir-faire infirmiers, un renforcement des moyens infirmiers et la protection des droits du personnel infirmier.

8.3.4 Infirmières, sages-femmes et le droit à la santé

Les organisations du personnel infirmier peuvent contribuer à renforcer le respect du droit à la santé en :

- Reconnaissant explicitement le lien entre le travail des personnels infirmiers et le droit des citoyens au niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale.
- Veillant à ce qu'une analyse fondée sur les droits soit utilisée pour élaborer toute proposition de la part d'une organisation de personnels infirmiers à l'attention du gouvernement et des organismes de financement pour soutenir une augmentation ou modification des dépenses de santé ou des changements de politique en matière de santé.
- Veillant à ce que des informations sur les droits humains figurent dans les publications destinées aux infirmiers/ères et aux sages-femmes.

8.3.5 Réagir aux violations des droits humains

Les organismes professionnels peuvent contribuer considérablement à renforcer la déontologie et la prise de conscience éthique des personnels infirmiers qui peuvent se trouver confrontés à des violations des droits humains ; ils peuvent également protéger les infirmiers/ères qui risquent d'être victimes de violations.

- Les associations de personnels infirmiers et les organismes de surveillances doivent veiller à ce que les infirmiers/ères et les sages-femmes soient tenus au courant de l'évolution en matière de déontologie et de droits humains, notamment les questions en lien avec la législation nationale, les normes internationales relatives aux droits humains concernant les soins infirmiers et les normes en vigueur au sein de la profession internationale.
- Les organisations de personnels infirmiers doivent faire part des préoccupations relatives à la situation difficile des infirmiers/ères aux gouvernements responsables de la sécurité de ceux et celles qui encourent des risques, assurer de leur solidarité les organismes professionnels des pays concernés et leur proposer de les aider dans toute la mesure du possible.
- Les organisations de personnels infirmiers doivent encourager les infirmiers/ères et les sages-femmes à situer leur travail dans le cadre de la promotion des droits fondamentaux des patients et sensibiliser les infirmiers/ères à la Déclaration des Nations Unies sur le droit et la responsabilité des individus groupes et organes de la société de promouvoir et protéger les droits de l'homme et les libertés fondamentales universellement reconnus.

8.4. Aux agents de formation des personnels sanitaires

8.4.1 Droits humains et déontologie de la profession d'infirmiers/ères

- Les associations nationales de personnels infirmiers et les éducateurs des infirmiers/ères et des sages-femmes doivent vérifier le contenu des cours du point de vue des droits humains et de la déontologie et veiller à ce que les concepts fondamentaux relatifs aux droits humains et à la déontologie de la profession d'infirmiers/ères soient suffisamment pris en compte dans les programmes de formation.
- A mesure que les technologies et les techniques en matière de santé et de reproduction avancent, de nouvelles questions d'éthique sont soulevées. Il est important de procéder à un examen permanent de la déontologie de la profession d'infirmiers/ères afin de tenir compte de cette évolution. Il faut accorder une attention toute particulière aux aspects éthique et droits humains de la santé sexuelle et génésique.
- La formation professionnelle et la formation aux droits humains doivent être davantage dispensées tout au long de la carrière d'un(e) infirmier/ère ou d'une sage-femme.
- Il faut veiller à ce que l'action de sensibilisation des infirmiers/ères et des sages-femmes et la surveillance des violations des droits humains soient prises en compte dans leur cursus.
- Les enseignants doivent établir des liens avec les organisations agissant dans la santé, encourager la formation et la recherche sur des sujets comme les effets de la mondialisation économique sur le droit à la santé, et apporter leur contribution.
- Les responsables de formation du personnel infirmier peuvent apporter leur concours à la rédaction d'articles scientifiques sur les soins infirmiers et les droits humains et encourager les organes des Nations Unies à participer régulièrement à une surveillance du respect des droits humains.

