

© UNFPA novembre 2018

Les contenus de cette publication sont disponibles dans des formats accessibles.
Pour toute demande, merci de nous contacter à l'adresse suivante ou via notre
site web (lien ci-dessous).

Adresse postale :
United Nations Population Fund
Gender, Human Rights, and Culture Branch/Technical Division
605 Third Avenue
New York, NY 10158, États-Unis

Pour une demande en ligne : <https://www.unfpa.org/fr/contact>

FEMMES ET JEUNES EN SITUATION DE HANDICAP :

Guide relatif à la fourniture de services fondés sur les droits et sensibles au genre en matière de violence fondée sur le genre et de santé et droits sexuels et reproductifs



REMERCIEMENTS

Les travaux sur le présent guide ont été lancés, coordonnés et élaborés par Luis Mora (Service des droits humains, du genre et de la culture, Fonds des Nations Unies pour la population, UNFPA), Leyla Sharafi (Service des droits humains, du genre et de la culture, UNFPA), Stephanie Ortoleva (Women Enabled International, WEI), Suzannah Phillips (WEI), et Anastasia Holoboff Radford (WEI).

Le document final a été rédigé par Anastasia Holoboff Radford (WEI, auteure principale), Suzannah Phillips (WEI, auteure), et Stephanie Ortoleva (WEI, auteure), avec le soutien marqué et la contribution de Leyla Sharafi (Service des droits humains, du genre et de la culture, UNFPA).

Nous remercions les personnes suivantes pour avoir contribué à l'élaboration des présentes directives au sein de l'UNDESA, de l'UNFPA, de l'UNICEF, du PDPH/PNUD et de l'OMS.

UNDESA

Akiko Ito

UNFPA

Nigina Abaszade
Enshrah Ahmed
Laila Acharai
Marcia Elena Alvarez
Erin Anastasi
Paula Antezana
Bridget Asiamah
Pascale Barate
Neus Bernabeu
Satvika Chalasani
Amelia Coleman
Henia Dakkak
Upala Devi
Emilie Filmer-Wilson
Ingrid Fitzgerald

Won Young Hong
Anneka Ternald Knutsson
Benoit Kalasa
Mohammed Lardi
Agueda Nhantumbo
Idrissa Ouedraogo
Martha Lucia Rubia
Seynabou Tall
Akiko Sakauwe
Anja Sletten
Lola Valladares
Nadia Vaz
Juan Mere
Mario Vergara
Jorge Parra Vergara
Valentina Volpe
Abdel-Ilah Yaakoubd
Jihad Zahir
Ilya Zhukov

PPDPH/PNUD

Natalia Mattioli
Sreerupa Mitra
Emanuele Sapienza

UNICEF

Rosangela Berman Bieler
Anna Burlyaeva
Gopal Mitra
Megan Tucker

OMS

Maria Alarcos Cieza
Rajat Khosla
Berit Sabine Kieselbach
Claudia Garcia-Moreno
Megin Reijnders
Lale Say

Nous remercions les experts suivants de nous avoir prêté leur temps et leur expertise tout au long de la rédaction du présent document et d'avoir participé à la *Réunion du groupe d'experts sur l'élaboration des normes de l'UNFPA/WEI et l'outil de mise en œuvre relatif à la santé et aux droits sexuels et reproductifs et à la violence fondée sur le genre pour les femmes et les jeunes en situation de handicap*, qui s'est tenue du 6 au 8 décembre 2016, et/ou aux quatre réunions en ligne du groupe de travail :

Ola Abu Alghaib (Leonard Cheshire Disability)
Ariadna Capasso (Management Sciences for Health)
Magda Chinaglia (Reprolatina)
Helene Combrinck (North-West University)
Margarita Diaz (Reprolatina)
Carolyn Frohmader (Women with Disabilities Australia)
Nora Ellen Groce (Leonard Cheshire Disability ; University College London)
Farida Gulamo (ADEMO - Organisation des personnes handicapées du Mozambique)
Emma Pearce (Commission des femmes pour les réfugiés)

Maria del Pilar Merizalde (National Disabilities Council)
Martha Murdock (Management Sciences for Health)
Doris Rajan (Institut de recherche et de développement sur l'intégration et la société)
Sarah Shannon (Hesperian Health Guides)
Amrani Soumia (Conseil national des droits de l'Homme du Maroc)
Teresa Tudor (Illinois Department of Human Services)
Ekaete Umoh (Family Centered Initiative for Challenged Persons)
Cathy Vaughan, University of Melbourne

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 1

Vue d'ensemble	1
1.1 Introduction au guide sur la fourniture de services fondés sur les droits et sensibles au genre en matière de violence fondée sur le genre et de santé et droits sexuels et reproductifs	1
1.2 Cadre international des droits humains pour la fourniture de services fondés sur les droits en matière de violence fondée sur le genre et de santé et droits sexuels et reproductifs	13

CHAPITRE 2

Lignes directrices fondamentales	23
2.1 Introduction	23
2.2 Lois et politiques	24
2.3 Programmes	28
2.4 Établissements	40

CHAPITRE 3

Services liés à la violence fondée sur le genre pour les femmes et les jeunes en situation de handicap	49
3.1 Contexte	49
3.2 Cadre de protection des droits humains en matière de violence fondée sur le genre	52
3.3 Services de prévention de la violence fondée sur le genre destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap	56
3.4 Services de santé destinés aux victimes/survivants de violence fondée sur le genre en situation de handicap	60
3.5 Services de justice et de police destinés aux victimes/survivants de violence fondée sur le genre en situation de handicap	64
3.6 Services sociaux et de protection destinés aux victimes/survivants de violence fondée sur le genre en situation de handicap	69
3.7 Services sociaux et de réadaptation destinés aux victimes/survivants de violence fondée sur le genre en situation de handicap	74
3.8 Services liés à la violence fondée sur le genre destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap vivant en institution	81
3.9 Accessibilité des services liés à la violence fondée sur le genre destinés aux adolescents et aux jeunes personnes en situation de handicap	86

CHAPITRE 4

Services liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs pour les femmes et les jeunes en situation de handicap	91
4.1 Contexte	91
4.2 Cadre des droits humains relatifs à la santé et aux droits sexuels et reproductifs	95
4.3 Information, biens et services relatifs à la contraception pour les femmes et les jeunes en situation de handicap	99
4.4 Services de santé maternelle et néonatale destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap	107
4.5 Services d'information et d'éducation complète à la sexualité destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap	115
4.6 Services d'information, de dépistage et de traitement pour les infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH/sida, destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap	124
4.7 Accès à d'autres informations et services en matière de santé pour les femmes et les jeunes en situation de handicap	130
4.8 Accès des adolescents et des jeunes personnes en situation de handicap aux informations et aux services en matière de santé	139

CHAPITRE 5

Glossaire et ressources	149
5.1 Glossaire	149
5.2 Ressources	154

Synthèse

Le tableau suivant livre une synthèse de la présente publication *Femmes et jeunes en situation de handicap : guide relatif à la fourniture de services fondés sur les droits et sensibles au genre en matière de violence fondée sur le genre et de santé et droits sexuels et reproductifs* :

LIGNES DIRECTRICES FONDAMENTALES	
<p>1. Création d'un cadre législatif et politique favorable.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Évaluation et suivi du cadre légal b. Activités de sensibilisation et de lobbying dans le domaine législatif c. Politiques et plans nationaux 	<p>2. Élaboration, mise en œuvre et suivi des programmes.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Engagement des femmes et des jeunes en situation de handicap b. Renforcement des capacités c. Mise en œuvre des programmes d. Services disponibles e. Détermination efficace des besoins et des orientations f. Services accessibles / aménagements g. Services acceptables h. Services de qualité i. Services fondés sur les droits j. Collecte et suivi des données
<p>3. Infrastructures accessibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identification des obstacles b. Accessibilité physique c. Accessibilité sensorielle d. Accessibilité de l'information et de la communication e. Accessibilité économique 	
Services liés à la violence fondée sur le genre	Services liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs
<ul style="list-style-type: none"> 1. Prévention de la violence fondée sur le genre 2. Services de santé destinés aux victimes/survivants de violence fondée sur le genre 3. Services de justice et de police 4. Services sociaux – services de protection 5. Services sociaux – services de réadaptation 6. Services liés à la violence fondée sur le genre destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap vivant en institution 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Information, biens et services liés à la contraception 2. Services de santé maternelle et néonatale 3. Éducation complète à la sexualité 4. Services d'information, de dépistage et de traitement pour les infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH 5. Accès à d'autres informations et services en matière de santé de la femme 6. Informations et services de santé adaptés aux adolescent(e)s et aux jeunes



Vue d'ensemble

1.1 Introduction au guide sur la fourniture de services fondés sur les droits et sensibles au genre en matière de violence fondée sur le genre et de santé et droits sexuels et reproductifs

1.1.1 Introduction

La présente publication, *Femmes et jeunes en situation de handicap : guide relatif à la fourniture de services fondés sur les droits et sensibles au genre en matière de violence fondée sur le genre et de santé et droits sexuels et reproductifs*, vise deux grands objectifs : i) fournir des lignes directrices pratiques et concrètes en vue de rendre les services liés à la violence fondée sur le genre et à la santé et aux droits sexuels et reproductifs plus inclusifs et plus accessibles pour les femmes et les jeunes en situation de handicap et, ii) cibler les interventions afin de répondre à leurs besoins spécifiques.



Des étudiantes sages-femmes en formation en Ouganda. © UNFPA/Evelyn Kiapi

Qui sont les personnes en situation de handicap ?

Employé par la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) des Nations Unies, le terme de « personnes handicapées » met en avant la personne. La CDPH définit le terme comme suit : « Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres »¹. Le présent guide utilise la terminologie de la CDPH. Cependant, certaines personnes préfèrent des termes davantage axés sur l'identité (p. ex. : une personne autiste). Quoiqu'il en soit, il convient de respecter la préférence des

personnes quant à la manière dont elles souhaitent être désignées.

Ce guide porte sur la prestation de services aux personnes présentant toutes formes d'incapacités physiques, intellectuelles, mentales, psychosociales, cognitives ou sensorielles. Il fait appel au modèle social du handicap axé sur les droits humains, qui « porte sur les obstacles importants causés par l'environnement (plutôt que par l'incapacité physique), y compris dans les contextes physiques, d'information et de communication, les attitudes et les préjugés de la société, les politiques et les pratiques gouvernementales, et les structures de santé, de bien-être et d'éducation et autres systèmes, qui sont souvent facteurs d'exclusion »².

Plus d'un milliard de personnes vivent actuellement avec une forme ou une autre de handicap dans le monde³. Selon le *Rapport mondial sur le handicap* de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de la Banque mondiale, le taux mondial de prévalence du handicap parmi les femmes est de 19,2 %⁴. Entre 180 millions et 220 millions de jeunes sont en situation de handicap dans le monde, principalement dans des pays en développement⁵.

Aujourd'hui, environ 10 millions de personnes en situation de handicap sont victimes de déplacement forcé dans le monde. En cause : les persécutions, les conflits, la violence, ou encore les violations des droits humains⁶. Si l'on tient compte du faible niveau de signalement et des déplacements dus aux catastrophes naturelles, ce chiffre est probablement bien plus élevé. Dans le cadre d'une enquête auprès de réfugiés syriens, HelpAge International et Handicap International ont trouvé que 22 % des personnes interrogées présentaient une incapacité⁷.

Les situations d'urgence entraînent souvent l'apparition d'un nouveau groupe de femmes et de jeunes en situation de handicap qui ont besoin de services, ce qui fait peser une demande encore plus grande sur des services déjà limités.

Discrimination fondée sur le handicap ou le genre

La discrimination fondée sur le handicap peut prendre de nombreuses formes. Elle se définit comme « toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le handicap qui a pour objet ou pour effet de compromettre ou réduire à néant la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'Homme et de toutes les libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel, civil ou autres. La discrimination fondée sur le handicap comprend toutes les formes de discrimination, y compris le refus d'aménagement raisonnable »⁸. Du reste, les personnes en situation

de handicap peuvent être victimes d'autres formes de discriminations en raison d'un ou de plusieurs facteurs qui se recoupent, notamment le genre, l'âge, le statut économique, l'appartenance ethnique, l'orientation sexuelle, la race et la nationalité.

Les services essentiels destinés aux victimes et survivant(e)s de violence fondée sur le genre comprennent un large éventail de prestations, et notamment : des services de santé (soutien de première ligne, examen et soins suite à une agression sexuelle, évaluation de la santé mentale et soins appropriés...), des services de justice et de police (évaluation et enquête, responsabilisation de l'auteur du crime et réparations, sécurité et protection, coordination du secteur judiciaire), des services sociaux (soutien psychologique en cas de crise, lignes d'assistance, information sur les droits, conseils et représentation juridiques, soutien et prise en charge psychosociale), et enfin des services de coordination aux niveaux national et local⁹. Malheureusement, les femmes et les jeunes en situation de handicap sont souvent privés de ces services essentiels¹⁰. De par leur conception et leur mise en œuvre, les efforts et les services de prévention de la violence fondée sur le genre sont souvent inaccessibles aux femmes et aux jeunes en situation de handicap¹¹. Quant aux prestataires de services, ils font régulièrement preuve d'un manque de connaissance, de sensibilité et d'expertise concernant l'accueil de ces femmes et de ces jeunes. Cette réalité gêne l'identification des individus ayant subi ou subissant des violences fondées sur le genre, l'organisation d'activités de sensibilisation, ou la prestation de services essentiels¹². Par ailleurs, devant leur exclusion de l'accès au système judiciaire, ces femmes et ces jeunes dont les droits sont violés n'ont souvent aucun moyen de recours. Une exclusion qui perpétue la violence puisqu'elle permet aux auteurs de ces actes de continuer en toute impunité¹³. Ce problème est aggravé par le manque de recherches et de données relatives à la violence à l'égard des femmes et des jeunes en situation de handicap, qui permettraient d'orienter l'élaboration

et la fourniture de services appropriés et réactifs de lutte contre la violence fondée sur le genre¹⁴. Ces obstacles empêchant les femmes et les jeunes en situation de handicap d'accéder aux services de lutte contre la violence fondée sur le genre et de les utiliser sont reflétés — et souvent exacerbés — dans les situations de crise humanitaire¹⁵.

Les services fondamentaux liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs pour les femmes et les jeunes — en situation de handicap ou non — comprennent : une éducation complète à la sexualité ; des informations, des biens et des services pour l'ensemble des méthodes modernes de contraception, y compris la contraception d'urgence ; les soins de santé maternelle et néonatale (y compris les soins anténatals, l'assistance qualifiée pendant l'accouchement, les soins obstétriques d'urgence, les soins postnatals, et les soins aux nouveau-nés) ; la prévention, le diagnostic et le traitement des problèmes de santé sexuelle et reproductive (infertilité, cancers du sein et de l'appareil reproducteur, infections sexuellement transmissibles comme le VIH, la syphilis et le papillomavirus humain, etc.) ; l'avortement sécurisé et accessible, lorsqu'il n'est pas interdit par la loi ; et enfin les soins après avortement pour traiter les complications découlant d'un avortement pratiqué dans des conditions dangereuses¹⁶.

L'UNFPA donne la priorité à la planification familiale volontaire pour prévenir les grossesses non désirées et promouvoir le choix en matière de reproduction. Conformément aux engagements pris par les États membres dans le cadre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994¹⁷, l'avortement devrait être pratiqué dans des conditions sûres partout où il est autorisé, et des soins après avortement devraient être disponibles dans tous les pays du monde, indépendamment du statut légal de la pratique. Entre 8 à 18 % de tous les décès maternels sont dus à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses¹⁸. Toutes les femmes, où qu'elles

soient, devraient disposer des connaissances et des services nécessaires pour éviter les grossesses non désirées, l'une des principales causes d'avortement. Concrètement, cela passe par une amélioration des connaissances et de l'accès en matière d'information, de biens et de services de qualité liés à la contraception volontaire. Dans ce document, les références à l'avortement et aux soins post-avortement sont toujours à interpréter dans ce contexte.

Les femmes et les jeunes en situation de handicap sont régulièrement privés d'accès aux services liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. Ici, une pluralité de facteurs se recoupent, comme les stéréotypes sur l'asexualité ou l'hypersexualité pré-tendues des personnes en situation de handicap, la discrimination portant sur leurs relations amoureuses, une formation insuffisante concernant l'accueil et la prise en charge de ces personnes, l'inaccessibilité des bâtiments, les mariages forcés, la stigmatisation, la pauvreté, ou encore l'isolement au sein d'une institution ou d'un foyer¹⁹. Pour les femmes et les jeunes en situation de handicap, cette exclusion ne fait qu'aggraver leur vulnérabilité aux abus sexuels, aux infections sexuellement transmissibles, aux maladies non diagnostiquées et non traitées (cancer, paludisme, anémie, maladies non transmissibles...) et aux grossesses non désirées²⁰. Outre leur exclusion des services de santé essentiels, les femmes et les jeunes en situation de handicap peuvent subir des pratiques de soins et des procédures médicales coercitives, telles que la stérilisation, l'avortement et la contraception forcés²¹. Les femmes et les jeunes en situation de handicap rencontrent des obstacles similaires dans les contextes de crise humanitaire, en particulier concernant l'absence d'aménagements raisonnables pour répondre aux besoins de santé liés au handicap²².

Le présent guide vise à remédier à ces problèmes en fournissant des orientations concrètes aux personnes chargées d'élaborer et mettre en œuvre des services, des politiques et des programmes relatifs à la violence fondée sur le genre et à la santé et aux

droits sexuels et reproductifs, et ce, afin d'assurer le respect des droits fondamentaux des femmes et des jeunes en situation de handicap.

1.1.2 Objectif et champ d'application

Objectif

Ce guide se propose de fournir des orientations pratiques autour des services relatifs à la violence fondée sur le genre et à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. L'objectif : garantir que ces services respectent pleinement les droits des femmes et des jeunes en situation de handicap. Ce guide s'adresse donc en premier lieu aux prestataires de services et personnels d'appui. Plus largement, il a vocation à être utilisé par tous les acteurs — notamment les gouvernements, les organisations internationales et les organisations non gouvernementales — impliqués dans la conception, l'élaboration, la mise en œuvre ou la défense de services destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap.