8.5 Aux infirmiers, infirmières et sages-femmes

C'est souvent avec le personnel infirmier que les patients ont leur premier contact dans le système de soins. Cela signifie qu'il peut être témoin des effets des violations des droits humains sur les individus et les effets de ces violations sur les familles et les populations locales. Les infirmiers/ères peuvent jouer un rôle important en soutenant les droits de chaque patient, insuffler la vie à la déontologie de la profession d'infirmiers/ères, contribuer au renforcement du rôle des soins infirmiers dans la société civile. En particulier, les infirmiers/ères peuvent exposer les liens entre la santé et les droits humains et plaider en faveur de services de soins de santé plus efficaces. On devrait encourager le personnel infirmier à étudier les droits humains et à appliquer aux soins de santé une approche fondée sur les droits.

Annexe 1

A1. Principales déclarations internationales concernant la politique générale et l'éthique en matière de soins infirmiers

A1.1 Conseil international des infirmières⁴³¹

Abus et violences à l'encontre du personnel infirmier, 2000. Disponible sur : <http://www.icn.ch/psviolence00.htm>

Conflit armée : le point de vue des infirmières, 1999. Disponible sur : <http://www.icn.ch/psarmed.htm>.

Les infirmières et les droits de l'homme, 1998. Disponible sur : <http://www.icn.ch/pshumrights.htm>.

Droit des enfants, 2000. Disponible sur <http://www.icn.ch/pschildrights00.htm>.

La torture, la peine capitale et la participation des infirmières aux exécutions, 1998. Disponible sur : <http://www.icn.ch/pstorture.htm>.

A1.2 Confédération internationale des sages-femmes.⁴³²

Debt cancellation and other economic policies that affect health and especially safe motherhood, 2002. Disponible sur : [http://www.internationalmidwives.org/Statements/Debt cancellation and other economic policies that affect health and safe motherhood.pdf](http://www.internationalmidwives.org/Statements/Debt%20cancellation%20and%20other%20economic%20policies%20that%20affect%20health%20and%20safe%20motherhood.pdf).

Female genital mutilation, 1999. Disponible sur : <http://www.internationalmidwives.org/Statements/Female%20genital%20mutilation.pdf>.

Midwives and the abuse of women and children, 2002. Available at: [http://www.internationalmidwives.org/Statements/Midwives and the abuse of women and children.pdf](http://www.internationalmidwives.org/Statements/Midwives%20and%20the%20abuse%20of%20women%20and%20children.pdf).

Women, Children and Midwives in Situations of War and Civil Unrest, 1999. Available at: <http://www.internationalmidwives.org/Statements/War%20and%20Civil%20Unrest.htm>.

⁴³¹ Le Conseil international des infirmières (CII) est une fédération des associations nationales d'infirmiers et d'infirmières de 128 pays. Le CII a été fondé en 1899 et constitue, selon les professionnels de la santé, l'organisation internationale qui touche le plus grand nombre. Son siège social se trouve à Genève.

⁴³² La confédération internationale des sages-femmes (ICM) se compose actuellement de 83 membres (tous des associations autonomes de sages-femmes) de 70 pays répartis dans quatre régions : Afrique, Asie-Pacifique, les Amériques et l'Europe. Chaque association membre envoie des délégués au Conseil de l'ICM, qui est l'organisme général dirigeant de la Confédération. Le siège social de l'ICM est situé à La Haye.

Annexe 2. Les droits à la santé dans les normes des droits humains régionales et internationales.

A2. 1 Les normes internationales

A2.1.1 La déclaration universelle des droits de l'homme⁴³³

Article 25

(1) Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

(2) La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale.

A2.1.2 Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels⁴³⁴

Article 7

Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir de conditions de travail justes et favorables, qui assurent notamment:

- (a) La rémunération qui procure, au minimum, à tous les travailleurs:
 - (ii) Une existence décente pour eux et leur famille conformément aux dispositions du présent Pacte;
- (b) La sécurité et l'hygiène du travail;

Article 10

(3) ...Les enfants et adolescents doivent être protégés contre l'exploitation économique et sociale. Le fait de les employer à des travaux de nature à compromettre leur moralité ou leur santé, à mettre leur vie en danger ou à nuire à leur développement normal doit être sanctionné par la loi.

Article 12

(1) Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

(2) Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer:

- (a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant;
- (b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle;
- (c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies;
- (d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

⁴³³ Texte intégral disponible sur : <http://www.un.org/Overview/rights.html>.

⁴³⁴ Texte intégral disponible sur : http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm.

A2.1.3 Convention relative aux droits de l'enfant⁴³⁵

Article 3

3. Les Etats parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié.

Article 12

1. Les Etats parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.

2. A cette fin, on donnera notamment à l'enfant la possibilité d'être entendu dans toute procédure judiciaire ou administrative l'intéressant, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un représentant ou d'une organisation appropriée, de façon compatible avec les règles de procédure de la législation nationale.

Article 17

Les Etats parties reconnaissent l'importance de la fonction remplie par les médias et veillent à ce que l'enfant ait accès à une information et à des matériels provenant de sources nationales et internationales diverses, notamment ceux qui visent à promouvoir son bien-être social, spirituel et moral ainsi que sa santé physique et mentale.

Article 19

1. Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié.

Article 23

1. Les Etats parties reconnaissent que les enfants mentalement ou physiquement handicapés doivent mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité.

2. Les Etats parties reconnaissent le droit à des enfants handicapés de bénéficier de soins spéciaux et encouragent et assurent, dans la mesure des ressources disponibles, l'octroi, sur demande, aux enfants handicapés remplissant les conditions requises et à ceux qui en ont la charge, d'une aide adaptée à l'état de l'enfant et à la situation de ses parents ou de ceux à qui il est confié.

3. Eu égard aux besoins particuliers des enfants handicapés, l'aide fournie conformément au paragraphe 2 du présent article est gratuite chaque fois qu'il est possible, compte tenu des ressources financières de leurs parents ou de ceux à qui l'enfant est confié, et elle est conçue de telle sorte que les enfants handicapés aient effectivement accès à l'éducation, à la formation, aux soins de santé, à la rééducation, à la préparation à l'emploi et aux activités récréatives, et bénéficient de ces services de façon propre à assurer une intégration sociale aussi complète que possible et leur épanouissement personnel, y compris dans le domaine culturel et spirituel.

4. Dans un esprit de coopération internationale, les Etats parties favorisent l'échange d'informations pertinentes dans le domaine des soins de santé préventifs et du traitement médical, psychologique et fonctionnel des enfants handicapés, y compris par la diffusion d'informations concernant les méthodes de rééducation et les services de formation professionnelle, ainsi que l'accès à ces données, en vue de permettre aux Etats parties d'améliorer leurs capacités et leurs compétences et

⁴³⁵ Texte intégral disponible sur : <http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>.

d'élargir leur expérience dans ces domaines. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 24

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

2. Les Etats parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour :

- (a) Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants;
- (b) Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires;
- (c) Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre de soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel;
- (d) Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés;
- (e) Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information;
- (f) Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

3. Les Etats parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.

4. Les Etats parties s'engagent à favoriser et à encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation du droit reconnu dans le présent article. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 25

Les Etats parties reconnaissent à l'enfant qui a été placé par les autorités compétentes pour recevoir des soins, une protection ou un traitement physique ou mental, le droit à un examen périodique dudit traitement et de toute autre circonstance relative à son placement.

Article 27

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social.

Article 32

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé ou à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social.

Article 37

Les Etats parties veillent à ce que :

(a) Nul enfant ne soit soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Ni la peine capitale ni l'emprisonnement à vie sans possibilité de libération ne doivent être prononcés pour les infractions commises par des personnes âgées de moins de dix-huit ans;

Article 39

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour faciliter la réadaptation physique et psychologique et la réinsertion sociale de tout enfant victime de toute forme de négligence, d'exploitation ou de sévices, de torture ou de toute autre forme de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, ou de conflit armé. Cette réadaptation et cette réinsertion se déroulent dans des conditions qui favorisent la santé, le respect de soi et la dignité de l'enfant.

A2.1.4 Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW)⁴³⁶

Article 1

Aux fins de la présente Convention, l'expression "discrimination à l'égard des femmes" vise toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le sexe qui a pour effet ou pour but de compromettre ou de détruire la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice par les femmes, quel que soit leur état matrimonial, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, des droits de l'homme et des libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel et civil ou dans tout autre domaine.