Le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) est un organisme des Nations Unies dont la mission est de réaliser un monde où chaque grossesse est désirée, chaque accouchement est sans danger et le potentiel de chaque jeune est accompli. Dans le cadre de cette mission, le travail de l'UNFPA sur le handicap est axé sur l'autonomisation des femmes, des adolescents et des jeunes personnes. Le principe, leur permettre de faire leurs propres choix de vie, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive. Les présentes directives ont été élaborées dans le cadre du programme pluriannuel de l'UNFPA baptisé *WE DECIDE: Young Persons with Disabilities: Equal Rights and a Life Free of Violence (NOUS DÉCIDONS. Jeunes en situation de handicap : un programme pour l'égalité des droits et une vie sans violence)*. Ce programme, qui défend les droits fondamentaux et l'inclusion sociale des femmes, des adolescents et des jeunes personnes en situation de handicap, se concentre sur deux grands axes : d'une part l'accès à des services de prévention et de lutte contre la violence fondée

sur le genre, d'autre part l'accès à des services, des informations et une éducation en matière de santé et droits sexuels et reproductifs.

Women Enabled International (WEI) œuvre à la croisée des droits des femmes et des droits des personnes en situation de handicap. L'organisation entend ainsi faire avancer les droits des femmes et des filles en situation de handicap partout dans le monde. À travers des actions de plaidoyer et d'éducation, WEI attire l'attention des pays et renforce les normes internationales sur un éventail de questions liées aux droits humains, notamment la violence fondée sur le genre, la santé et les droits sexuels et reproductifs, l'accès à la justice, l'éducation, la capacité juridique, et les situations de crise humanitaire. Œuvrant en collaboration avec des organisations des droits des femmes du monde entier, y compris des droits des femmes en situation de handicap, WEI favorise la coopération entre les mouvements pour améliorer la compréhension de ces problématiques et élaborer des stratégies de plaidoyer transversales, et ce, afin de concrétiser les droits de toutes les femmes et de toutes les filles.

Fondé sur les normes internationales en matière de droits humains, ce guide est le fruit d'une consultation approfondie avec des experts internationaux dans les domaines des droits des personnes en situation de handicap, des droits des femmes et des filles, des services liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, et des services de lutte contre la violence fondée sur le genre. Dans un premier temps, un groupe d'experts internationaux se sont réunis en personne pour débattre de la portée et du fond de ce document. Après quoi quatre réunions en ligne ont été organisées avec un groupe plus large de spécialistes issus de plus de quatorze pays. Ces réunions portaient sur des problématiques transversales liées à la fourniture de services de lutte contre la violence fondée sur le genre, et à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. Les experts ont ensuite révisé et formulé des commentaires sur les versions provisoires de ce guide. Dans le cadre de cette démarche, il a leur a aussi été demandé de partager ces versions provisoires pour recueillir les impressions des femmes et des jeunes en situation de handicap dans leur communauté. Ces impressions ont été prises en compte pour l'élaboration de la version finale.



Un adolescent jouant au football à Port-au-Prince, en Haïti. © UN Photo/Logan Abassi

Lignes directrices fondamentales relatives à la violence fondée sur le genre et à la santé et aux droits sexuels et reproductifs

Le présent document s'appuie sur des lignes directrices complètes élaborées par l'UNFPA et d'autres organismes des Nations Unies autour de la violence fondée sur le genre et de la santé et des droits sexuels et reproductifs. Deux ressources fondamentales des Nations Unies ont servi à son élaboration :

1. UNFPA, ONU Femmes, OMS, PNUD et ONUDC, Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence, 2016²³.

Cette publication du Programme conjoint mondial des Nations Unies énumère les services essentiels destinés aux femmes et aux filles, en situation de handicap ou non, qui ont été victimes de violence. Ce paquet porte sur les services de quatre secteurs clés : la santé, la police et la justice, les services sociaux, et la coordination et la gouvernance. Plus particulièrement, cette publication met en avant des principes essentiels pour assurer la qualité des services liés à la violence fondée sur le genre. Ces principes sont les suivants :

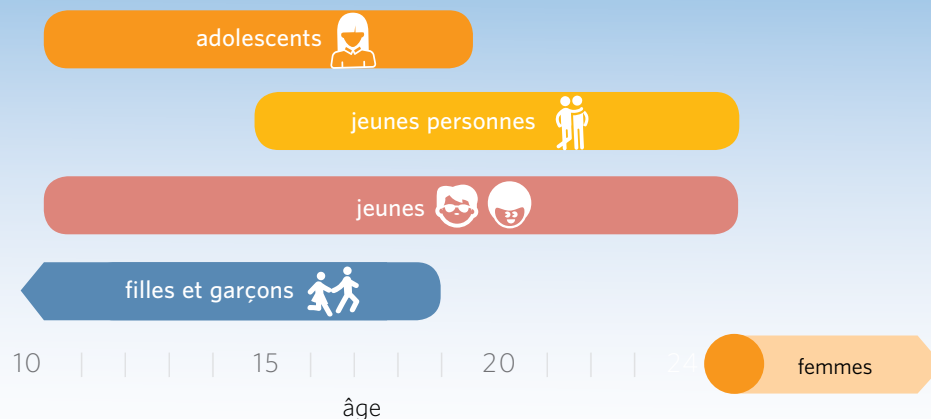
- Adopter une approche fondée sur les droits
- Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
- Opter pour une démarche sensible et appropriée à la culture et à l'âge (tenant compte des caractéristiques personnelles telles que le handicap)
- Placer les victimes/survivantes au centre de la démarche
- Assurer leur sécurité en toutes circonstances
- Amener les auteurs à répondre de leurs actes²⁴

2. OMS et UNFPA, Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities, 2009²⁵.

Cette note d'orientation de l'OMS et de l'UNFPA fournit des orientations importantes à l'intention des experts et des défenseurs de la santé et des droits sexuels et reproductifs, ainsi qu'aux prestataires de services issus de domaines variés, notamment : la planification familiale, la santé maternelle et néonatale, les infections sexuellement transmissibles (IST), notamment le VIH et le sida, et les services destinés aux adolescents. La note d'orientation fixe un cadre en vue de l'inclusion pleine et entière des personnes en situation de handicap dans les services de santé sexuelle et reproductive. Elle vise en particulier à :

- Établir des partenariats avec des organisations de personnes en situation de handicap dès le début de l'élaboration du programme de service, et à faire intervenir ces personnes dans la formation des prestataires de services ;
- Accroître l'accessibilité des organisations prestataires et les sensibiliser aux besoins des personnes en situation de handicap. Cela passe par un renforcement des capacités en intégrant des modules sur le handicap au sein des formations existantes et en créant des partenariats avec d'autres parties prenantes ;
- Faire en sorte que tous les programmes de santé sexuelle et reproductive soient accessibles aux personnes en situation de handicap et les desservent²⁶.

Définition des termes



Remarque : techniquement, le terme « femmes » s'applique dès l'âge de 18 ans.

Source : UNFPA, *Girlhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy*, p. 6 (2015)

Champ d'application

Les recommandations de ce guide couvrent tous les contextes de prestation de services, y compris les contextes à ressources faibles, moyennes et élevées et les situations de crise humanitaire. Les encadrés *Crises humanitaires* proposent des considérations ou orientations essentielles à la prestation de services en situation d'urgence humanitaire. Dans les sections *Lignes directrices fondamentales* et *Cadre international en matière des droits humains*, les prestataires de services et personnels d'appui travaillant dans des contextes à faible ressources trouveront des recommandations pour hiérarchiser leur programmation. Du reste, les orientations spécifiques aux contextes de crise humanitaire leur fourniront des conseils importants pour déployer des services là où les ressources sont limitées.

Le présent guide porte sur les services destinés aux femmes en situation de handicap âgées de 24 ans et plus, et aux jeunes femmes et jeunes hommes en situation de handicap, âgés de 10 à 24 ans.

Lorsque ce guide mentionne des services destinés aux « femmes », ce terme inclut les femmes de tous âges présentant un handicap, y compris les jeunes femmes et les femmes plus âgées, et toutes les personnes qui se définissent comme étant des femmes. Ce guide s'applique également aux personnes présentant des caractéristiques typiques du sexe féminin mais qui ne se définissent pas comme des femmes.

Bien que le présent guide soit axé sur les femmes et les jeunes, il convient de noter que les hommes en situation de handicap sont aussi exposés à un risque plus élevé de violence fondée sur le genre et de violations de leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive²⁷. La violation de leurs droits et le manque de ressources pour les services qui leur sont destinés constituent de graves problèmes. Compte tenu de l'expertise et de la mission de l'UNFPA et de WEI, les présentes directives se limitent à la fourniture de services destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap. Néanmoins, les prestataires de services et le personnel d'appui qui desservent les hommes de plus de 24 ans en situation de handicap devraient envisager d'adapter ce guide à leurs propres besoins²⁸.

GROS PLAN

La violence fondée sur le genre et les violations des droits en matière de santé sexuelle et reproductive à l'encontre des garçons et des hommes en situation de handicap

Violence fondée sur le genre : Les garçons et les hommes en situation de handicap sont exposés à un risque plus élevé de violence, en particulier de violence sexuelle²⁹. Ainsi, dans le cadre d'une étude à petite échelle portant sur des adultes sourds aux États-Unis, près de 45 % des hommes ont signalé avoir déjà subi au moins une forme d'agression sexuelle ou de contact sexuel non désiré³⁰. Bien souvent, les raisons expliquant la vulnérabilité des garçons et des hommes en situation de handicap sont les mêmes que pour les femmes. Ces derniers sont toutefois confrontés à une forme supplémentaire de violence fondée sur le genre, car ils sont perçus comme étant incapables de remplir les rôles attendus des hommes dans la société³¹. De plus, en raison d'idées fausses selon lesquelles les garçons et les hommes ne subissent pas de violence fondée sur le genre, ces derniers sont rarement identifiés comme nécessitant des services en la matière³².

Santé et droits sexuels et reproductifs :

Souvent, les garçons et les hommes — en situation de handicap ou non — ne reçoivent aucune éducation liée à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. Résultat : ils doivent glaner ces informations auprès d'autres garçons et hommes à travers des commentaires, des plaisanteries et la socialisation³³. Par rapport à leurs pairs, les garçons et les hommes en situation de handicap sont confrontés à un plus grand isolement et à des difficultés de communication, ce qui constitue un obstacle supplémentaire pour accéder à des informations essentielles sur leur santé et leurs droits sexuels et reproductifs. Pour ne rien arranger, ces garçons et ces hommes subissent les mêmes formes d'exclusion que les filles et les femmes en situation de handicap concernant les services liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs³⁴.

On observe aujourd'hui un besoin urgent de données, de recherches et d'approches programmatiques pour déterminer la portée de ce problème et y faire face. Devant ce constat, l'UNFPA et WEI encouragent fortement les recherches sur la violence fondée sur le genre, les services liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, et les violations dont sont victimes les garçons et les hommes en situation de handicap.

1.1.3 Mode d'emploi du présent guide

Cette publication est destinée à l'ensemble des prestataires et personnels d'appui fournissant des services liés à la violence fondée sur le genre et à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. Dans ce guide, « prestataire de services » désigne toute personne fournissant directement des services à une personne, dans un contexte formel ou informel (personnel infirmier, sages-femmes, médecins, travailleurs sociaux). Quant au « personnel d'appui », ce terme désigne le personnel administratif, le personnel de sécurité, les bénévoles et tout autre acteur susceptible d'entrer en contact avec les personnes bénéficiant ou souhaitant bénéficier de ces services. En particulier, ce guide cible les prestataires de services et personnels d'appui susceptibles d'interagir avec des femmes ou des jeunes en situation de handicap et victimes de violence fondée sur le genre (aujourd'hui ou par le passé), ou qui nécessitent des services liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. Ainsi, cette publication pourrait s'avérer utile aux prestataires de services et personnels d'appui suivants : médecins, personnel infirmier, sages-femmes, travailleurs sociaux, personnel d'accueil, personnel de sécurité, aides-soignants, agents de santé communautaires, procureurs, juges, membres des forces de l'ordre, personnel des centres de vie indépendante, personnel des centres de prise en charge des victimes de viol, personnel des centres d'hébergement pour les victimes de violence domestique, ou encore dirigeants de groupes communautaires. De même, ce guide tiendra lieu de boussole aux personnes cherchant à défendre leurs propres intérêts, notamment pour savoir ce qu'elles peuvent attendre de leurs prestataires de services et du personnel d'appui.

Comme les lecteurs le remarqueront, certains passages de ce guide sont écrits dans une langue technique. Ces passages pourraient être inaccessibles à certaines personnes en situation de handicap nécessitant des formats simplifiés. Ici, l'UNFPA et WEI encouragent fortement les prestataires de

services et le personnel d'appui à concevoir des guides locaux accessibles et pertinents pour les diffuser auprès de leur communauté. À cette fin, ils pourront s'inspirer de cette publication et travailler avec des personnes défendant leurs propres intérêts.

Cette publication se divise en cinq chapitres, un chapitre initial de présentation et quatre chapitres additionnels. Notez que le chapitre 2 contient des informations essentielles. Elles forment le socle des lignes directrices thématiques présentées aux chapitres 3 et 4. Il convient donc de commencer par le chapitre 2.

- Le chapitre 2 énumère les **lignes directrices fondamentales** qui doivent orienter l'élaboration et la fourniture de services destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap dans tous les domaines de la prestation de services. Les lignes directrices fondamentales portent sur tout le cycle de la prestation de services, de la création d'un cadre législatif favorable à l'examen des considérations au niveau des établissements et de la fourniture directe de services, en passant par la conception et la mise en œuvre des programmes.
- Le chapitre 3 contient des **lignes directrices sur la fourniture de services liés à la violence fondée sur le genre pour les femmes et les jeunes en situation de handicap**. Dans une première partie, ce chapitre traite des principaux problèmes en matière de violence fondée sur le genre pour ces personnes. Après quoi il vous présente le cadre international des droits humains qui sous-tend les lignes directrices susmentionnées. Enfin, une série de sous-chapitres couvrent chaque domaine lié à la prestation de ces services.
- Le chapitre 4 contient les **lignes directrices sur la fourniture de services liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs pour les femmes et les jeunes en situation de handicap**. Ce chapitre recense dans un premier temps leurs principaux problèmes liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. Comme pour le chapitre

Les lecteurs peuvent utiliser ce guide, ainsi que les ressources et les exemples qui y sont présentés, pour en savoir plus sur la façon d'adapter les services aux circonstances locales, en particulier à leur contexte et à leurs besoins spécifiques.

précédent, une section vous présente ensuite le cadre international des droits humains qui sous-tend les lignes directrices de ce chapitre. Enfin, une série de sous-chapitres couvrent chaque domaine lié à la prestation de ces services.

- Le chapitre 5 contient un **glossaire** des termes clés ainsi qu'une liste de **ressources** pour approfondir le sujet.

Chaque sous-chapitre vous présente un domaine de service selon la structure suivante :

- une brève **présentation** des questions liées au domaine de service concerné ;
- **des considérations clés** qui recensent les obstacles ou les problèmes communs affectant les femmes et des jeunes en situation de handicap dans ce domaine de service. Il convient de garder ces considérations à l'esprit lors de l'évaluation des services actuels ou proposés, mais aussi de la définition des mesures pour améliorer les prestations ;
- **des lignes directrices** qui sont des exemples de mesures pouvant être prises pour s'assurer que les femmes et les jeunes en situation de handicap disposent de services fondés sur les droits, accessibles, acceptables et d'une qualité satisfaisante (sans oublier qu'à terme, les mesures prises dépendront du contexte spécifique de prestation des services). Ces lignes directrices spécifiques aux domaines de service s'appuient sur les **lignes directrices fondamentales du chapitre 2**. Ces dernières

forment un socle pour tous les domaines de service, aussi bien en ce qui concerne la violence fondée sur le genre que la santé et les droits sexuels et reproductifs ;

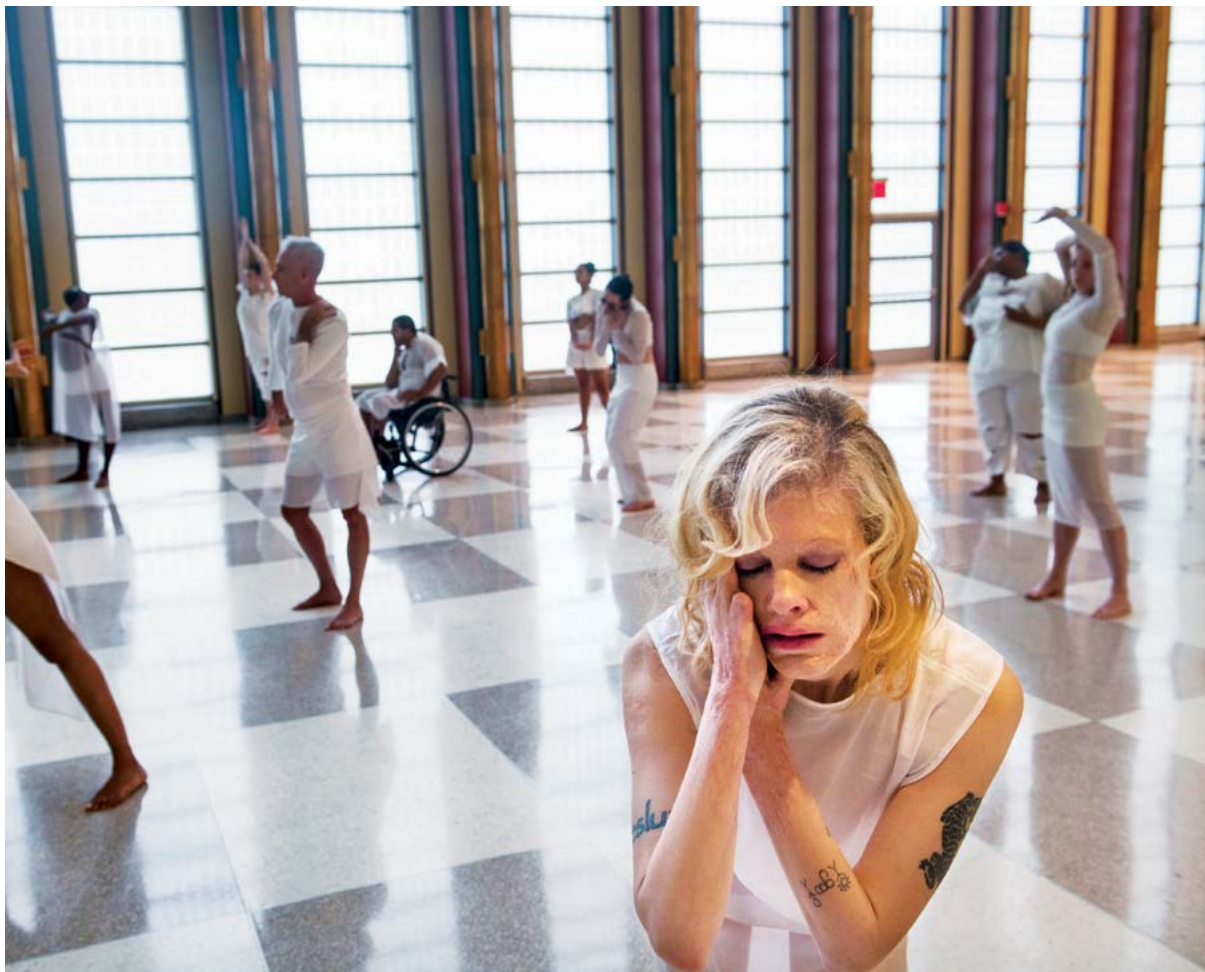
- des **indicateurs** illustratifs démontrant le niveau de spécificité, les sujets et la forme que les indicateurs doivent prendre en vue d'un suivi et d'une évaluation efficaces des progrès accomplis vers la fourniture de services fondés sur les droits. Les indicateurs sont essentiels pour suivre et évaluer la qualité de la prestation de services. Chaque résultat escompté doit correspondre à un indicateur mesurable, spécifique, précis, fiable, opportun et important pour le programme³⁵. Des indicateurs qualitatifs et quantitatifs peuvent servir de repères pour évaluer les services intégrés, l'état de santé, les connaissances, l'accessibilité, la sécurité et l'affectation des ressources.

Les informations figurant dans ce guide constituent autant un **point de départ** qu'un socle de référence. Notez que les domaines de service abordés dans les sous-sections ne fournissent pas une liste exhaustive des services dont ont besoin les femmes et les jeunes en situation de handicap. Chaque sous-section est à étudier en interaction avec les autres sections. Les lecteurs peuvent utiliser ce guide, ainsi que les ressources et les exemples mis en avant tout au long du document, pour en savoir plus sur la façon d'adapter les services aux circonstances locales, en particulier à leur contexte et leurs besoins spécifiques.

Utilisation du cadre DAAQ

Les lecteurs qui connaissent le cadre juridique de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction remarqueront l'utilisation du cadre DAAQ dans la formulation des lignes directrices de ce guide. Le cadre DAAQ — l'obligation de s'assurer que les informations, les biens et les services liés à la santé sont **disponibles, accessibles, acceptables et d'une qualité**

satisfaisante — est essentiel pour garantir le droit à la santé³⁶. Cependant, dans le chapitre relatif à la violence fondée sur le genre, l'utilisation de ces catégories ne représente pas une application du cadre DAAQ en tant qu'obligation légale. Plutôt, les quatre catégories sont utilisées comme un outil pratique pour organiser les lignes directrices relatives à la prestation de services.



À l'occasion de la Journée internationale des personnes handicapées (3 décembre), la compagnie de danse moderne new-yorkaise Heidi Latsky Dance donne une représentation à l'accueil du siège de l'ONU : une trentaine de danseurs forment une galerie vivante. © UN Photo/Amanda Voisard

GROS PLAN

Évaluer la capacité actuelle à desservir les femmes et les jeunes en situation de handicap

Il est essentiel de réaliser une évaluation de la programmation actuelle ou proposée afin de s'assurer que les services sont accessibles aux femmes et aux jeunes en situation de handicap et qu'ils répondent à leurs besoins spécifiques. Il est primordial de prendre en compte les contributions des jeunes et des femmes présentant toute une gamme de handicaps à chaque étape de l'évaluation, et de s'assurer que les informations et les supports liés à l'évaluation sont disponibles dans des formats alternatifs. Les étapes suivantes de réalisation de l'évaluation sont tirées et adaptées du document d'orientation « Working with the Justice Sector to End Violence against Women and Girls » de The Advocates for Human Rights et l'ONU-Femmes³⁷ :

Étape 1 : Évaluer la capacité actuelle à desservir les femmes et les jeunes en situation de handicap. Avant de commencer l'évaluation, veiller à ce que l'équipe de programme ait reçu une formation sur les modalités de réalisation et de participation de l'évaluation.

Étape 2 : Définir des objectifs spécifiquement adaptés, gérables et mesurables, et les hiérarchiser en fonction de l'importance et des avantages pour les femmes et les jeunes en situation de handicap.

Étape 3 : Élaborer un plan de participation déterminant le niveau et les moyens de participation des parties prenantes clés (en particulier des femmes et des jeunes en situation de handicap), les obstacles et les incitations à la participation, et enfin les stratégies visant à renforcer et appuyer la participation.

Étape 4 : Évaluer les divers partenariats nécessaires afin de construire un réseau efficace de prestataires de services et d'autres acteurs clés, et élaborer un plan en vue de rendre ce réseau fonctionnel.

Étape 5 : Définir des stratégies en vue d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer des modifications de programme afin d'améliorer les services au moyen d'analyses des parties prenantes ou d'analyses SWOT (points forts, points faibles, possibilités et risques).

Étape 6 : Élaborer un plan de suivi et d'évaluation des progrès pour s'adapter aux besoins et aux priorités des femmes et des jeunes en situation de handicap, qui évoluent au fil du temps.

Étape 7 : Élaborer un plan de travail et un budget prenant en considération le coût des aménagements pour divers handicaps et le coût d'une formation pour les prestataires de services et le personnel d'appui, en distinguant les coûts ponctuels et les coûts récurrents.

1.2 Cadre international des droits humains

Les droits des femmes et des jeunes en situation de handicap sont des droits fondamentaux protégés par de nombreux traités internationaux, notamment le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, et la Convention relative aux droits de l'enfant. Chacun de ces traités internationaux impose des obligations légales spécifiques aux États qui l'ont ratifié.

Pour les États ayant ratifié l'un ou plusieurs de ces traités, soit la majorité d'entre eux, l'État et ses représentants sont tenus par des obligations légales spécifiques de **respecter**, de **protéger** et de **réaliser** les droits protégés par les traités³⁸.

L'obligation de **respecter** impose à l'État de ne pas s'ingérer, directement ou indirectement, dans l'exercice du droit en question.

- Exemple dans le domaine de la violence fondée sur le genre : Le gouvernement doit prendre des mesures pour s'assurer qu'aucun acteur étatique — ce qui inclut les médecins — ne commette d'acte de violence fondée sur le genre à l'encontre de femmes et de jeunes en situation de handicap. Par exemple, l'État serait tenu d'ériger en infraction les actes de stérilisation pratiqués sans le consentement éclairé de ces femmes et de ces jeunes³⁹.
- Exemple dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs : Le gouvernement doit supprimer toute obligation d'obtenir l'accord d'un tiers pour bénéficier des services liés à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction. Dans le cas d'une jeune femme

en situation de handicap souhaitant obtenir des contraceptifs, le fait de permettre aux parents ou aux tuteurs de s'opposer à sa décision constituerait une violation de l'obligation de respecter le droit des femmes et des jeunes en situation de handicap à accéder aux contraceptifs⁴⁰.

L'obligation de **protéger** impose aux États de prendre des mesures pour empêcher les acteurs non étatiques — c'est-à-dire les citoyens ordinaires – de s'ingérer dans l'exercice du droit en question. L'obligation de protéger englobe le devoir de diligence raisonnable pour prévenir les violations des droits, notamment en menant des enquêtes, en poursuivant et en punissant les acteurs non étatiques qui commettent de telles violations, et en fournissant des moyens de réparation aux victimes.

- Exemple dans le domaine de la violence fondée sur le genre : Une femme souffrant d'une incapacité visuelle fait prononcer une ordonnance de protection à l'encontre de son mari qui la bat. Les services de police locaux n'appliquent pas cette ordonnance. L'État est tenu de prendre toutes les mesures appropriées pour s'assurer que la police applique l'ordonnance⁴¹.
- Exemple dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs : Une jeune femme qui présente le syndrome de Down se rend dans une pharmacie avec une ordonnance pour des pilules contraceptives. Le pharmacien refuse de les lui donner car il s'oppose au fait que les personnes en situation de handicap aient des relations sexuelles. L'État doit prendre des mesures pour empêcher le pharmacien de porter atteinte au droit de cette femme d'accéder à la contraception⁴².

L'obligation de **réaliser** impose aux États d'adopter les mesures – législatives, administratives, budgétaires et judiciaires – nécessaires pour garantir la pleine réalisation des droits concernés. En outre,

les États doivent prendre des mesures concrètes pour supprimer les obstacles pratiques et sociaux qui entravent la réalisation des droits fondamentaux⁴³.

- Exemple dans le domaine de la violence fondée sur le genre : L'État doit prévoir des ressources suffisantes pour garantir l'accès des victimes/survivant(e)s de violence sexuelle à un accompagnement et une gamme complète de services, notamment en créant les accompagnements et les services accessibles nécessaires pour s'orienter dans le système de justice. L'État doit également garantir l'accès des survivant(e)s de violence sexuelle — dans la loi comme dans les faits — aux soins essentiels de santé physique et mentale, notamment l'accès à des services de traitement post-exposition pour les infections sexuellement transmissibles⁴⁴.
- Exemple dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs : Le ministère de l'Éducation diffuse des politiques et des directives concernant la fourniture d'une éducation complète à la sexualité dans les écoles, en plus de coordonner l'élaboration des supports de cours connexes. L'État doit prendre des mesures pour garantir l'inclusion des femmes et des jeunes en situation de handicap dans les supports de cours, notamment en y intégrant des images de personnes en situation de handicap, en s'assurant qu'ils contiennent des informations relatives à la santé et aux droits de ces personnes en matière de sexualité et de reproduction, et en les rendant accessibles⁴⁵.

Les gouvernements doivent veiller à ce que les lois, les politiques et les programmes qui ont une incidence sur les droits des femmes et des jeunes en situation de handicap à être protégés de la violence fondée sur le genre et à avoir accès à la santé sexuelle et reproductive soient tous conformes aux obligations légales découlant des droits humains internationaux. Cette obligation s'applique également aux prestataires de services

et au personnel d'appui de manière directe, par le biais d'une affiliation avec le gouvernement ou d'un financement public, et indirecte, par le biais de la supervision gouvernementale.

Pour de plus amples détails sur les cadres internationaux des droits humains qui régissent les services liés à la violence fondée sur le genre et à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, référez-vous aux sections 3.2 et 4.2 respectivement.

Approche à deux volets

L'obligation de réaliser oblige également les États à adopter ce que l'on appelle « l'approche à deux volets » afin de réaliser leur « devoir permanent et évolutif d'adopter et d'appliquer les mesures nécessaires pour garantir l'épanouissement, la promotion et l'autonomisation des femmes [et des jeunes] handicap[é]s »⁴⁶. Le Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies, qui surveille le respect de la CDPH, a expliqué que l'approche à deux volets était « indispensable pour réduire les inégalités en matière de participation et d'exercice des droits »⁴⁷. L'approche à deux volets implique à la fois la prise en compte systématique des intérêts des femmes et des jeunes en situation de handicap « dans toutes les stratégies et politiques et tous les plans d'action nationaux relatifs aux femmes, à l'enfance et au handicap » et « une action ciblée et encadrée portant spécifiquement sur les femmes [et les jeunes] handicap[é]s »⁴⁸. Les équipements adaptés, les programmes d'éducation spécialisée et la réadaptation communautaire sont des exemples de services spécifiques au handicap⁴⁹.

Si possible, il est recommandé de toujours adopter l'approche à deux volets en matière de fourniture de services. Le fait de n'employer qu'une seule approche ne fournira pas aux femmes et aux jeunes en situation de handicap la gamme de services, l'implication et l'intégration nécessaires pour réaliser leurs droits.⁵⁰ Les prestataires de services ne doivent pas être responsables de la mise à

disposition des deux types de services, mais ils doivent comprendre les points d'orientation clés et être capables de fournir des orientations efficaces⁵¹.

L'approche à deux volets est un concept recommandé et largement utilisé dans les contextes de crise humanitaire. Des orientations utiles sur le recours à l'approche à deux volets sont disponibles dans le guide de CBM *Inclusion Made Easy*⁵², et dans les notes d'orientation du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés *Travailler avec les personnes handicapées dans les situations de déplacement forcé*⁵³.

CBM fournit l'exemple suivant pour illustrer la manière dont l'organisation utilise l'approche à deux volets : « Shathi est une petite fille de 9 ans atteinte de paralysie cérébrale qui aime jouer avec ses amis et utilise un fauteuil roulant pour se déplacer. Elle vit au Bangladesh, en zone rurale. (...) L'agent de santé communautaire a rapidement détecté ses difficultés développementales et l'a orientée vers un service [de réadaptation communautaire]. Ce service a ensuite fourni des stratégies pour l'aider dans son développement, notamment le fauteuil roulant (initiative spécifique au handicap). Le service a également mis en place un groupe de soutien local pour les parents d'enfants en situation de handicap, dont la mère de Shathi est membre. Shathi elle-même leur a fait part de son expérience, ainsi qu'à ses camarades de classe (participation). Lorsque le moment est venu pour Shathi d'aller à l'école, le directeur savait qu'elle avait le droit, comme tout autre enfant, de recevoir une éducation de qualité (politique d'accessibilité et d'intégration). L'enseignante locale était très favorable, car elle avait reçu une formation sur l'enseignement axé sur l'enfant ; elle connaissait un centre de ressources qui pourrait lui fournir un appui si nécessaire (initiative spécifique au handicap). Lorsqu'elle sera grande, Shathi voudrait devenir enseignante et se marier »⁵⁴.

Lors de la lecture de ce guide, les prestataires de services et le personnel d'appui devraient garder

cette approche à l'esprit. Si votre communauté compte déjà des programmes relatifs à la violence fondée sur le genre et à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, ce guide vous aidera à déterminer comment améliorer les services généraux ou spécifiques au handicap pour répondre aux besoins des femmes et des jeunes en situation de handicap. Dans le cas contraire, ce guide vous donnera les clés indispensables pour élaborer de tels programmes. De manière générale, il conviendrait de donner la priorité à l'intégration des femmes et des jeunes en situation de handicap au sein des services généraux. Ces femmes et ces jeunes devraient aussi participer aux décisions de coordination entourant l'accès à ces services⁵⁵.

Reconnaissance égale devant la loi

Les droits fondamentaux reconnaissent le droit des personnes à la reconnaissance égale en tous lieux de leur personnalité juridique⁵⁶. L'article 12 de la CDPH dispose expressément que les États doivent réaliser ce droit pour les personnes en situation de handicap, et explique comment rendre ce droit pleinement effectif⁵⁷. Les États sont donc tenus de : **1)** réaffirmer que les femmes et les jeunes en situation de handicap « ont droit à la reconnaissance en tous lieux de leur personnalité juridique »⁵⁸ ; **2)** reconnaître que les femmes et les jeunes en situation de handicap ont le droit de « jouir de la capacité juridique dans tous les domaines, sur la base de l'égalité avec les autres »⁵⁹ ; **3)** « prendre des mesures appropriées pour donner aux [femmes et aux jeunes en situation de handicap] accès à l'accompagnement dont [ils] peuvent avoir besoin pour exercer leur capacité juridique »⁶⁰, comme des régimes de prise de décisions assistée ; **4)** « faire en sorte que les mesures relatives à l'exercice de la capacité juridique soient assorties de garanties appropriées et effectives pour prévenir les abus »⁶¹, tout en respectant les droits, la volonté et les préférences de la personne concernée, à l'exclusion de toute coercition et de tout conflit d'intérêts ; et **5)** garantir le droit qu'ont les femmes et les jeunes

en situation de handicap, au même titre que les autres, de posséder des biens et d'en disposer⁶².

Il est primordial de comprendre le droit des femmes et des jeunes en situation de handicap à la reconnaissance de leur personnalité juridique dans des conditions d'égalité, afin que les prestataires de services et le personnel d'appui puissent veiller à ne pas violer les droits de ces femmes et de ces jeunes.

Les prestataires de services et le personnel d'appui doivent comprendre la signification et les modalités d'application des concepts clés suivants :

- La **capacité juridique** désigne « la capacité d'être à la fois titulaire de droits et sujet de droit. La capacité juridique d'être titulaire de droits garantit à la personne que ses droits seront pleinement protégés par le système juridique. La capacité juridique d'être sujet de droit implique que la personne a le pouvoir d'effectuer des opérations juridiques et de créer des relations juridiques, de les modifier ou d'y mettre fin »⁶³. Des mécanismes de prise de décisions assistée peuvent être nécessaires afin de donner aux personnes en situation de handicap les moyens d'exercer leurs droits à la capacité juridique⁶⁴.

Remarque sur la capacité mentale : La capacité mentale et la capacité juridique sont deux choses différentes. Cependant, l'amalgame est souvent fait entre ces deux notions, et l'on part du principe qu'une personne atteinte d'une incapacité mentale ou intellectuelle est dépourvue de capacité juridique. Ce type de supposition est discriminatoire et constitue une violation de l'article 12 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées⁶⁵.

Remarque sur les jeunes en situation de handicap de moins de 18 ans : L'âge auquel une personne (en situation de handicap ou non) acquiert la

capacité juridique de prendre elle-même des décisions varie d'un pays à l'autre. Les prestataires de services et le personnel d'appui doivent connaître la législation en vigueur dans leur pays. Généralement, les enfants de moins de 15 ans ne disposent pas de cette capacité juridique. Si un enfant ou un adolescent est dépourvu de capacité juridique, son point de vue doit néanmoins être pris en compte, dans les limites dues à son âge et à son degré de compréhension⁶⁶. Dans le cadre des services liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies préconise « [d']introduire dans la loi la présomption selon laquelle les adolescents sont compétents pour demander et obtenir l'accès à des produits et à des services de santé sexuelle et procréative qui sont de nature préventive ou sont soumis à des contraintes de temps »⁶⁷. Il reviendrait alors aux prestataires de services ou autres représentants officiels de prouver l'absence de capacité à consentir lorsqu'ils souhaitent refuser aux adolescents l'accès à certains services liés à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction.