Article 10

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes afin de leur assurer des droits égaux à ceux des hommes en ce qui concerne l'éducation et, en particulier, pour assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme :

(h) L'accès à des renseignements spécifiques d'ordre éducatif tendant à assurer la santé et le bien-être des familles, y compris l'information et des conseils relatifs à la planification de la famille.

Article 12

1. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille.

2. Nonobstant les dispositions du paragraphe 1 ci-dessus, les Etats parties fournissent aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement.

Article 14

2. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans les zones rurales afin d'assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, leur participation au développement rural et à ses avantages et, en particulier, ils leur assurent le droit :

(b) D'avoir accès aux services adéquats dans le domaine de la santé, y compris aux informations, conseils et services en matière de planification de la famille.

⁴³⁶ Texte intégral disponible sur : <http://www.ohchr.org/english/law/pdf/cedaw.pdf>.

A2.1.5 Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale⁴³⁷

Article 5

Conformément aux obligations fondamentales énoncées à l'article 2 de la présente Convention, les Etats parties s'engagent à interdire et à éliminer la discrimination raciale sous toute ses formes et à garantir le droit de chacun à l'égalité devant la loi sans distinction de race, de couleur ou d'origine nationale ou ethnique, notamment dans la jouissance des droits suivants : [...]

(b) Droit à la sûreté de la personne et à la protection de l'Etat contre les voies de fait ou les sévices de la part soit de fonctionnaires du gouvernement, soit de tout individu, groupe ou institution; [...]

(e) Droits économiques, sociaux et culturels, notamment : [...]

(iv) Droit à la santé, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux;

A2.1.6 Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement⁴³⁸

Principe 22

Aucune personne détenue ou emprisonnée ne pourra, même si elle y consent, faire l'objet d'expériences médicales ou scientifiques de nature à nuire à sa santé.

Principe 24

Toute personne détenue ou emprisonnée se verra offrir un examen médical approprié dans un délai aussi bref que possible après son entrée dans le lieu de détention ou d'emprisonnement; par la suite, elle bénéficiera de soins et traitements médicaux chaque fois que le besoin s'en fera sentir. Ces soins et traitements seront gratuits.

Principe 25

Toute personne détenue ou emprisonnée ou son conseil a, sous la seule réserve des conditions raisonnablement nécessaires pour assurer la sécurité et le maintien de l'ordre dans le lieu de détention ou d'emprisonnement, le droit de demander à une autorité judiciaire ou autre un deuxième examen médical ou une deuxième opinion médicale.

A2.1.7 Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus⁴³⁹

22. (1) Chaque établissement pénitentiaire doit disposer au moins des services d'un médecin qualifié, qui devrait avoir des connaissances en psychiatrie. Les services médicaux devraient être organisés en relation étroite avec l'administration générale du service de santé de la communauté ou de la nation. Ils doivent comprendre un service psychiatrique pour le diagnostic et, s'il y a lieu, le traitement des cas d'anomalie mentale.

(2) Pour les malades qui ont besoin de soins spéciaux, il faut prévoir le transfert vers des établissements pénitentiaires spécialisés ou vers des hôpitaux civils. Lorsque le traitement hospitalier est organisé dans l'établissement, celui-ci doit être pourvu d'un matériel, d'un

⁴³⁷ Texte intégral disponible sur : http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/d_icerd.htm.

⁴³⁸ Texte intégral disponible sur : http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp36.htm

⁴³⁹ Texte intégral disponible sur : http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm.

outillage et des produits pharmaceutiques permettant de donner les soins et le traitement convenables aux détenus malades, et le personnel doit avoir une formation professionnelle suffisante.

(3) Tout détenu doit pouvoir bénéficier des soins d'un dentiste qualifié.

23. (1) Dans les établissements pour femmes, il doit y avoir les installations spéciales nécessaires pour le traitement des femmes enceintes, relevant de couches et convalescentes. Dans toute la mesure du possible, des dispositions doivent être prises pour que l'accouchement ait lieu dans hôpital civil. Si l'enfant est né en prison, il importe que l'acte de naissance n'en fasse pas mention.

(2) Lorsqu'il est permis aux mères détenues de conserver leurs nourrissons, des dispositions doivent être prises pour organiser une crèche, dotée d'un personnel qualifié, où les nourrissons seront placés durant les moments où ils ne sont pas laissés aux soins de leurs mères.

24. Le médecin doit examiner chaque détenu aussitôt que possible après son admission et aussi souvent que cela est nécessaire ultérieurement, particulièrement en vue de déceler l'existence possible d'une maladie physique ou mentale, et de prendre toutes les mesures nécessaires; d'assurer la séparation des détenus suspects d'être atteints de maladies infectieuses ou contagieuses; de relever les déficiences physiques ou mentales qui pourraient être un obstacle au reclassement et de déterminer la capacité physique de travail de chaque détenu.

25. (1) Le médecin est chargé de surveiller la santé physique et mentale des détenus. Il devrait voir chaque jour tous les détenus malades, tous ceux qui se plaignent d'être malades, et tous ceux sur lesquels son attention est particulièrement attirée.

(2) Le médecin doit présenter un rapport au directeur chaque fois qu'il estime que la santé physique ou mentale d'un détenu a été ou sera affectée par la prolongation ou par une modalité quelconque de la détention.

26. (1) Le médecin doit faire des inspections régulières et conseiller le directeur en ce qui concerne :

(a) La quantité, la qualité, la préparation et la distribution des aliments;

(b) L'hygiène et la propreté de l'établissement et des détenus;

(c) Les installations sanitaires, le chauffage, l'éclairage et la ventilation de l'établissement;

(d) La qualité et la propreté des vêtements et de la literie des détenus;

(e) L'observation des règles concernant l'éducation physique et sportive lorsque celle-ci est organisée par un personnel non spécialisé.

(2) Le directeur doit prendre en considération les rapports et conseils du médecin visés aux règles 25, paragraphe 2, et 26 et, en cas d'accord, prendre immédiatement les mesures voulues pour que ses recommandations soient suivies; en cas de désaccord ou si la matière n'est pas de sa compétence, il transmettra immédiatement le rapport médical et ses propres commentaires à l'autorité supérieure.

33. Les instruments de contrainte tels que menottes, chaînes, fers et camisoles de force ne doivent jamais être appliqués en tant que sanctions. Les chaînes et les fers ne doivent pas non plus être utilisés en tant que moyens de contrainte. Les autres instruments de contrainte ne peuvent être utilisés que dans les cas suivants :

- a) Par mesure de précaution contre une évasion pendant un transfèrement, pourvu qu'ils soient enlevés dès que le détenu comparait devant une autorité judiciaire ou administrative;
- b) Pour des raisons médicales sur indication du médecin;
- c) Sur ordre du directeur, si les autres moyens de maîtriser un détenu ont échoué, afin de l'empêcher de porter préjudice à lui-même ou à autrui ou de causer des dégâts; dans ce cas le directeur doit consulter d'urgence le médecin et faire rapport à l'autorité administrative supérieure.

62. Les services médicaux de l'établissement s'efforceront de découvrir et devront traiter toutes déficiences ou maladies physiques ou mentales qui pourraient être un obstacle au reclassement d'un détenu. Tout traitement médical, chirurgical et psychiatrique jugé nécessaire doit être appliqué à cette fin.

82. 1) Les aliénés ne doivent pas être détenus dans les prisons, et des dispositions doivent être prises pour les transférer aussitôt que possible dans des établissements pour malades mentaux.
- 2) Les détenus atteints d'autres affections ou anomalies mentales doivent être observés et traités dans des institutions spécialisées, placées sous une direction médicale.
- 3) Pendant la durée de leur séjour en prison, ces personnes doivent être placées sous la surveillance spéciale d'un médecin.
- 4) Le service médical ou psychiatrique des établissements pénitentiaires doit assurer le traitement psychiatrique de tous les autres détenus qui ont besoin d'un tel traitement.

83. Il est désirable que les dispositions soient prises d'accord avec les organismes compétents, pour que le traitement psychiatrique soit continué si nécessaire après la libération et qu'une assistance sociale postpénitentiaire à caractère psychiatrique soit assurée.[...]