- Le **consentement éclairé**, selon les lignes directrices de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), ne se limite pas à l'obtention d'une signature aux fins d'une procédure. Il s'agit d'un processus de communication entre un prestataire de services et un bénéficiaire débouchant sur l'octroi, le retrait ou le refus par ce dernier d'une permission concernant une procédure, et ce en toute connaissance de cause. La FIGO définit le consentement éclairé comme suit : « un consentement librement obtenu, sans menace ni incitation illicite, après avoir correctement délivré au patient une information appropriée et compréhensible, d'une manière et avec une formulation comprises par le patient sur : a) la conduite du diagnostic ;



Une femme médecin examine le dossier d'un patient. © Daniel Tardif/Getty Images

b) le but, les méthodes, la durée probable et le bénéfice attendu du traitement proposé ; c) les traitements alternatifs, y compris ceux moins invasifs et d) les éventuels inconforts, douleurs, risques et effets secondaires des traitements proposés »⁶⁸. Le processus d'obtention du consentement éclairé peut être long, en particulier en cas de difficultés de communication, mais cela ne dispense en rien le prestataire de services de son obligation d'obtenir un consentement éclairé.

Par ailleurs, seul le bénéficiaire du service peut donner son consentement éclairé, quel que soit l'avis d'un éventuel membre de la famille ou représentant. Il incombe au prestataire de services de s'assurer que les droits de la femme ou du jeune en situation de handicap sont respectés en instaurant un processus de communication conduisant à l'octroi ou au refus du consentement éclairé. Le consentement peut également s'annuler à tout moment⁶⁹.

Le consentement éclairé en pratique

Que signifie obtenir un consentement libre et éclairé ?

Afin de garantir l'obtention systématique d'un consentement libre et éclairé, nous vous encourageons à élaborer des politiques internes et à former tous les prestataires de services et les membres du personnel d'appui aux notions de capacité juridique et de consentement éclairé. Les prestataires de services doivent comprendre comment obtenir un consentement éclairé et quand défendre les intérêts d'une personne dont on suppose qu'elle est dépourvue de la capacité à donner un tel consentement.

- Il ne faut jamais présumer de ce qu'une personne est incapable de donner un consentement libre et éclairé. Les prestataires de services et le personnel d'appui doivent comprendre qu'une incapacité intellectuelle ou une incapacité à communiquer verbalement ne signifient pas que la personne concernée est incapable de donner son consentement éclairé.

Utilisez des outils tels que ceux de la Commission des femmes pour les réfugiés et du Comité international de secours :

Outil 9 : *Conseils à l'attention des agents spécialisés dans les VBG : Processus de consentement éclairé mis en place avec les victimes adultes handicapées* — Outil 6 : *Aide à la communication avec les personnes handicapées*⁷⁰, pour apprendre aux prestataires de services et au personnel d'appui à communiquer avec des personnes présentant différents handicaps. Le manque de compétences et de ressources de communication accessibles ne suffit

pas à justifier le défaut d'obtention du consentement éclairé.

- Le processus de consentement libre et éclairé repose sur trois éléments clés (adapté de *Conseils à l'attention des agents spécialisés dans les VBG : processus de consentement éclairé mis en place avec les victimes adultes handicapées*, Commission des femmes pour les réfugiés et Comité international de secours)⁷¹ :
 - Fournir aux femmes et aux jeunes en situation de handicap toutes les informations possibles, y compris sur les avantages, les risques et les autres options possibles, dans le format qu'ils préfèrent et d'une manière qu'ils peuvent comprendre ; proposer et utiliser des outils de prise de décisions assistée si ces personnes le souhaitent.
 - Déterminer si ces femmes et ces jeunes peuvent comprendre ces informations et leurs propres décisions (également dénommé « capacité à consentir »).
 - S'assurer que les décisions de ces femmes et de ces jeunes sont volontaires et ne se font pas sous la contrainte d'un tiers (membres de la famille, aidants, voire prestataires de services...).
- Déterminer la capacité à consentir : Les prestataires de services et le personnel d'appui pourraient rencontrer des usagers des services qui, même avec l'accompagnement nécessaire, sont incapables de donner leur consentement éclairé. Pour déterminer cette incapacité, il faut aller jusqu'au bout du processus

d'acquisition du consentement éclairé. À cette fin, le prestataire de services doit consulter les normes éthiques et juridiques de son pays concernant l'obtention du consentement éclairé et la détermination de la capacité d'une personne. Attention, le prestataire de services ne doit pas partir du principe qu'une personne atteinte d'une incapacité intellectuelle ou incapable de communiquer est dépourvue de la capacité à donner son consentement éclairé.

Publiée par l'Université Vanderbilt, la boîte à outils *Health Care for Adults with Intellectual and Developmental Disabilities: Toolkit for Primary Care Providers*⁷² propose les étapes suivantes pour obtenir le consentement, y compris dans les situations où une personne est incapable de consentir : **1) Déterminer la capacité** : n'oubliez pas que la capacité n'est pas fixe — la capacité évaluée peut varier en fonction des outils de prise de décisions assistée ; impliquez les membres de la famille, les amis proches ou les aidants de la personne afin de mieux comprendre cette personne et son style de communication ; suivez toutes les procédures et les normes juridiques et éthiques applicables.⁷³

2) Documenter le consentement : n'oubliez pas que le consentement doit être donné volontairement, doit être lié au traitement ou au service proposé, doit être éclairé, et ne peut être obtenu par la tromperie, la coercition ou de fausses représentations.

3) Identifier la personne actuellement habilitée à prendre des décisions au nom de la personne handicapée : si les étapes précédentes mènent à la conclusion qu'une personne est dépourvue de la capacité à donner son consentement éclairé parce qu'elle ne peut comprendre et prendre

des décisions, cherchez à identifier la personne qui a été habilitée pour prendre des décisions en son nom. En général, ces décideurs de substitution sont choisis dans l'ordre de priorité suivant : conjoint(e) (sauf en cas de séparation légale), enfant adulte, parent ou beau-parent, frère ou sœur adulte, autre parent adulte, adultes affichant une attention et une préoccupation particulières à l'égard de cette personne. Néanmoins, les prestataires de services et le personnel d'appui doivent d'abord consulter les prescriptions légales et éthiques de leur juridiction. **4) Le consentement éclairé doit toujours être obtenu** : les prestataires de services médicaux peuvent cependant rencontrer des situations d'urgence où le traitement peut être dispensé sans le consentement ; il revient à ces prestataires de consulter un conseiller juridique local pour pleinement comprendre ces cas de figure.⁷⁴ Cela étant dit, il est important de noter que la stérilisation ne peut jamais « être justifiée par des raisons d'urgence médicale »⁷⁵.

Sur la page web de la boîte à outils, vous trouverez un lien vers une liste de contrôle et des exemples de questions concernant le consentement éclairé⁷⁶.

S'il est déterminé que la personne (femme ou jeune) n'est pas capable de donner son consentement éclairé, **les prestataires de services doivent s'assurer qu'elle participe autant que possible à la prise de décisions, et que son intérêt et ses préférences restent prioritaires**⁷⁷.

La prise de décisions assistée est un mécanisme qui accompagne les personnes en situation de handicap ayant besoin d'une assistance pour qu'elles puissent prendre des décisions de manière indépendante et conserver leur capacité juridique à prendre des décisions. Un régime de prise de décisions assistée « comprend diverses possibilités d'accompagnement qui donnent la priorité à la volonté et aux préférences de la personne et qui respectent les normes relatives aux droits humains. Il doit assurer la protection de tous les droits, y compris ceux liés à l'autonomie (droit à la capacité juridique, droit à la reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité, droit de choisir son lieu de vie, etc.) et ceux liés au droit de ne pas être victime de violences et de mauvais traitements (droit à la vie, droit à l'intégrité physique, etc.) »⁷⁸. Les régimes de prise de décisions assistée ont remplacé les systèmes de prise de décisions substitutive, comme la tutelle et la curatelle.

► **EXEMPLE :**

Aux États-Unis, le **Center for Public Representation** et **Nonotuck Resource Associates** ont élaboré un projet pilote de prise de décisions assistée. Lancé auprès de neuf adultes présentant des incapacités intellectuelles ou des troubles du développement, le projet a eu des résultats très positifs, permettant aux participants d'utiliser la prise de décisions assistée pour 72 décisions au cours des deux premières années⁷⁹. Le modèle

élaboré par le Center for Public Representation et Nonotuck comprend quatre éléments :

« **1)** Les personnes présentant des [incapacités intellectuelles ou des troubles du développement] concluent des Accords de représentation dans lesquels elles précisent les domaines où elles ont besoin d'aide pour prendre des décisions et désignent des accompagnateurs pour les aider à prendre ces décisions. **2)** Les domaines d'accompagnement incluent les soins de santé, les finances personnelles, l'emploi, les conditions de logement et les relations. **3)** Les accompagnateurs du réseau, qui signent des déclarations précisant qu'ils respecteront les choix et les décisions de la personne, peuvent être des membres de la famille, des amis et d'anciens et d'actuels aidants. **4)** Les personnes signent leur Accord de représentation devant un notaire qui l'estampille, le signe et le date, ce qui en fait un document officiel qui, idéalement, sera respecté dans la communauté par les médecins, les commerçants, les bailleurs, etc. »⁸⁰. Les participants se sont dits satisfaits du projet et ont fait appel à leurs accompagnateurs pour tout un éventail de décisions, y compris, pour l'une des participantes, pour une discussion concernant le souhait de son compagnon d'avoir des enfants et les exigences en termes d'attention et d'argent liées au fait d'être parent⁸¹. La prise de décisions assistée a été le plus fréquemment utilisée pour des décisions relatives à la santé⁸².

La prise de décision assistée doit assurer la protection de tous les droits, y compris ceux liés à l'autonomie (droit à la capacité juridique, droit à la reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité, droit de choisir son lieu de vie, etc.) et ceux liés au droit de ne pas être victime de violences et de mauvais traitements (droit à la vie, droit à l'intégrité physique, etc.).

La prise de décisions assistée en pratique

En quoi consiste la prise de décisions

assistée ? Les systèmes de prise de décisions assistée peuvent prendre plusieurs formes, comme celles de cercles d'accompagnement informels ou de réseaux d'accompagnement formels. Quelle que soit leur forme, les programmes de prise de décisions assistée partagent les caractéristiques suivantes :

- Ne pas sur-réglementer la vie des personnes en situation de handicap.
- Ne pas poser de restrictions quant aux personnes pouvant utiliser le système de prise de décisions assistée.
- Donner la priorité à la volonté et aux préférences de la personne en situation de handicap.
- Proposer toutes les formes de communication.
- Rendre disponible et accessible la reconnaissance juridique de la ou des personnes accompagnatrices.
- Rendre l'accompagnement disponible par le biais de mécanismes publics, gratuitement ou pour un prix symbolique.
- Ne pas enfreindre d'autres droits (comme les droits sexuels et reproductifs).

- Inclure le droit de refuser la relation d'accompagnement et d'y mettre fin.
- Inclure des garanties pour toutes les procédures.
- Ne pas discriminer⁸³.

Les **accords de représentation** peuvent constituer un mécanisme efficace d'officialisation de la prise de décisions assistée. Ces accords sont des documents écrits décrivant les besoins de planification personnels et les domaines d'accompagnement fournis lorsqu'une personne handicapée demande un accompagnement pour prendre des décisions dans un domaine particulier. Dans certaines juridictions, les accords de représentation sont juridiquement contraignants. Par exemple, dans la province de la Colombie-Britannique du Canada, les accords de représentation permettent à une personne handicapée de conférer à un représentant de son choix l'autorité juridique de l'assister dans les domaines des soins de santé, de l'entretien personnel, ou des affaires financières et juridiques de façon temporaire ou continue⁸⁴.

Crises humanitaires

Le droit international des droits humains continue de s'appliquer pendant les situations d'urgence humanitaire, et ce droit et les autres règles qui s'appliquent à ces contextes sont complémentaires et se renforcent mutuellement⁸⁵. **L'article 11** de la Convention relative aux droits des personnes handicapées liste les obligations des États au titre du droit international des droits humains et du droit international humanitaire (l'ensemble de droits qui s'appliquent pendant les situations de crise humanitaire). Les États sont tenus de prendre toutes mesures nécessaires pour assurer la protection et la sûreté des personnes en situation de handicap dans les situations de risque, y compris les conflits armés, les catastrophes naturelles et autres crises humanitaires⁸⁶.

Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme a préparé un rapport sur les droits des personnes en situation de handicap au titre de l'article 11 de la CDPH. Le rapport explique en détail les obligations liées aux droits humains qui incombent aux États. Il présente aussi les conclusions d'une étude thématique sur les personnes en situation de handicap dans les situations de risque et d'urgence humanitaire. Les recommandations suivantes sont formulées concernant la mise en œuvre de l'article 11⁸⁷ :

- Fournir une information accessible et de qualité en temps voulu. Utiliser des moyens de communication multiples et innovants.
 - Respecter les principes de participation, de responsabilisation, de non-discrimination et d'autonomisation.
 - Assurer une allocation suffisante des ressources pour mettre en place un dispositif de préparation et de réaction aux situations d'urgence qui soit inclusif et accessible.
- Assurer les capacités du personnel de terrain et autres parties prenantes en matière d'accompagnement des personnes en situation de handicap.
 - Assurer l'adoption d'une approche axée sur les droits humains pour la reconstruction et la remise en état, en veillant à l'accessibilité par l'intégration de la conception universelle.
 - Veiller à ce que les stratégies de santé préventives ne portent pas préjudice à l'allocation de ressources au service de stratégies en lien avec le handicap.
 - Assurer l'intégration des personnes en situation de handicap dans les cadres qui collectent l'information afin de faciliter la collecte de données.

Bien que non contraignante, la *Charte pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire* représente une avancée importante en matière d'inclusion des personnes en situation de handicap dans l'action humanitaire. Elle affirme la détermination et l'engagement des États à rendre l'action humanitaire inclusive et à placer les personnes en situation de handicap au cœur de l'intervention humanitaire. Élaborée en amont du Sommet mondial sur l'action humanitaire de 2016, et recueillant la contribution de soixante-dix parties prenantes, y compris des États et des organisations de la société civile, la Charte engage ses signataires dans ces cinq domaines de l'action humanitaire : **1)** la non-discrimination ; **2)** la participation ; **3)** la politique inclusive ; **4)** la réponse et les services inclusifs ; et **5)** la coopération et la coordination⁸⁸.



Lignes directrices fondamentales sur la fourniture de services fondés sur les droits en matière de violence fondée sur le genre et de santé et droits sexuels et reproductifs pour les femmes et jeunes en situation de handicap

2.1 Introduction

Le présent chapitre énumère les lignes directrices fondamentales qui doivent régir les services fournis aux femmes et aux jeunes en situation de handicap dans les domaines de la violence fondée sur le genre ou de la santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR). Ces lignes directrices plongent leurs racines dans les cadres internationaux des droits humains.

Malheureusement, la pénurie de ressources est une réalité pour les prestataires de services liés à la violence fondée sur le genre et à la SDSR, et ce, dans tous les pays du monde. Pour autant, elle ne suffit pas à justifier que l'on exclue les femmes et les jeunes en situation de handicap de ces services. Les prestataires de services — de même que l'État et les collectivités territoriales à qui cette responsabilité incombe — doivent étudier et prévoir un

budget pour des services accessibles aux femmes et aux jeunes en situation de handicap dès le stade de l'élaboration des programmes. De plus, même si certaines d'entre elles ne sont pas à la portée budgétaire des prestataires de services dans les milieux à faibles ressources, ces lignes directrices offrent un point de départ pour élaborer des solutions et des programmes créatifs qui s'inspirent des principes énoncés ci-dessous et visent à les respecter.

Un principe essentiel doit guider tous les services de qualité fondés sur les droits qui sont dispensés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap : **En cas de doute, posez la question à la personne concernée.** En effet, la Convention relative aux droits des personnes handicapées exige que ces dernières soient consultées lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des lois et politiques visant à assurer aux femmes et aux

jeunes en situation de handicap la jouissance pleine et égale de tous leurs droits⁸⁹. En effet, ces personnes sont les plus à même de connaître leurs propres besoins, les obstacles qu'elles rencontrent et les aménagements qui leur permettront d'accéder aux services sur un pied d'égalité avec les autres personnes.

Les critères suivants sont également essentiels à tous les stades de l'élaboration et de la mise en œuvre de services, programmes et politiques fondés sur les droits de manière générale :

- Participation des femmes et des jeunes en situation de handicap à tous les stades de l'élaboration et de l'évaluation des programmes ;
- Inclusivité des services, qu'ils soient destinés ou non à des personnes en situation de handicap ;
- Respect de la capacité juridique, du consentement éclairé et de l'intimité de la personne, ainsi que des dispositifs d'aide à la prise de décision et de protection de la confidentialité ;
- Financement suffisant de services accessibles ;
- Formation et accompagnement des prestataires de services et du personnel d'appui concernant les droits et besoins des femmes et des jeunes présentant différentes formes de handicap, et concernant la manière de s'occuper d'eux avec respect. Intégrez les thèmes liés au handicap dans les cursus destinés aux prestataires et au personnel d'appui ;
- Orientation efficace grâce à une coordination interinstitutionnelle simplifiée ;
- Accessibilité des services (physique, financière, liée aux informations, à la communication, à l'environnement sensoriel).

Les lignes directrices fondamentales ci-dessous sont organisées selon les trois stades de l'élaboration et de l'administration de programmes visant à répondre aux besoins des femmes et des jeunes en situation de handicap : **1)** l'élaboration de lois et politiques prenant en compte les handicaps et les questions de

genre, **2)** l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes, et **3)** la conception des établissements.

2.2 Lois et politiques

Il est essentiel de créer un cadre législatif favorable pour offrir des services de qualité, fondés sur les droits, aux femmes et aux jeunes en situation de handicap. Les mesures suivantes sont cruciales pour y parvenir :

Lignes directrices :

► **Évaluation et suivi du cadre juridique**

1. Étudiez les lois et règlements existants, en collaboration avec des femmes et des jeunes en situation de handicap, pour identifier les lois et les règlements qui entravent l'accès aux services, y compris celles et ceux qui créent des obstacles dans la pratique sans que cela apparaisse nécessairement dans le texte. Plaidez en faveur de normes minimales obligatoires d'accessibilité pour garantir que tous les services offrent un minimum d'accessibilité, y compris chez les prestataires privés.

► **EXEMPLE :**

*En Argentine, le REDI, une organisation populaire sur le handicap, a évalué dans quelle mesure les lois, politiques et plans nationaux argentins permettaient de concrétiser la SDSR. Le fruit de son étude a été publié dans un rapport intitulé **El derecho de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva: 20 preguntas fundamentales sobre las políticas públicas del Estado argentino** (Les droits des personnes handicapées à la santé sexuelle et reproductive : 20 questions fondamentales sur les politiques publiques de l'État argentin)⁹⁰.*

2. Assurez-vous que les lois et règlements prennent en compte les femmes et les jeunes en situation de handicap (inclusion et adaptation). Rédigez des lois types pour améliorer les actions de sensibilisation.

► **EXEMPLE :**

Aux États-Unis, la **loi de 1986 sur la violence domestique** de l'État de l'Illinois (750 ILCS 60) donne la précision suivante quant à la définition des membres de la famille ou du foyer : « En ce qui concerne les adultes handicapés en danger, est considérée comme un "membre de la famille ou du foyer" toute personne qui est responsable d'un adulte en danger du fait de liens familiaux ou qui est responsable, totalement ou partiellement, de la prise en charge d'un adulte handicapé en danger, que cette responsabilité soit assumée volontairement, aux termes d'un contrat exprès ou tacite, ou en application d'une décision de justice⁹¹ ».

► **EXEMPLE :**

Aux Philippines, la **loi sur la parentalité responsable et la santé reproductive** (RA n° 10354, aussi appelée « loi de santé reproductive ») a été élaborée en concertation avec le Conseil national sur les questions de handicap et un panel d'organisations de personnes en situation de handicap, notamment de femmes. L'article 18 comporte des dispositions strictes en matière de santé reproductive des personnes en situation de handicap, intégrant un mandat légal de protection du droit des femmes en situation de handicap à accéder à la totalité des informations, services et produits de santé sexuelle et reproductive, au même titre que les autres femmes. Les villes et municipalités ont l'obligation d'éliminer les obstacles aux services de santé reproductive rencontrés par les personnes en situation de handicap. Une tâche qui, dans la pratique, passe par une série de dispositifs : assurer l'accès physique, prévoir des moyens de transport, adapter les tables de consultation et les procédures de laboratoire, améliorer l'accès à des informations et documents présentés dans un format accessible, assurer la formation continue des prestataires de services sur les droits des personnes en situation de handicap ou mener des campagnes de sensibilisation pour lutter contre les idées reçues concernant la santé et les droits sexuels et reproductifs de ces personnes⁹².

3. Veillez à ce que la loi autorise les animaux d'assistance à entrer dans tous les bâtiments publics et établissements privés, même là où les animaux sont habituellement interdits.
4. Mettez en place des mécanismes de suivi permettant aux prestataires de services liés à la violence fondée sur le genre et à la SDSR de s'assurer que le consentement éclairé est obtenu convenablement.
5. Instaurez des obligations de confidentialité relatives aux informations et à la communication visant les prestataires de services et le personnel d'appui dans les domaines de la violence fondée sur le genre et de la SDSR, sans distinction de handicap des bénéficiaires.

Lignes directrices :

► **Activités de sensibilisation et de lobbying dans le domaine législatif**

1. Faites participer des femmes et des jeunes en situation de handicap, ainsi que des organisations et des familles de personnes handicapées (le cas échéant) à tous les stades de la révision et de l'élaboration des lois et politiques relatives à la fourniture de services liés à la violence fondée sur le genre et à la SDSR. Soutenez et engagez des législateurs en situation de handicap.

► **EXEMPLE :**

L'association Liberté de mouvement.

À Ekaterinbourg, en Russie, un groupe de personnes en situation de handicap ont créé l'association « Liberté de mouvement » pour faire respecter leur droit d'accéder aux lieux et bâtiments publics. Le groupe a dressé la liste des sites les plus importants de la ville qui devaient être accessibles, puis a plaidé auprès des élus municipaux pour que la situation évolue. La municipalité a alors intégré l'association dans les comités municipaux chargés d'améliorer l'accessibilité, en déléguant à ses membres l'approbation définitive des projets proposés par les comités. L'association a également élaboré des

lignes directrices d'accessibilité pour les architectes qui ont été régulièrement utilisées⁹³.

2. Plaidez pour des lois et règlements non discriminatoires qui soient complets et applicables aux prestataires de services et au personnel d'appui dans les domaines de la violence fondée sur le genre comme de la santé et des droits sexuels et reproductifs, aussi bien dans la sphère publique que privée. La Convention relative aux droits des personnes handicapées fournit un cadre pour les lois types sur la non-discrimination.

► **EXEMPLE :**

La loi américaine en faveur des personnes en situation de handicap (ADA) interdit la discrimination et garantit l'égalité des chances des personnes en situation de handicap aux États-Unis, dans la sphère publique comme privée⁹⁴.

► **EXEMPLE :**

Le Réseau pour les droits des personnes handicapées (REDI) est une organisation politique argentine dirigée par des personnes en situation de handicap qui vise à améliorer leurs droits en plaidant pour leur reconnaissance à part entière par la loi. Le réseau a pour priorité de proposer et de défendre des lois prenant en compte les handicaps. Ses recommandations, qui s'étendent aux lois et politiques nationales et internationales, portent sur des sujets tels que l'emploi, les prestations sociales, les permis, la santé, l'éducation, l'accessibilité et les transports. L'organisation produit également des publications sur l'évolution des lois destinées au grand public ainsi que des rapports sur les effets de la législation⁹⁵.

3. Plaidez en faveur de la mise en place de mécanismes nationaux de responsabilisation permettant de déclarer, de suivre et de réparer les torts subis par les femmes et les jeunes en situation de handicap, et notamment les

atteintes à leurs droits en matière de sexualité et de, et assurez-vous de l'efficacité de ces mécanismes. Assurez-vous que ces mécanismes sont indépendants, à l'écoute des femmes et des jeunes en situation de handicap et adaptés aux problèmes qu'ils rencontrent. Ils doivent inclure un moyen de surveiller les tendances en matière d'atteintes aux droits et de prendre des mesures en conséquence. À cet égard, les solutions proposées par le mécanisme de responsabilisation doivent être adaptées aux personnes en situation de handicap.

4. Plaidez en faveur d'un programme législatif et réglementaire qui accorde aux femmes et aux jeunes en situation de handicap une reconnaissance égale devant la loi, conformément aux droits énoncés dans l'article 12 de la Convention. Il faut également plaider en faveur de modèles d'aide à la prise de décision financés et soutenus par l'État, y compris des mécanismes ayant force obligatoire, tels que des intermédiaires ou des mandataires qui aideront les femmes et les jeunes ayant besoin d'assistance pour exercer leur capacité juridique. Le **Guide à l'usage des parlementaires : la Convention relative aux droits des personnes handicapées et son Protocole facultatif**, qui comporte un chapitre consacré à la capacité juridique et l'aide à la prise de décision, pourra vous être utile dans vos activités de plaidoyer⁹⁶.

5. Après **une situation de crise humanitaire**, faites participer des femmes et des jeunes en situation de handicap à l'élaboration de lois et politiques nouvelles pour supprimer les obstacles qu'ils ont rencontrés avant et pendant la situation d'urgence, mais aussi plaider en faveur de l'élaboration et de la mise en œuvre de nouvelles lois et politiques plus inclusives.

- La **résolution 1325 du Conseil de sécurité des Nations Unies** exhorte les gouvernements à élaborer des plans d'action nationaux relatifs à la protection et à la participation des femmes⁹⁷.

- La **résolution 2250 du Conseil de sécurité des Nations Unies** exhorte les gouvernements à trouver les moyens d'accroître la représentation des jeunes personnes et de les associer véritablement aux processus de paix et au règlement des différends⁹⁸.

Lignes directrices :

► **Politiques et plans nationaux**

1. Adoptez et mettez en œuvre une stratégie et un plan d'action d'envergure nationale dotés d'un budget suffisant pour lutter contre les violences sexistes et faire valoir la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes et des jeunes en situation de handicap. Un processus participatif et transparent sera mis en place pour leur conception, leur examen périodique et leur suivi.

► **EXEMPLE :**

*En Australie, des femmes en situation de handicap participent à l'évaluation du **Plan national de réduction des violences faites aux femmes et à leurs enfants**. Cela a permis de recueillir des informations importantes concernant les femmes en situation de handicap, d'améliorer leur accès aux services en matière de violence domestique et d'agression sexuelle, d'améliorer les services grâce à des approches factuelles, d'améliorer l'accès à la justice, de débloquer des subventions pour des programmes de prévention et d'encourager des relations fondées sur le respect dans divers contextes⁹⁹.*

2. Instaurez pour les prestataires de services liés à la violence fondée sur le genre et à la SDRS des obligations de licence et de formation qui intègrent des enseignements sur l'accessibilité, les droits et la participation des personnes en situation de handicap.
3. Enregistrez les médicaments essentiels indiqués dans la **Liste des médicaments essentiels de l'OMS**¹⁰⁰ afin de garantir leur disponibilité légale.

4. Allouez des ressources suffisantes à la formation sur les questions de handicap et les droits des personnes en situation de handicap, à l'accompagnement des prestataires de services et du personnel d'appui et aux mécanismes d'accessibilité des programmes financés par l'État. Les budgets doivent inclure dans la mesure du possible de quoi financer les transports, les subventions, les programmes de protection sociale et des campagnes publiques d'information.
5. Élaborez des systèmes de collecte des données à l'échelle nationale et locale dans lesquels les données sont ventilées selon différents critères : genre, handicap, âge, orientation sexuelle, situation socioéconomique et milieu de vie. Un mécanisme coordonné doit être en place afin d'examiner et d'analyser régulièrement les données dans un but d'amélioration des services.

► **EXEMPLE :**

*Avec l'aide du Partenariat des Nations Unies pour la promotion des droits des personnes en situation de handicap, la Bolivie a renforcé son système de déclaration des handicaps en intégrant des renseignements sur les handicaps dans les statistiques recueillies dans trois secteurs clés : l'éducation, la santé et la justice. Le ministère de la Justice s'est efforcé d'améliorer la justice envers les personnes en situation de handicap en introduisant des variables liées aux handicaps dans le **Système intégral de prévention, de traitement, de sanction et d'éradication de la violence fondée sur le genre**. La démarche a également donné lieu à un guide d'utilisation du système consacré à la collecte de données prenant en compte les handicaps, la violence fondée sur le genre et les droits des personnes en situation de handicap¹⁰¹.*

2.3 Programmes

Pour faire en sorte que les programmes de services liés à la violence fondée sur le genre et à la SDSR soient non discriminatoires et prennent en compte les handicaps, il est nécessaire d'instaurer une évaluation exhaustive et un suivi permanent de toutes les phases du cycle de vie des programmes. L'objectif : éviter l'apparition d'obstacles et remédier aux obstacles déjà présents qui empêchent les femmes et les jeunes en situation de handicap d'accéder à ces services. Pour garantir une programmation non discriminatoire, les lignes directrices suivantes sont essentielles :

Lignes directrices :

► **Engagement des femmes et des jeunes en situation de handicap**

L'autoreprésentation est un élément important du mouvement de défense des droits des personnes en situation de handicap à travers le monde. Il désigne le concept en vertu duquel ces personnes sont non seulement capables, mais surtout les plus à même de défendre leurs propres droits et intérêts. Les entités autoreprésentatives défendent leurs droits et ceux des autres, et plaident en faveur de l'aide dont elles ont besoin pour soutenir la défense de leurs droits. Les organisations de personnes en situation de handicap constituent un mécanisme essentiel pour le soutien et la coordination des entités autoreprésentatives. Ces entités doivent prendre une part active à toutes les décisions concernant leurs droits. Ce principe de participation est exprimé par le slogan du mouvement de défense des droits des personnes en situation de handicap : « rien ne se fera pour nous sans nous ».

1. Faites participer des femmes et des jeunes présentant différents handicaps à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes liés à la violence fondée sur le genre et à la SDSR.
 - Les femmes et les jeunes en situation de handicap doivent participer à la conception

des programmes et donner leur avis à tous les stades (planification, élaboration, mise en œuvre et suivi) et sur tous les aspects (formation, effectifs, installations, etc.).

- Mettez en place pour tous les programmes un processus participatif d'élaboration et d'évaluation intégrant des femmes et des jeunes en situation de handicap. Ces derniers peuvent ainsi déterminer les objectifs prioritaires des programmes et contribuer à leur amélioration. Une participation élevée peut faciliter l'implication des aidants et renforcer la confiance des participants.
- Voici quelques points essentiels pour encourager la participation des femmes et des jeunes :
 - Recensez les organisations locales, y compris les organisations de femmes et de jeunes en situation de handicap, pour les inviter dans les mécanismes de coordination.
 - Définissez des critères pour qu'un pourcentage donné des comités locaux, des associations, des volontaires et des employés soit représenté par des femmes et des jeunes en situation de handicap.
 - Dans les situations d'urgence humanitaire, tenez compte des femmes et les jeunes en situation de handicap dans les évaluations rapides des besoins, puis ventilez les données par âge, sexe, statut socioéconomique et handicap pour comprendre quelles sont les populations qui utilisent (ou non) les services liés à la violence fondée sur le genre et à la SDSR.
- La participation est tout aussi importante pendant les situations d'urgence humanitaire. Il est toutefois nécessaire de recueillir leur avis de façon continue aussi bien pendant la période d'urgence qu'après. Cela suppose de les associer à la définition des priorités concernant la distribution de l'aide¹⁰² et au processus de consolidation de la paix¹⁰³.

- Reconnaissez et respectez les identités croisées des femmes et des jeunes en situation de handicap, et veillez à ce que les services prennent en compte et s'adaptent à chaque identité. Par exemple, une femme en situation de handicap peut aussi se définir comme appartenant à une minorité ou à un groupe autochtone, vivre en milieu rural, être réfugiée ou déplacée à l'intérieur de son pays, ou se définir comme lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre ou intersexuée (LGBTI)¹⁰⁴.

Lignes directrices :

► Renforcement des capacités

1. Renforcez les capacités des titulaires de droits (femmes et jeunes en situation de handicap) et des détenteurs d'obligations (prestataires de services et personnel d'appui).
 - **Titulaires de droits :** Aidez les femmes et les jeunes en situation de handicap à comprendre et revendiquer leurs droits au moyen de programmes ciblés de renforcement des capacités. Ces programmes se divisent habituellement en trois catégories :
 - 1)** les programmes visant à améliorer leur connaissance et leur compréhension de leurs droits et des services disponibles ;
 - 2)** les programmes visant à établir des échanges permanents avec les prestataires de services et le personnel d'appui ;
 - 3)** les programmes d'autonomisation et de leadership.
 - Créez des groupes d'entraide et des réseaux de pairs dirigés et structurés par des femmes et des jeunes en situation de handicap et accompagnés s'il y a lieu d'une assistance constante.
 - Créez des espaces de renforcement des capacités où les femmes et les jeunes en situation de handicap de tous horizons, sans distinction d'identité, se sentiront accueillis et en sécurité.

- Intégrez des personnes, en situation de handicap ou non, dans des programmes de renforcement des capacités adaptés à leur âge et à leur genre¹⁰⁵, et faites participer à ces programmes des personnes alliées, notamment des aidants et des membres de la famille.
- Élaborez des programmes qui laissent de la place pour des styles de communication et de participation variables, étant donné que la participation prend des formes différentes selon les personnes. Par exemple, il faudra peut-être plus de temps à une bénéficiaire de services porteuse d'un handicap intellectuel pour donner son avis ou fournir d'autres formes de communication.



Une adolescente de 15 ans et sa mère communiquent en langage des signes. © kali9/Getty Images



Un garçon serre sa mère dans ses bras.

© Colin Hawkins/Getty Images

Les programmes doivent être conçus pour laisser de la place et une certaine souplesse aux différentes formes de participation¹⁰⁶.

- Créez plusieurs formations adaptées aux besoins liés au handicap des personnes formées pour transmettre efficacement les informations pertinentes.
- Proposez des formations continues et des programmes de mentorat aux femmes et aux jeunes en situation de handicap pour qu'ils puissent assumer des fonctions de direction, de prestataires de services, de personnel d'appui et de conseillers, en leur apportant éventuellement l'assistance nécessaire.

- **Détenteurs d'obligations :** Offrez aux prestataires de services et au personnel d'appui des programmes de formation complets sur la prise en compte des handicaps, intégrant notamment les besoins et l'expérience des femmes et des jeunes en situation de handicap, les techniques et mécanismes d'accessibilité et les aménagements raisonnables¹⁰⁷.
- Assurez-vous que les programmes de formation traitent toutes les formes de handicap et les besoins qui y sont associés en matière d'accessibilité, et qu'ils proposent des conseils concrets.
- Faites de la formation et de l'accompagnement une exigence permanente des postes. Proposez des formations continues pour permettre aux prestataires de services et au personnel d'appui de développer, par exemple, des compétences complémentaires utiles en communication.
- Pour les postes de prestataire exigeant un certificat ou un diplôme, notamment en médecine, créez des cursus qui apprennent aux étudiants à fournir des services aux personnes en situation de handicap. Les programmes doivent s'attacher à renforcer les compétences et l'expérience pratique et ne pas se limiter à la théorie de la prise en compte des handicaps.
- Engagez autant que possible des formateurs en situation de handicap, dans la mesure où cela renforce l'efficacité de la formation et où cela contribue à faire évoluer des rapports de force qui, sinon, pourraient alimenter la stigmatisation et la discrimination.
- Proposez aux prestataires de services et au personnel d'appui des formations pratiques qui leur permettent de gagner en assurance en ce qui concerne les services fournis aux personnes en situation de handicap.