91. Un prévenu doit être autorisé à recevoir la visite et les soins de son propre médecin ou dentiste si sa demande est raisonnablement fondée et s'il est capable d'en assurer la dépense.

A2.1.8 Conventions de Genève

Les conventions de Genève comportent des informations détaillées sur les droits et les obligations du personnel de santé dans les conflits. Les quatre conventions de Genève de 1949 font nombre de références à la santé et au personnel médical, qui sont :

- Convention (I) de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne, 12 août 1949.
- Convention (II) de Genève pour l'amélioration du sort des blessés, des malades et des naufragés des forces armées sur mer, 12 août 1949.
- Convention (III) de Genève relative au traitement des prisonniers de guerre, 12 août 1949.

- Convention (IV) de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre, 12 août 1949.⁴⁴⁰

La première convention de Genève, par exemple, précise dans l'article 3 que «Les blessés et malades seront recueillis et soignés.» (On trouve le même article dans les trois autres conventions.). Un chapitre sur le personnel (qui commence à l'article 24) est largement consacré au personnel de soin de santé. L'article 36 et les articles suivants se rapportent au transport médical. Les trois autres conventions de Genève comportent également des dispositions concernant le personnel de santé et les soins de santé.

A2.2 Les droits à la santé dans les traités et déclarations régionaux

A2.2.1 La charte africaine des Droits de l'Homme et des Peuples⁴⁴¹

Article 16

- 1) Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.
- 2) Les Etats parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie.

A2.2.2 Protocole additionnel à la convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels - "Protocole de San Salvador"

Article 10 Droit à la santé

1. Toute personne a droit à la santé qui est considérée comme le droit de jouir du meilleur état de santé physique, mentale et sociale.

2. Afin d'assurer le plein exercice du droit à la santé, les Etats parties s'engagent à reconnaître ce droit comme un bienfait public et notamment à adopter pour garantir l'exercice de ce droit les mesures suivantes :

- a. L'octroi des soins primaires de santé, autrement dit, la mise à la disposition de tous les individus et de toutes les familles de la communauté de l'aide médicale essentielle;
- b. L'extension des services de santé à tous les individus relevant de la juridiction de l'Etat;
- c. L'immunisation complète contre les principales maladies infectieuses;
- d. La prophylaxie et le traitement des maladies endémiques, professionnelles et autres;
- e. L'information de la population sur la prévention et le traitement des problèmes de santé;

⁴⁴⁰ Le texte intégral des quatre conventions est disponible sur le site du Comité international de la Croix rouge : <http://www.icrc.org/ihl.nsf/WebCONVFULL?openview>. Consulté le 18 août 2005.

⁴⁴¹ Texte intégral disponible sur : http://www.africa-union.org/Official_documents/Treaties_%20Conventions_%20Protocols/Banjul%20Charter.pdf.

- f. La solution des problèmes de santé des groupes à plus haut risque et qui sont plus vulnérables à cause de leur pauvreté.

A2.2.3 La Charte arabe des droits de l'homme

Article 38

Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant, pour elle et sa famille, qui leur assure le bien-être et une vie décente, y compris la nourriture, les vêtements, le logement et les services, et a droit à un environnement sain. Les États parties prennent les mesures requises en fonction de leurs ressources pour assurer ce droit.

Article 39

(a) Les États parties reconnaissent le droit qu'a tout membre de la société de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qui puisse être atteint et le droit du citoyen de bénéficier gratuitement des services de santé de base et d'accéder aux centres de soins médicaux sans discrimination aucune;

(b) Les mesures que les États parties prendront comprennent les suivantes:

1. Développement des soins de santé de base et garantie de la gratuité des services des centres qui fournissent ces soins et de la facilité d'accès à ces centres où qu'ils soient et quelle que soit la situation économique;
2. Fourniture d'efforts pour combattre les maladies par des moyens préventifs et curatifs de façon à réduire la mortalité;
3. Action de sensibilisation et d'éducation sanitaires;
4. Lutte contre les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé de la personne;
5. Garantie à chacun de la nourriture de base et de l'eau potable;
6. Lutte contre les facteurs de pollution de l'environnement et fourniture de moyens d'assainissement;
7. Lutte contre le tabagisme, la drogue et les substances psychotropes;