SITUATIONS DE CRISE HUMANITAIRE

Renforcer les capacités des détenteurs d'obligations pendant les situations d'urgence

Avec l'augmentation des obstacles, des vulnérabilités et des demandes de services à laquelle les personnes en situation de handicap sont confrontées pendant une situation de crise humanitaire, il est primordial de s'assurer que les prestataires de services et le personnel d'appui comprennent leur devoir d'offrir des services aux femmes et aux jeunes en situation de handicap et qu'ils sachent comment s'y prendre.

Le *Guide des genres pour les actions humanitaires du Comité permanent interorganisations (IASC)*¹⁰⁸ donne aux acteurs du secteur humanitaire des lignes directrices pour une intégration systématique des genres, notamment par la collecte de données ventilées en fonction du handicap.

Parmi les recommandations relatives à la prise en compte des handicaps dans les situations de crise humanitaire figurent les mesures suivantes (qui pourront également intéresser les prestataires de services et le personnel d'appui en dehors d'une situation d'urgence) :

- Veillez à ce que tous les acteurs impliqués dans les situations de crise humanitaire reçoivent une formation de sensibilisation aux handicaps qui souligne leur responsabilité de fournir des services aux personnes en situation de handicap¹⁰⁹.
- Mettez en place des formations obligatoires sur les droits humains destinées aux membres des forces armées qui intègrent la prévention et le traitement des violences fondées sur le genre¹¹⁰.
- Formez les prestataires de services liés à la violence fondée sur le genre et à la SDRS et le personnel d'appui dans les situations d'urgence sur les moyens d'offrir ce type de services dans une situation d'urgence.
- Renforcez les capacités de prise en compte des handicaps en améliorant la compréhension et la reconnaissance des besoins des survivants en situation de handicap, en offrant aux femmes et aux jeunes ainsi qu'à leurs aidants la possibilité d'accéder à l'autonomie socioéconomique pour améliorer leur indépendance et créer des réseaux de pairs, en encourageant les femmes en situation de handicap à exercer des responsabilités et en reconnaissant leur autorité.

Pour des recommandations plus détaillées sur le renforcement des capacités, consultez *Je vois que cela est possible : Renforcer les capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la violence fondée sur le genre dans les environnements humanitaires* (mai 2015)¹¹¹ et *Strengthening the Role of Women with Disabilities in Humanitarian Action: A Facilitator's Guide* (février 2017)¹¹².

Lignes directrices :

► **Mise en œuvre des programmes**

1. Intégrez des services pour les femmes et les jeunes en situation de handicap parmi les services généraux assurés. Les prestataires de services doivent prendre le soin de ne pas confier l'entière responsabilité des services aux femmes et aux jeunes en situation de handicap aux seuls prestataires spécialisés dans ce type de services, en veillant à rendre l'accessibilité obligatoire pour l'ensemble des prestataires de services et du personnel d'appui. Si certains manquent d'expérience ou de formation dans le domaine des services aux personnes en situation de handicap, ils doivent solliciter l'aide et les conseils de prestataires de services prenant en compte les handicaps.
2. Renforcez la capacité des coordonnateurs (qui ont pour tâche d'aider les bénéficiaires à s'orienter à l'intérieur et entre les différents systèmes de services) à aider les femmes et les jeunes en situation de handicap à surmonter les obstacles qu'ils rencontrent. C'est un point particulièrement important pendant les situations de crise humanitaire. Un coordonnateur désigné doit connaître les obstacles aux services auxquels les femmes et les jeunes en situation de handicap sont confrontés, les différents services proposés,



Une femme sourit lors d'un événement sportif à Cali en Colombie, le 17 août 2017.

© AFP Contributor/Contributor/Getty Images

et les moyens de communiquer avec un client en lui inspirant confiance. Il est essentiel que les coordonnateurs comprennent et appliquent l'aide à la prise de décision et qu'ils mettent en place des mécanismes de protection pour éviter que la coordination de cas ne devienne **de facto** un autre dispositif d'aide à la prise de décision.

3. Assurez-vous que les femmes et les jeunes en situation de handicap ne sont pas exclus des critères d'éligibilité du fait que leur expérience n'est pas prise en compte dans les critères. Par exemple, les services liés à la violence fondée sur le genre ne doivent pas exclure les femmes et les jeunes en situation de handicap en raison d'une définition qui n'englobe pas les actes de violence commis par des aidants ou la violence fondée sur le genre subie par les garçons et les hommes.

Lignes directrices :

► **Services disponibles**

1. Assurez-vous que des services de qualité sont disponibles en quantité suffisante pour l'ensemble des femmes et des jeunes en situation de handicap, sans distinction de handicap, lieu de résidence, nationalité, appartenance ethnique, caste, classe sociale, statut de réfugié ou de migrant, statut d'autochtone, âge, religion, langue et niveau d'alphabétisation, orientation sexuelle et identité de genre, situation matrimoniale ou toute autre caractéristique.

Remarque concernant les milieux à faibles res-

sources : Lors de l'attribution de ressources limitées, les prestataires de services et le personnel d'appui doivent s'assurer que les besoins des femmes et des jeunes en situation de handicap sont traités avec le même niveau de priorité que les besoins des bénéficiaires de services non en situation de handicap. Les prestataires de services doivent s'associer à des femmes et des jeunes en situation de handicap pour élaborer des solutions économiques et créatives les assurant de bénéficier du même

accès que leurs pairs non en situation de handicap, dès lors que des services sont disponibles.

- Élaborez des services adaptés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap vivant dans l'isolement dans des structures spécialisées, des camps, des résidences médicalisées ou collectives ou des résidences familiales, ou qui sont sans abri. Élaborez, par exemple, des ressources accessibles qui permettent de connaître les droits en matière de violence fondée sur le genre, ainsi que des lignes d'assistance téléphonique ou des programmes de signalement qui aideront les familles à comprendre et à accepter les besoins des femmes et des jeunes en situation de handicap dans les domaines de la santé et des droits sexuels et reproductifs, dans la mesure où les membres de la famille contrôlent la plupart du temps l'accès aux services.

« Nous avons organisé des discussions autour d'un café ici chez nous. Cela nous a rapprochés des gens. Quand ils viennent à la maison, nous discutons de plein de choses, des choses vraiment importantes, mais ça leur donne aussi l'occasion de voir que nous sommes de bons parents, même si nous sommes un peu différents. Les gens nous comprennent mieux maintenant, ils passent même nous dire bonjour et voir comment nous allons. Ça me rassure de savoir que j'ai des voisins que je connais. »

— Seida Ibrahim, réfugiée handicapée¹¹³
[photo du WRC]

► EXEMPLE :

La Commission des femmes pour les réfugiés et le Comité international de secours ont dirigé et évalué des mesures plaidant pour la prise en compte des handicaps dans les programmes de lutte contre la violence fondée sur le genre. En Éthiopie, la tradition des discussions autour d'un café a servi de vecteur à des conversations sur ce type de violence et les services disponibles dans les camps de réfugiés. Les femmes en situation de handicap se sont portées volontaires avec leurs aidants pour accueillir ces discussions chez elles et inviter leurs voisines. Cela a permis à des femmes qui étaient isolées chez elles de se renseigner sur la violence fondée sur le genre et de renforcer les réseaux de protection entre pairs dans leur quartier.

- Mettez des services à la disposition des femmes et des jeunes en situation de handicap vivant dans des zones rurales reculées¹¹⁴.
 - Installez des services dans les communautés dès que possible et assurez-vous de leur accessibilité.
 - Organisez des services de proximité itinérants dans les régions isolées où résident des femmes et des jeunes en situation de handicap, y compris dans des institutions ou à leur domicile. Ces services consistent en une équipe mobile de prestataires de services qualifiés et de personnel d'appui qui assure des services dans des zones traditionnellement mal desservies¹¹⁵. Cette équipe de proximité peut fournir des renseignements et différentes formes de contraception, ainsi que des services d'orientation et de suivi¹¹⁶.
 - Dans les villages, autorisez les prestataires de services et le personnel d'appui à prendre des rendez-vous pour les femmes et les jeunes en situation de handicap.
 - En l'absence de moyens de transport, élaborez des stratégies créatives pour aider les femmes et les jeunes en situation de handicap à accéder aux services, par exemple grâce à la technologie ou avec l'aide de membres formés de la communauté.

- Lorsque les ressources le permettent, offrez aux femmes et aux jeunes en situation de handicap un moyen de transport gratuit ou à tarif subventionné pour qu'ils puissent accéder aux services, ainsi que des allocations pour bénéficier d'auxiliaires de vie. Plaidez en faveur d'allocations publiques.
4. Investissez dans des programmes d'autonomisation économique en faveur des femmes et des jeunes en situation de handicap¹¹⁷. Aidez-les à accéder aux programmes nécessaires de formation à des activités rémunératrices, notamment de formation professionnelle. Offrez dans la mesure du possible une aide pour accéder à des offres d'activités rémunératrices, par exemple les financements de démarrage des entreprises¹¹⁸.

Lignes directrices :

► **Détermination efficace des besoins et des orientations**

1. Concevez des partenariats interinstitutionnels efficaces et sources de soutien visant à améliorer la capacité et l'intégration des services pour éviter la dilution des financements et des ressources. Simplifiez la coordination interinstitutionnelle et améliorez l'efficacité des orientations entre différents secteurs et différentes institutions. La coordination interinstitutionnelle peut prendre des formes variables : systèmes d'orientation, mobilisation d'organisations locales de personnes en situation de handicap, procédures opérationnelles standard de qualité, programmes de coordination des cas, etc.
 - Tâchez de travailler en concertation avec des organisations de femmes et de jeunes en situation de handicap et des institutions et organisations qui priorisent et illustrent l'égalité entre les sexes. Dans les situations de crise humanitaire, nouez des relations avec des organisations locales et groupes de défense de personnes en situation de handicap pour créer des réseaux d'orientation efficaces qui vont à la rencontre des personnes en situation de handicap migrantes, réfugiées et déplacées dans les communautés locales d'autoreprésentation. Ces réseaux peuvent également aider à plaider en faveur d'une meilleure intégration auprès des autorités du pays d'accueil.
2. Nouez des relations avec des prestataires de services de réadaptation à base communautaire. Ceux-ci peuvent se révéler des ressources efficaces pour partager les connaissances et les ressources, mais aussi pour mettre en relation les femmes et les jeunes en situation de handicap avec les services dont ils ont besoin. Ils ont en général une bonne
 - Établissez des protocoles et des accords clairs à propos des procédures d'orientation avec les secteurs sociaux, de la santé et de la justice concernés.
 - Lors de l'élaboration des réseaux d'orientation, définissez clairement les responsabilités de chaque institution et organisation du réseau.
 - Assurez-vous que les procédures de coordination interinstitutionnelle sont cohérentes, connues de l'ensemble des prestataires de services et du personnel d'appui et communiquées clairement aux femmes et aux jeunes en situation de handicap.
 - Instaurez des garanties obligeant les prestataires de services et le personnel d'appui à rendre compte des orientations requises qu'ils ont fournies, lorsque cela est possible et justifié. Il peut s'agir par exemple d'une liste des questions d'identification requises ou de mesures d'encadrement.
 - Créez des systèmes d'orientation qui imposent d'obtenir le consentement éclairé avant toute orientation et qui intègrent des mesures de protection de la vie privée et de la confidentialité pendant l'orientation.
 - Faites appel à des coordonnateurs de cas formés pour répondre aux besoins des femmes et des jeunes en situation de handicap afin de garantir la continuité de la prise en charge d'un réseau à l'autre.

compréhension des besoins des personnes en situation de handicap en matière d'accessibilité dans leur communauté et ils ont souvent noué avec les femmes et les jeunes en situation de handicap qui y vivent des relations sur lesquelles les prestataires de services liés à la violence fondée sur le genre et à la SDSR peuvent s'appuyer.

► **EXEMPLE :**

En Éthiopie, l'ONG Lumière pour le monde et le réseau communautaire de réadaptation Ethiopien se sont associés dans le cadre d'un projet pilote local visant à personnaliser les formations et activités relatives à la santé et aux droits sexuels et reproductifs en fonction des besoins des jeunes personnes porteuses de handicap intellectuel et de leur famille¹¹⁹. Les principaux enseignements du projet ont fait ressortir la nécessité de briser le tabou de la sexualité chez les personnes en situation de handicap, de résoudre la pénurie de services en formant le personnel sur le terrain, de fournir des modes d'emploi concrets, de faire participer les membres de la famille et de former aussi bien les garçons que les filles¹²⁰.

3. Prenez des mesures pour identifier les bénéficiaires de services en situation de handicap qui ont subi ou subissent des violences fondées sur le genre ou des violations liées à la SDSR. L'offre de services, notamment dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, constitue un point de contact précieux pour identifier les victimes/survivants de violences, évaluer les risques et élaborer un plan de gestion et d'atténuation des risques¹²¹.

- Les prestataires et le personnel doivent être formés sur la façon de fournir un soutien de première ligne¹²². Il est primordial que les recherches de routine concernant la violence fondée sur le genre et les violations des droits en matière de santé sexuelle et reproductive soient réalisées uniquement lorsque les prestataires de services et le personnel d'appui ont reçu une formation solide et que des réseaux d'orientation opérationnels sont en place. Sinon,

les prestataires et le personnel risquent d'aggraver le traumatisme des victimes/survivants. Des orientations adaptées et efficaces doivent être en place pour mettre immédiatement la victime/la personne rescapée en relation avec les services dont elle a besoin.

- Élaborez des lignes directrices spécifiques pour les prestataires et le personnel amenés à identifier une personne exposée à un risque pour sa sécurité, notamment dans les situations où celle-ci est dépendante de l'auteur des faits¹²³. Les prestataires et le personnel doivent également avoir reçu une formation sur les plans de sécurité et sur l'atténuation des risques qu'une identification pourrait créer pour la femme ou la jeune personne concernée¹²⁴.
- Instaurez des procédures d'identification uniformes et coordonnées ainsi qu'une coordination interinstitutionnelle.
- Plaidez en faveur de la création d'espaces où les femmes et les jeunes en situation de handicap pourront se sentir en sécurité et soutenus.
- Respectez le droit à la confidentialité et à la protection de la vie privée des femmes et des jeunes en situation de handicap.

Lignes directrices :

► **Services accessibles/aménagements**

1. Proposez des aménagements raisonnables chaque fois que c'est nécessaire. Ces aménagements désignent « les modifications et ajustements nécessaires et appropriés n'imposant pas de charge disproportionnée ou induite apportés, en fonction des besoins dans une situation donnée, pour assurer aux personnes handicapées la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits humains et de toutes les libertés fondamentales¹²⁵ ». Les aménagements sont indispensables pour garantir aux personnes en situation de handicap l'accès et le recours aux services sur la base de l'égalité avec les autres personnes. La forme d'aménagement dont une personne a besoin ou qu'elle préfère doit être guidée par l'intéressée.

2. Si les ressources financières le permettent, proposez des aides techniques. Le recours à une aide technique est une forme d'aménagement raisonnable. Son but est de préserver ou d'améliorer le niveau fonctionnel et l'indépendance de l'individu pour qu'il puisse davantage s'investir dans sa vie et améliorer sa santé et son bien-être de manière générale¹²⁶. Le système de traduction assistée des communications par sous-titrage en temps réel, ou système CART, est une forme importante de l'aide technique proposée aux personnes sourdes sachant lire. Pour mieux comprendre les aides techniques ainsi que les produits dans lesquels investir en priorité, consultez la **Liste des produits et aides techniques prioritaires** de l'Organisation mondiale de la Santé¹²⁷.

3. Élaborez des politiques et des procédures d'identification pour déterminer les besoins des femmes ou des jeunes en matière d'aménagement raisonnable :

- Créez un processus d'identification ou un formulaire accessible afin de déterminer leurs besoins auditifs, visuels, sensoriels, physiques ou cognitifs. Veillez à la mise en place de procédures simples et rapides pour satisfaire ces besoins dès qu'ils sont établis.
- Procédez à l'identification avant la première visite de la personne concernée afin de lui éviter d'entreprendre un déplacement potentiellement compliqué pour apprendre uniquement que l'aménagement dont elle a besoin n'est pas disponible.
- Adaptez les horaires des rendez-vous. Par exemple, les aménagements suivants peuvent s'avérer nécessaires pour les femmes et les jeunes en situation de handicap :
 - Rendez-vous plus longs¹²⁸.
 - Rendez-vous après les horaires habituels¹²⁹.
 - Rendez-vous à des périodes particulières¹³⁰.
 - Rendez-vous combinés.
 - Prenez note du niveau de formation et des capacités des prestataires de services pour que les prestataires possédant une compétence requise soient disponibles ou affectés

à des bénéficiaires qui ont besoin de la compétence en question. Par exemple, si quelqu'un a besoin de la langue des signes pour communiquer, son rendez-vous doit être fixé avec un prestataire connaissant la langue des signes.

Lignes directrices :

► **Services acceptables**

1. Concevez les services de manière à respecter la dignité des bénéficiaires et à vous adapter aux différences de ressenti des individus selon leur âge, leur handicap, leur genre, leur statut socio-économique et leurs différences culturelles.

Qu'est-ce que la dignité ?

La dignité d'une personne est étroitement liée à ses droits humains et à ses libertés fondamentales. Il ressort du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement que la dignité « ne se résume pas, et de loin, à la satisfaction des besoins essentiels, puisqu'elle englobe également le droit à l'éducation, à la pleine participation à la vie sociale, économique et politique, à la liberté d'information, à une vie exempte de discriminations et de violences, à la sécurité de résidence et à la liberté de mouvement, et impose de donner aux personnes les moyens de renforcer et d'actualiser leurs compétences tout au long de leur vie. Elle inclut également le droit fondamental à la santé procréative et sexuelle, la liberté de choisir son conjoint et d'avoir ou non des enfants et, dans l'affirmative, du moment auquel les avoir, et l'assurance de vivre une vie sexuelle épanouie sans craindre de tomber malade ou de mettre sa santé en danger. Ces droits et libertés vont de pair avec une société prospère et inclusive, composée d'individus résilients qui savent s'adapter et innover, et garantissent que tous profiteront d'un avenir commun prospère¹³¹. »

► **EXEMPLE :**

de méthodes permettant aux prestataires de services et au personnel d'appui de concevoir des services respectant la dignité des bénéficiaires :

- Structurez les services fournis de façon à reconnaître la personne handicapée (femme ou jeune) comme une spécialiste de ses besoins d'adaptation et à lui donner les moyens de guider son traitement et de demander de l'aide en cas de besoin.
 - Formez l'ensemble des prestataires et du personnel au respect de la volonté et des préférences de l'intéressée. Assurez-vous de l'existence de mécanismes permettant aux femmes et aux jeunes en situation de handicap de signaler les manques de respect en toute sécurité (c'est-à-dire sans crainte de représailles, sans victimisation ou sans danger).
 - Les prestataires de services et le personnel d'appui doivent s'adresser directement à la personne handicapée, et non à l'aidant ou au membre de sa famille qui l'accompagne.
 - Lorsqu'une personne porteuse d'un handicap physique a besoin d'un examen physique, les prestataires et le personnel doivent la laisser guider le transfert sur le lit de consultation ainsi que la position de son corps pendant l'examen.
 - Si un examen pelvien doit être pratiqué par le prestataire, un assistant doit systématiquement être présent dans la salle de consultation pendant l'examen.
2. Faites de la sécurité une priorité, en particulier pour les femmes et les jeunes recevant des services liés à la violence fondée sur le genre. Par exemple, il ne faut pas rendre publique l'adresse d'un refuge, ni envoyer des courriers ou effectuer des appels de suivi au domicile de quelqu'un à moins d'avoir reçu son consentement éclairé à cet effet.

3. Allouez des ressources économiques et humaines suffisantes à l'ensemble des programmes pour garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services destinés aux femmes et aux jeunes sans distinction de leur forme de handicap. Cela suppose notamment de prévoir des fonds pour des frais accessoires comme le transport, la distribution de documents accessibles en amont et des services d'interprétation¹³².

Lignes directrices :

► **Services de qualité**

1. Garantissez que les services offerts aux femmes et aux jeunes en situation de handicap sont de bonne qualité et égaux à ceux offerts aux personnes non en situation de handicap. Assurez-vous que ces services :
- reposent sur des bases factuelles¹³³ ;
 - sont scientifiquement approuvés et appropriés¹³⁴ ;
 - médicalement appropriés¹³⁵ ;
 - culturellement appropriés¹³⁶ ;
 - conformes aux droits humains¹³⁷ ;
 - complets¹³⁸ ;
 - et qu'ils incluent une panoplie complète de services modernes en option, assortie d'informations exactes sur ces options et sur les droits en la matière de la personne concernée¹³⁹.
2. Assurez-vous que les services, les renseignements et les produits proposés sont conformes à l'éthique médicale moderne et tiennent compte du handicap, de la culture, du genre et de l'âge de la personne concernée¹⁴⁰.

Lignes directrices :

► **Services fondés sur les droits**

1. Mettez en œuvre des mécanismes de protection dans les programmes et politiques pour garantir que tous les services sont fournis uniquement sur une base volontaire et avec le consentement

libre et éclairé de la personne handicapée (femme ou jeune), y compris pour la divulgation d'informations.

- Instaurez un code d'éthique régissant l'obtention du consentement éclairé et l'échange d'informations.
- Proposez des aménagements raisonnables et une aide à la prise de décision aux femmes et aux jeunes en situation de handicap qui en ont besoin. Cette démarche est à privilégier au lieu de compter sur les tuteurs pour prendre les décisions à leur place. Assurez les services d'aide à la prise de décision d'une manière préservant le droit à la vie privée de la personne concernée.
- Prévoyez du temps supplémentaire pour les rendez-vous, le cas échéant. L'obtention du consentement éclairé peut parfois être difficile et prendre du temps, notamment lorsque le handicap de la personne concernée impose de recourir à d'autres formes de communication ou de communiquer les informations à maintes reprises. Toutefois, ces difficultés ne dispensent pas les prestataires de services et le personnel d'appui du respect de ces critères.
- Instaurez des procédures et politiques qui reflètent et respectent les principes et les droits sous-jacents associés à la capacité juridique, même dans les situations où les bénéficiaires sont privés de cette capacité (dans les systèmes de tutelle, notamment).
- Pour en savoir plus sur l'obtention du consentement éclairé, consultez la partie « Reconnaissance égale devant la loi » dans la section 1.2.

2. Formez et aidez les prestataires de services et le personnel d'appui à tous les échelons (de la direction des programmes au personnel administratif) à bien comprendre les droits légaux des femmes et des jeunes en situation de handicap dans leur communauté, en insistant sur les liens entre : capacité juridique, consentement éclairé, respect de la vie privée, confidentialité et tutelle.

- Les formations doivent préciser comment établir qu'il est impossible d'obtenir le consentement éclairé de quelqu'un après avoir recouru, en vain, à l'ensemble des aménagements raisonnables et des outils d'aide à la prise de décision. Étudiez les ressources aidant les prestataires de services et le personnel d'appui à mieux comprendre le processus du consentement éclairé chez les adultes en situation de handicap :
 - Le Centre Surrey Place et le Vanderbilt Kennedy Center for Excellence in Developmental Disabilities ont mis à disposition des ressources clés qu'ils ont développées pour les prestataires de services sur la fourniture de soins de qualité à des adultes atteints de déficience intellectuelle et de troubles du développement. Le portail comporte des informations expliquant aux prestataires de services ce qu'est le consentement éclairé, ainsi qu'une liste de contrôle téléchargeable à ce sujet¹⁴¹.
 - La Commission des femmes pour les réfugiés et le Comité international de secours ont mis au point des conseils destinés aux prestataires de services liés à la violence fondée sur le genre concernant le processus de consentement éclairé chez les victimes/survivants adultes en situation de handicap. Ils fournissent des indications utiles aux praticiens, notamment un organigramme permettant de guider les prestataires dans l'obtention du consentement éclairé. Bien que conçu pour les contextes humanitaires, l'outil est utile dans tous les contextes¹⁴².

3. Créez des mécanismes de protection pour préserver et garantir la confidentialité à l'égard des bénéficiaires des services.

- Dans l'espace d'accueil, assurez-vous que les bénéficiaires ont la possibilité d'exprimer la raison de leur visite en privé.

- Si une personne vient accompagnée, demandez à la personne handicapée, en privé, si elle souhaite renoncer à la confidentialité en autorisant la personne qui l'accompagne à se joindre à elle pendant qu'elle reçoit les services prodigués (même pour les personnes de moins de 18 ans). Ne demandez pas aux personnes accompagnantes d'assurer l'interprétation pour les bénéficiaires en situation de handicap. Assurez-vous que cette procédure est suivie avec sensibilité et guidée par la personne handicapée. Le fait d'être séparée de la personne qui l'accompagne peut être source d'anxiété pour elle.
- Assurez-vous de la capacité du prestataire de services et/ou du personnel d'appui à comprendre et parler la langue de la personne bénéficiaire (langue des signes, par exemple) pour renforcer les garanties de confidentialité.
- Mettez en œuvre des procédures de protection pour préserver la confidentialité des informations.
- Proposez des espaces de consultation privés. Dans les contextes de faibles ressources, lorsqu'il n'y a pas de pièce réservée, examinez la possibilité d'affecter la fonction d'espace privé à une partie de l'établissement ou à une cour intérieure, ou d'installer une cloison ou une barrière quelque part pour séparer l'espace d'accueil de l'espace de services.
- Obtenez l'autorisation de divulguer des renseignements personnels sur la personne concernée, y compris pour l'orientation vers d'autres services.
- Adaptez les dispositifs de collecte des données s'ils sont disponibles et justifiés.
- Élaborez des outils de recensement qui faciliteront le dialogue avec les personnes en situation de handicap grâce à la compréhension de leurs besoins, de leur âge, de leurs handicaps, des risques et d'autres indicateurs importants.
- Ventilez les données en fonction de facteurs pertinents, notamment le type de handicap, le sexe et le genre, l'âge, et le statut socioéconomique, ainsi que d'autres facteurs croisés intervenant dans l'accès et le recours aux services¹⁴³.
- Assurez-vous que chaque cible de programme relative aux femmes et aux jeunes en situation de handicap soit associée à la collecte de données pour mesurer la réussite de chaque cible.
- Obtenez le consentement pour la collecte de données et préservez la confidentialité et la vie privée des personnes, en particulier en ce qui concerne les informations médicales et les personnes sous tutelle.
- Instaurez un système sécurisé pour la collecte, l'enregistrement et le stockage des données.
- Mettez en place un mécanisme coordonné permettant d'examiner et d'analyser régulièrement les données.

Lignes directrices :

► **Collecte et suivi des données**

1. Collectez des données ventilées sur un large éventail d'obstacles et d'expériences influant sur la fourniture de services aux femmes et aux jeunes en situation de handicap. Il est essentiel de collecter des données cohérentes et précises sur les services qui leur sont offerts pour permettre l'amélioration permanente et l'accès aux services.
2. Mettez en place un mécanisme de dépôt de plaintes efficace et accessible pour obtenir des retours d'information permanents sur le programme et l'établissement¹⁴⁴. Assurez-vous que les bénéficiaires des services peuvent déposer plainte en toute sécurité de différentes manières (par écrit, verbalement, sous couvert d'anonymat).
3. Élaborez des mécanismes de suivi efficaces, notamment des mécanismes d'obligation de rendre des comptes pour les prestataires de services et le personnel d'appui.
 - Créez des indicateurs pour suivre la participation des femmes et des jeunes aux services liés à la violence fondée sur le genre et à la SDR.

- Instaurez des critères de référence spécifiques et exploitables pour suivre et évaluer les progrès de la fourniture des services.
- Assurez-vous que les mécanismes de suivi et de responsabilité sont indépendants et accessibles aux femmes et aux jeunes en situation de handicap.
- Surveillez également la situation des personnes handicapées dans les situations de crise humanitaire de manière systématique¹⁴⁵. Assurez-vous que les femmes et les jeunes en situation de handicap sont pris en compte dans les évaluations standard des besoins qui sont réalisées après une situation d'urgence, telles que les évaluations des besoins après une catastrophe.

2.4 Établissements

Il est primordial de s'assurer que les services sont conviviaux pour les femmes et les jeunes porteurs de toutes sortes de handicaps pour garantir que les handicaps sont pris en compte en théorie comme en pratique dans les services liés à la violence fondée sur le genre et à la SDSR. Les dimensions physique, sociale, économique et culturelle de l'accessibilité sont des éléments cruciaux pour répondre à ce besoin¹⁴⁶, et les mesures ci-après sont essentielles pour garantir que les services sont accessibles aux femmes et aux jeunes en situation de handicap :

Lignes directrices :

► **Identification des obstacles**

1. Réalisez un audit de l'accessibilité auprès de femmes et de jeunes porteurs de différents types de handicap pour déterminer les obstacles physiques, sensoriels et liés aux informations et à la communication ainsi que les adaptations nécessaires¹⁴⁷. Sollicitez l'avis de personnes en situation de handicap avant toute construction ou rénovation¹⁴⁸.

► **EXEMPLE :**

*Aux États-Unis, les membres de l'initiative Safety First (la sécurité d'abord) ont mis au point un **Outil d'étude de l'accessibilité et de la réactivité** qui fournit aux prestataires de services liés à la violence fondée sur le genre et au personnel d'appui un cadre de réflexion sur les moyens de rendre leurs services inclusifs, sensibles à la question du traumatisme et réactifs, ainsi qu'un **Outil d'évaluation** pour évaluer les services permanents et autres existants¹⁴⁹.*

► **EXEMPLE :**

*La norme **ISO 21542:2011 Construction immobilière – Accessibilité et facilité d'utilisation de l'environnement bâti** de l'Organisation internationale de normalisation est utile pour évaluer l'accessibilité des locaux d'un prestataire de services. Cette publication contient les exigences et recommandations normatives relatives à la construction de bâtiments accessibles. Elle peut être utilisée en l'absence de normes nationales ou locales concernant l'accessibilité physique. L'accès au document est payant¹⁵⁰.*

2. Identifiez et éliminez les obstacles aux services auxquels se heurtent les femmes et les jeunes¹⁵¹. La forme d'accès privilégiée doit être indiquée et choisie par la personne concernée.
3. Étudiez et utilisez les nouvelles technologies susceptibles d'accroître l'accessibilité, notamment les tableaux de communication numériques.

Lignes directrices :

► **Accessibilité physique**

1. Assurez-vous que les services sont physiquement accessibles. Cela signifie que toutes les composantes essentielles à la fourniture de services (bâtiments, salles de classe, tribunaux, établissements de santé, équipement médical) peuvent être utilisées, quels que soient le

handicap ou l'aide technique des personnes concernées. Pour vérifier qu'un site est physiquement accessible, procédez comme suit :

- Recourez autant que possible à la conception universelle, c'est-à-dire à « la conception de produits, d'équipements, de programmes et de services qui puissent être utilisés par tous, dans la plus grande mesure possible, sans nécessiter ni adaptation ni conception particulière », y compris pour les salles de bains, les refuges et autres établissements¹⁵².
- Identifiez et aplanissez les obstacles structurels et architecturaux à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement du prestataire de services. Voici quelques exemples de considérations importantes¹⁵³ :
 - L'entrée dans l'établissement ou l'accès aux différents étages présentent-ils des obstacles (sols inégaux, entrées étroites, escaliers) ?
 - Les portes sont-elles assez larges ? Sont-elles assez légères pour qu'on puisse les pousser ? Sont-elles équipées d'une poignée et non d'un bouton de porte ? Sont-elles automatisées ?
 - Les guichets sont-ils assez bas pour accueillir une personne en fauteuil roulant ?
 - Y a-t-il des salles de bains accessibles en fauteuil roulant disponibles et en état de marche ?
 - Les salles de consultation, de travail ou d'accouchement offrent-elles suffisamment d'espace pour qu'un fauteuil roulant puisse tourner ?
 - Assurez-vous de l'accessibilité du mobilier et de l'équipement de l'établissement, notamment des lits d'hôpital et des tables de consultation.

► **EXEMPLE :**

L'Adaptive Design Association est une ressource utile pour des conceptions d'adaptation peu onéreuses. L'organisation a pour mission de « faire en sorte que les personnes handicapées bénéficient des adaptations personnalisées dont elles ont besoin pour mener une

vie en bonne santé, atteindre leur plein potentiel en matière de développement, d'études et de métier, et pour promouvoir l'éducation, l'inclusion, l'essaiage et la justice sociale¹⁵⁴ ». Elle propose notamment à cet effet une vidéothèque gratuite en ligne composée de nombreuses vidéos pédagogiques sur la fabrication de conceptions d'adaptation à partir de matériaux bon marché comme le carton¹⁵⁵.

- Concevez les établissements de façon à satisfaire divers besoins en matière d'accessibilité, par exemple en prévoyant l'accès des animaux d'assistance accompagnant les bénéficiaires de services, ainsi que des réserves de médicaments suffisantes, des stations de recharge pour les aides techniques électroniques, suffisamment d'espace dans les chambres, les couloirs et les salles de bains, des mains courantes et des lits et tables d'examen et d'accouchement stables et adaptables en hauteur.
2. Assurez-vous autant que possible que les services sont faciles à atteindre. Proposez des services dans les communautés par le biais de visites à domicile ou en vous installant à proximité de services de transport publics ou privés (subventionnés) accessibles et fiables¹⁵⁶.
 3. Améliorez les différents moyens d'accéder aux services à distance (téléphone, courrier électronique et autres), le cas échéant, pour que les personnes qui ne peuvent pas se rendre dans les établissements pour une rencontre individuelle puissent accéder facilement aux services à distance.
 - Assurez-vous que d'autres formats de communication téléphonique sont proposés (téléimprimeur, vidéo, etc.).
 - Autorisez le renouvellement d'ordonnance par téléphone¹⁵⁷.
 - Offrez des informations et des services par courrier électronique et par conversation en ligne.

L'accessibilité physique

Pendant les situations de crise humanitaire, les femmes et les jeunes en situation de handicap ont les mêmes besoins physiques qu'en dehors d'une situation d'urgence. Cependant, les circonstances peuvent aussi créer des considérations uniques en matière d'accessibilité physique :

- Assurez-vous que les infrastructures humanitaires sont conçues de manière à tenir compte de la vulnérabilité accrue des femmes et des jeunes en situation de handicap dans ces situations. Le handicap d'une personne peut accroître sa vulnérabilité à la violence sexuelle et sexiste lorsqu'elle se déplace dans l'environnement des services d'urgence. Par exemple, les sites où l'on distribue des provisions d'eau et de denrées alimentaires peuvent être loin des refuges pour femmes ou les salles de bains, loin du domicile. Cela augmente sa vulnérabilité à une agression sexuelle, en particulier la nuit, et ce d'autant plus si son handicap ralentit la vitesse à laquelle elle peut se déplacer. Concevez des services et des établissements efficaces en matière de prévention de la violence sexuelle et sexiste. Il existe différentes techniques pour cela, notamment l'installation de verrous sur les portes de salles de bains ou l'intégration de femmes et de jeunes en situation de handicap dans les équipes de gestion des camps afin d'obtenir leur avis sur la conception des services¹⁵⁸.
- Proposez des services itinérants capables d'aller à la rencontre des femmes et des jeunes en situation de handicap isolés qui ne

peuvent pas se déplacer pour accéder aux services. Durant les situations d'urgence, en particulier, les personnes porteuses de toutes formes de handicap rencontrent davantage de difficultés pour se déplacer jusqu'aux services, du fait que les services de transport ne sont pas disponibles, que leurs aidants ont d'autres obligations ou ne sont plus là ou qu'il n'est plus possible de circuler dans l'environnement physique à cause des dégâts qu'a subis celui-ci. Les tribunaux itinérants, par exemple, peuvent faciliter l'accès des personnes déplacées à la justice¹⁵⁹, tandis que des cliniques itinérantes ou des services médicaux de proximité peuvent fournir les services de santé nécessaires¹⁶⁰.