Article 34

(b) Chaque travailleur a le droit de jouir de conditions de travail justes et favorables qui assurent un salaire équitable lui permettant de subvenir à ses besoins essentiels et à ceux de sa famille et fixent les heures de travail et de repos, les congés payés et les règles pour préserver l'hygiène et la sécurité du travail et la protection des femmes, des enfants et des personnes handicapées dans le cadre du travail;

Article 40

(c) Les États parties prennent toutes les dispositions nécessaires pour lutter par tous les moyens possibles contre les handicaps, notamment par le biais de programmes de santé préventive et d'efforts de sensibilisation et d'éducation;

Annexe 3 : Sites internet utiles

| Organisation | Website |
|---|---|
| Amnesty International (AI) | http://www.amnesty.org |
| Human Rights Education Association (HREA) | http://www.hrea.org |
| Human Rights Watch | http://www.hrw.org |
| International Association of Forensic Nurses | http://www.forensicnurse.org/ |
| Confédération internationale des sages-femmes (ICM) | http://www.internationalmidwives.org |
| Conseil international des infirmières (ICN) | http://www.icn.ch |
| Fédération Internationale des organisations de santé et de droits de l'Homme (IFHHRO) | http://www.ifhhro.org |
| Organisation internationale du travail (OIT) | http://www.ilo.org/ |
| Conseil international de réhabilitation pour les victimes de torture (IRCT) | http://www.irct.org |
| Physicians for Human Rights (PHR) | http://www.phrusa.org |
| Organisation des nations unies (ONU) | http://www.un.org |
| Nations unies : Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint | http://www.ohchr.org/english/issues/health/right/ |
| Organisation mondiale de la santé (OMS) | http://www.who.int |

Index

Afrique du Sud

- la constitution protégeant le droit à la santé, 48
- les violences liées au sexe et valeurs culturelles du personnel infirmier, 50
- les professionnels de santé et l'apartheid, 6
- les personnels de santé et le VIH, 61
- le personnel infirmier, les valeurs culturelles et la violence, 20
- les tests de virginité, 30

Allemagne

- le personnel infirmier et le nazisme, 4

Australie

- un mineur gréviste de la faim, 38
- les campagnes de mobilisation du personnel infirmier en faveur des demandeurs d'asile, 81
- le personnel infirmier et les demandeurs d'asile en détention, 68
- le personnel infirmier et les châtiments traditionnels, 42
- les prisonniers et la maladie mentale, 41

Brésil

- le commerce d'organes, 44

Bulgarie

- les conditions dans les foyers sociaux, 75

Bureau international du travail

- les recommandations concernant le SRAS, 65

Cambodge

- la grippe aviaire, 64

Canada

- l'impact du SRAS sur le personnel infirmier, 65
- le personnel infirmier appelé à suivre des formations plus spécialisées sur le VIH, 58
- le militantisme d'une infirmière en faveur des droits humains, 79
- un site d'injection sécurisée mise en place par une infirmière, 58
- la violence à l'encontre du personnel infirmier, 14

Chine

- la grippe aviaire, 64
- la politique de planning familial, 25
- l'épidémie du VIH, 62

Cour pénale internationale, 21

Etats-Unis

- la position de l'ANA sur les infirmières et les exécutions, 41

- les violences domestiques, 26
- les grévistes de la faim à Guantánamo, 41
- l'ouragan Katrina, 70
- le rôle du personnel infirmier dans les exécutions, 41
- les prisonnières enchaînées, 38

Guatemala

- la participation du personnel infirmier aux exécutions, 42

Ile Maurice

- l'émigration du personnel infirmier, 71

Inde

- la constitution qui garantit le droit à la santé, 48
- le commerce d'organes, 44
- les tests de virginité, 30

Indonésie

- la grippe aviaire, 64

Irak

- les violations commises à Abu Ghraïb, 18

Israël

- les greffes de rein, 47

Jamaïque

- les hostilités à l'égard des responsables de l'éducation sur le VIH, 59

Japon

- l'épuisement du personnel infirmier, 54

Kazakhstan

- la discrimination envers des prisonniers contaminés par le VIH, 59

Kenya

- un atelier avec les infirmiers/ères du Kenya pour le renforcement des campagnes de mobilisation, 80
- la médicalisation des MGF, 34
- le personnel infirmier et les prisons, 40

Kosovo

- les violations commises à l'encontre des handicapés mentaux, 76

Koweït

- les violences commises à l'encontre du personnel infirmier, 14

Libye

- des infirmiers/ères Bulgares emprisonné(e)s, 80
- des infirmières bulgares traduites en justice pour infection délibérée avec le VIH, 57

Moldavie

- le commerce d'organe, 44

Myanmar

- les camps de réfugiés, 67
- Nicaragua**
 - le personnel infirmier recueille des données en médecine légale, 22
- Objectifs du Millénaire pour le développement, 51**
- ONUSIDA**
 - et des soins innovants pour les sujets infectés par le VIH, 60
 - sur la prévention du VIH auprès des toxicomanes, 58
- Organisation internationale du travail**
 - et la traite des êtres humains, 27
 - le personnel infirmier et le VIH/SIDA, 61
- Organisation mondiale de la santé, 55**
 - la définition d'une population en bonne santé, 83
 - l'enquête mondiale sur la tuberculose, 62
 - interroger les femmes victimes de la traite des êtres humains, 28
 - le personnel infirmier et le VIH/SIDA, 61
 - sur la prévalence du VIH, 55
 - la propagation possible de la grippe aviaire, 64
 - la tuberculose et les stratégies DOTS, 63
 - Rapport mondial sur la violence et la santé (note), 25
- Organisation panaméricaine de la Santé**
 - fait état d'une baisse de la progression des discriminations liées au VIH/SIDA, 56
- Pakistan**
 - la vente de reins, 46
- Pérou**
 - la politique gouvernementale de stérilisation, 24
- Physicians for Human Rights**
 - atelier pour le personnel infirmier, 37
- Portugal**
 - un projet de soutien aux infirmiers/ères réfugié(e)s, 69
- Royaume-Uni**
 - le code de conduite pour le recrutement du personnel infirmier, 72
 - les violences domestiques, 21
 - les fouilles à corps intimes, 34
 - les prisonniers et maladie mentale, 37
- utiliser les compétences des infirmiers/ères réfugié(e)s, 70
- les violences commises à l'encontre du personnel infirmier, 14
- Russie**
 - les politiques de réduction de la toxicomanie, 58
 - le personnel soignant victime de mauvais traitements, Tchécquie, 13
- Slovaquie**
 - la stérilisation forcée, 24
- Soudan**
 - des membres du personnel de santé abattus, 13
 - le viol au cours des conflits, 23
- Taiwan**
 - les professionnels de la santé démissionnent pendant l'épidémie de SRAS, 65
 - le congrès du CII en 2005, 72
- Thaïlande**
 - la grippe aviaire, 64
 - le personnel infirmier travaillant dans des camps de réfugiés, 22
- Territoires occupés d'Israël**
 - une infirmière abattue en plein service, 13
- Turquie**
 - les crimes d'honneur, 32
 - examen de l'hymen pour déterminer la virginité, 50
 - les tests de virginité, 31
- Ukraine**
 - les politiques de réduction de la toxicomanie, 58
- UNESCO**
 - les recommandations sur la formation en matière de droits humains, 81
- UNICEF**
 - la définition du mariage prématuré, 32
- Vietnam**
 - la grippe aviaire, 64
 - l'infection humaine par le virus de la grippe aviaire, 64
- Zambie**
 - le personnel infirmier et la sensibilisation au VIH, 60

La version originale en langue anglaise de ce document a été publiée par Amnesty International, Secrétariat International, 1 Easton Street, Londres WC1X 0DW, Royaume-Uni, sous le titre Caring for human rights : Challenges and opportunities for nurses and midwives (Index AI ACT 75/003/2006).

Seule la version anglaise fait foi. La version française a été traduite et diffusée aux sections francophones et au Secrétariat international par le service Régions et commissions de la Section française. (août 2006)