- Appuyez-vous sur la conception universelle pour déterminer la disposition et les services des camps de personnes déplacées. Des ressources telles que le document ***All Under One Roof: Disability-inclusive shelter and settlements in emergencies*** (Tous sous le même toit : des abris et des habitats qui tiennent compte des handicaps dans les situations d'urgence), publié par la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, offrent des recommandations importantes sur la manière dont les prestataires de services et le personnel d'appui peuvent remédier aux difficultés qui empêchent les personnes en situation de handicap d'accéder aux services pendant les situations d'urgence¹⁶¹.

Lignes directrices :

► **Accessibilité sensorielle**

1. Assurez-vous de l'accessibilité des services pour les personnes présentant un handicap sensoriel. Ces handicaps peuvent altérer la vue, l'ouïe, l'odorat, le toucher, le goût, la communication ou la perception de l'espace d'une personne. Une personne handicapée (femme ou jeune) peut porter un ou plusieurs de ces handicaps à des degrés variables. Les aménagements et l'importance des aménagements nécessaires dépendront de l'intéressée. Voici quelques exemples de mesures recommandées pour garantir qu'un établissement est accessible à une personne porteuse d'un handicap sensoriel :

- Évitez tout parfum d'ambiance, dans la mesure du possible¹⁶².
- Utilisez un éclairage non fluorescent¹⁶³.
- Offrez différents types de siège (rembourré, avec accoudoirs, etc.)¹⁶⁴.
- Laissez à portée de main des jouets permettant de s'occuper et d'évacuer la tension (balles anti-stress, jeux, animaux en peluche, toupies à main, etc.)¹⁶⁵.
- Limitez le bruit ambiant, en particulier les fortes nuisances sonores ou les bruits de fond excessifs¹⁶⁶.
- Proposez une salle de décompression et de relaxation pour les personnes ayant besoin de repos sensoriel¹⁶⁷.
- Mettez de l'eau et de la nourriture à disposition.
- Réduisez les temps d'attente¹⁶⁸.
- Proposez des pauses lors d'examens ou de rendez-vous longs.

Lignes directrices :

► **Accessibilité des informations et de la communication**

1. Assurez-vous de l'accessibilité des informations et de la communication. Cela signifie qu'une personne handicapée doit pouvoir chercher, recevoir

et transmettre des informations d'une manière adaptée à ses besoins en matière de communication.

- Faites en sorte que les informations et la communication soient disponibles aux formats accessibles suivants, selon les cas :
 - Braille ;
 - Gros caractères ;
 - Audio ;
 - Formats numériques compatibles avec des lecteurs d'écran ;
 - Langue des signes, avec un interprète du genre souhaité (LSF, langue des signes internationale, etc.) ;
 - Sous-titrage ;
 - Formats simplifiés (langue courante, lecture facile, etc.) ;
 - Guides illustrés ;
 - Interprétation en langue locale.
- Proposez un menu des options matérielles ou des appareils auxquels les usagers peuvent accéder pendant leur visite. Les appareils disponibles influenceront sur la fourniture des différents formats accessibles. Il peut s'agir, par exemple, de téléphones mobiles simples, de smartphones, de tablettes, d'ordinateurs ou de lecteurs DAISY ou Victor.
- Mettez à disposition, dans des formats accessibles, des informations sur les sujets suivants :
 - Droits fondamentaux ;
 - Services disponibles ;
 - Instructions concernant les services ;
 - Droits à la confidentialité et au respect de la vie privée ;
 - Consentement éclairé ;
 - Procédures pour déposer plainte et pour laisser des commentaires ;
 - Mécanismes et processus de responsabilité ;
 - Campagnes publiques d'information et de sensibilisation.
- Distribuez les documents numériques d'information en amont des rendez-vous ou des séances d'information.

- Engagez une personne qui sera exclusivement chargée, sur place, d'aider les personnes en situation de handicap qui viennent à un rendez-vous de leur arrivée jusqu'à leur départ.
- Ne demandez jamais à un membre de la famille ou à un aidant de servir de traducteur pour une personne handicapée, à moins que celle-ci ne vous ait clairement donné au préalable, et en privé, son consentement libre et éclairé.
- Instaurez des mécanismes de protection adaptés pour les cas où le consentement et la confidentialité présentent un risque pour les femmes et les jeunes en situation de handicap, notamment pendant une traduction ou une interprétation en langue des signes.

Informations, éducation et communication accessibles

Les personnes en situation de handicap ont le droit d'accéder à toutes les informations relatives aux programmes consacrés à la violence fondée sur le genre et à la SDSR sur la base de l'égalité avec les autres. Les messages dans ces domaines doivent être communiqués sous plusieurs formats, et intégrer différentes méthodes de dissémination. **L'outil sur les contenus accessibles en lien avec l'information, l'éducation et la communication** (IEC) proposé par la Commission des femmes pour les réfugiés (WRC) et le Comité international de secours (IRC) suggère d'utiliser les questions simples suivantes pour déterminer les adaptations ou les approches ciblées requises pour que vos informations parviennent à des personnes porteuses de différents types de handicap. Ce guide a été élaboré pour des situations d'urgence humanitaire, mais il est applicable dans tous les contextes.

1. Qui est en mesure de comprendre ces informations dans leur forme actuelle ?
2. Qui n'est pas en mesure de comprendre ces informations dans leur forme actuelle ?
3. Comment ces informations reflètent-elles les besoins des différents membres de la communauté ? En ce qui concerne leur propre personne et leur vécu, les personnes en situation de handicap et leurs aidants se sentent-ils représentés par ces images ?
4. Que pensent les personnes en situation de handicap des contenus IEC ? Ont-elles des commentaires ou des conseils à donner ? Bien qu'il soit utile de recueillir leurs avis et conseils avant de commencer, il est également important de remettre les contenus finis aux personnes en situation de handicap et à leurs aidants, et de leur demander de les revoir, critiquer et commenter, puis de modifier les contenus en conséquence.

Pour plus d'informations, notamment pour des conseils sur les plans de dissémination, voir : **Outil 7: Contenus accessibles en lien avec l'information, l'éducation et la communication**¹⁶⁹.

Lignes directrices :

► **Accessibilité économique**

1. Assurez-vous que les services sont économiquement accessibles, c'est-à-dire que les informations, les biens et les services doivent être financièrement abordables.

- Programmez des rendez-vous après les heures de travail pour éviter aux usagers de devoir s'absenter de leur travail pour recevoir des services¹⁷⁰.
- Aidez les femmes et jeunes en situation de handicap à accéder à des programmes de protection sociale, notamment d'aide au revenu¹⁷¹.
- Dans la mesure du possible, proposez des services, médicaments ou équipements gratuits, à un tarif subventionné ou à un prix dégressif. Si une personne bénéficie d'une réduction, veillez à ce que cette information reste confidentielle¹⁷².
- Ne présumez pas que les gens ont accès à un moyen de transport, à Internet, à un ordinateur, etc¹⁷³.

- Pendant les **situations de crise humanitaire**, la question de l'accessibilité économique devient encore plus cruciale pour tout le monde, mais surtout pour les femmes et les jeunes en situation de handicap. Ces derniers sont souvent privés de l'aide publique ou des aidants dont ils dépendent financièrement, ce qui accroît leur vulnérabilité. Compte tenu des lourdes pressions économiques que subissent les pouvoirs publics et les prestataires de services pendant et après une situation d'urgence, les fonds servant aux aménagements de services, à l'interprétation et aux autres aménagements nécessaires aux femmes et aux jeunes en situation de handicap peuvent être limités et ne pas constituer une priorité. Les instances décisionnaires et le monde politique local et national doivent s'assurer que des fonds suffisants sont alloués dans les plans nationaux d'urgence aux services liés aux handicaps et à l'accessibilité, mais aussi qu'ils soient considérés comme une priorité et employés efficacement pendant toute la durée d'une situation d'urgence ou dans les milieux aux ressources extrêmement faibles.



De jeunes personnes en situation de handicap apprennent à l'aide d'un ordinateur à Vadodara, en Inde.

© 2016 Ghanshyam Kahar, Courtesy of Photoshare

POINT DE DÉPART

Lignes directrices pour les prestataires de services et le personnel d'appui travaillant auprès de femmes et de jeunes porteurs de divers handicaps

Femmes et jeunes porteurs d'un handicap physique :

- Ne présumez pas qu'en raison de son handicap physique, la personne bénéficiaire des services présente également un handicap intellectuel¹⁷⁴.
- Asseyez-vous à la hauteur du regard des bénéficiaires des services quand cela est possible¹⁷⁵.
- Ne déplacez pas les béquilles, cannes, déambulateurs ou fauteuils roulants sans l'autorisation de la personne concernée ou sans vous arranger pour qu'ils reviennent à leur place¹⁷⁶.
- Ne touchez pas un fauteuil roulant et ne vous penchez pas dessus sans l'autorisation de la personne qui l'utilise¹⁷⁷.
- Demandez à la personne handicapée de vous guider dans la réalisation du transfert vers le lit de consultation ou la machine¹⁷⁸.

Femmes et jeunes porteurs d'un handicap sensoriel :

- Avec une personne sourde ou malentendante¹⁷⁹ :
- Assurez-vous de capter son attention avant de parler¹⁸⁰.
- Si la personne bénéficiaire des services n'est pas face à vous, touchez-lui doucement l'épaule¹⁸¹.
- Ne criez pas et n'exagérez pas votre élocution¹⁸².

- Regardez-la directement et ne couvrez pas votre bouche¹⁸³.
- Informez-vous dès que possible de la méthode de communication qu'elle préfère et notez-le.¹⁸⁴
- Parlez lentement et clairement pour faciliter la tâche des personnes qui lisent sur les lèvres¹⁸⁵.
- Faites appel à quelqu'un, au préalable ou sur demande, pour utiliser le système CART ou interpréter en langue des signes¹⁸⁶.

Avec une personne aveugle ou malvoyante¹⁸⁷ :

- Ne touchez pas la personne sans vous annoncer.
- Ne présumez pas que les bénéficiaires de services ne peuvent pas vous voir du tout¹⁸⁸.
- Parlez normalement¹⁸⁹.
- Laissez l'animal d'assistance l'accompagner en permanence.
- Ne lui retirez jamais sa canne ou son outil de mobilité¹⁹⁰.
- Dites au revoir avant de vous éloigner ou de partir¹⁹¹.
- Mettez des informations en gros caractères, en braille ou au format audio à la disposition des personnes qui le demandent¹⁹² :
- Fournissez des informations au format numérique à l'avance pour que la personne puisse les lire avec un lecteur d'écran avant son rendez-vous.
- Utilisez des aides visuelles et techniques pour les personnes qui le demandent¹⁹³.

Avec une personne ne parlant pas clairement¹⁹⁴ :

- Ne supposez pas, du fait qu'une personne bénéficiaire des services parle lentement ou est difficile à comprendre, qu'elle est atteinte de troubles de l'apprentissage ou de la compréhension¹⁹⁵.
- Demandez-lui de répéter lorsque vous ne comprenez pas quelque chose¹⁹⁶.
- Posez des questions auxquelles elle peut répondre par oui ou par non¹⁹⁷.
- Laissez-lui tout le temps dont elle a besoin pour expliquer son problème¹⁹⁸.
- Faites preuve de patience¹⁹⁹.

Femmes et jeunes porteurs de handicap intellectuel :

- Utilisez des mots simples et des phrases courtes²⁰⁰.
- Répétez les instructions et les informations importantes de différentes manières, en faisant appel à des outils pédagogiques variés, pour aider la personne bénéficiaire des services à comprendre (poupées ou modèles exacts sur le plan anatomique, jeux de rôles...).
- Offrez-lui des instructions simples ou des guides d'information qu'elle peut emporter chez elle pour les consulter (langage simple, lecture facile, guides illustrés, instructions vidéo).
- Faites preuve de patience²⁰¹.
- Ne la traitez pas comme un enfant²⁰².
- Donnez-lui un numéro de téléphone ou un moyen de recontacter le prestataire de services si elle a des questions par la suite.

Femmes et jeunes porteurs de handicap psychosocial :

- Prenez des mesures visibles pour favoriser et instaurer la confiance entre vous et la personne bénéficiaire des services²⁰³.
- Proposez des formations à l'ensemble des prestataires, du personnel et des membres de la famille pour favoriser l'acceptation, faire évoluer les comportements et inspirer confiance²⁰⁴.
- Améliorez la communication entre les prestataires de services liés à la violence fondée sur le genre et à la SDR et les prestataires de services de santé mentale²⁰⁵.
- Proposez des groupes de soutien²⁰⁶.
- Veillez à ce que tout le personnel d'appui et vous-même traitiez toujours les bénéficiaires des services avec respect, en reconnaissant leurs points forts²⁰⁷.
- Proposez des informations et des orientations vers des dispositifs d'aide à la prise de décision et vers un intermédiaire de confiance, le cas échéant. Chacun peut désigner un intermédiaire de confiance pour prendre à sa place des décisions d'ordre médical lorsqu'il n'est pas en mesure de décider par lui-même. Il s'agit d'un dispositif garantissant le respect des souhaits de la personne concernée.



Services liés à la violence fondée sur le genre pour les femmes et les jeunes en situation de handicap

3.1 Contexte

La violence fondée sur le genre revêt plusieurs formes : elle peut être physique, morale, psychologique, sexuelle ou économique. La violence fondée sur le genre, aussi appelée « violence basée sur le genre », « VBG » ou « violence sexuelle et sexiste », est un terme générique décrivant les actes préjudiciables qui sont commis contre le gré de quelqu'un en se fondant sur les différences établies par la société entre les hommes et les femmes (le genre). Le terme sert principalement à souligner le fait que le déséquilibre structurel des rapports de force entre hommes et femmes à travers le monde, fondé sur des facteurs liés au genre, expose les femmes à de multiples formes de violence. Comme défini dans la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (1993), la violence fondée sur le genre englobe les actes qui causent un préjudice ou des souffrances

physiques, sexuelles ou psychologiques, ainsi que la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. Le terme est également utilisé par certains pour décrire certaines formes de violence sexuelle à l'égard des garçons et des hommes ou encore des actes de violence ciblant les populations LGBTI, lorsque ces actes sont liés à des normes inégalitaires de masculinité et/ou d'identité de genre²⁰⁸. Ainsi, contrairement à une croyance très répandue, les hommes et les garçons peuvent aussi être victimes/survivants de violences fondées sur le genre²⁰⁹.

Les femmes et les jeunes en situation de handicap subissent non seulement les mêmes formes de violence fondée sur le genre que les autres personnes, mais aussi des actes de violence fondée sur le genre spécifiquement liés à leur condition :

abus sexuels de la part des aidants, privation de traitement ou de matériel d'assistance, soins délibérément insuffisants, privation de nécessités telles que l'alimentation ou l'hygiène, contrôle des dispositifs de détection, contrôle financier, restriction des dispositifs de communication, « viol des vierges », mariage précoce ou forcé, procédures médicales imposées de force ou par la contrainte (p. ex. stérilisation, contraception, avortement), séquestration²¹⁰. Les prestataires de services et le personnel d'appui doivent être déterminés à comprendre les formes de violence fondée sur le genre qui touchent spécifiquement les femmes et les jeunes dans des situations diverses de handicap. Cette première étape est essentielle pour élaborer des programmes efficaces et adaptés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap.

Risque accru

Des études indiquent que 3 % des personnes en situation de handicap ont signalé avoir subi des violences au cours de l'année écoulée, mais ce pourcentage est sensiblement plus élevé pour les personnes souffrant d'un handicap mental²¹¹. Les personnes en situation de handicap courent trois fois plus de risques que les autres personnes de subir des violences physiques, sexuelles et psychologiques²¹². Les femmes en situation de handicap courent jusqu'à 10 fois plus de risques d'être victimes de violence sexuelle²¹³. Les garçons et les hommes en situation de handicap courent deux fois plus de risques que les autres de subir des sévices sexuels durant leur vie²¹⁴. En fait, selon les estimations, 40 % à 68 % des jeunes femmes en situation de handicap subiront des violences sexuelles avant l'âge de 18 ans²¹⁵, contre 16 % à 30 % pour les jeunes hommes en situation de handicap²¹⁶. De même, l'UNICEF a déterminé que les enfants en situation de handicap risquent 1,7 fois plus d'être victimes de violence que ceux ne souffrant pas de handicap²¹⁷. Quand le handicap entrave la capacité d'un individu à communiquer, et donc à révéler les mauvais traitements subis, le risque de violence est encore plus élevé²¹⁸. Par exemple, les enfants

atteints de déficiences intellectuelles courent presque cinq fois plus de risques que les enfants non en situation de handicap de subir des violences sexuelles²¹⁹. Ces taux plus élevés de violence s'expliquent par la stigmatisation, la discrimination, les croyances traditionnelles préjudiciables, l'absence d'aide (y compris de services de répit) accordée par les personnes chargées des soins, le manque de connaissances sur le handicap, la plus forte vulnérabilité due au besoin de recevoir des soins, la dépendance et l'impunité²²⁰.

Les femmes en situation de handicap sont également davantage exposées à la pauvreté et à l'isolement que les hommes en situation de handicap et que les autres personnes, même dans les pays où le niveau de vie est élevé²²¹. Cela les rend plus vulnérables à la violence économique et renforce les obstacles financiers les empêchant d'échapper à des situations de violence et d'accéder à des services.

Les risques de violence fondée sur le genre augmentent dans les situations de crise humanitaire²²², surtout pour les femmes et les jeunes en situation de handicap²²³, en raison des changements touchant les rôles assignés à chaque genre, du stress vécu par la famille, des idées reçues concernant les capacités des personnes en situation de handicap, de la perte des réseaux communautaires de soutien et des mécanismes de protection, d'une aggravation de l'isolement social, de la pauvreté et de l'insuffisance des revenus, et des barrières environnementales²²⁴.

Services à fournir

Bien que la violence fondée sur le genre touche plus fréquemment les femmes et les jeunes en situation de handicap, les lois et les politiques en la matière tiennent rarement compte, dans leur définition juridique de ce type de violence, des formes spécifiques de violence que subissent ces individus, telles que les violences infligées par les aidants ou à l'encontre des garçons adolescents et des jeunes

hommes en situation de handicap. En conséquence, il arrive parfois que les femmes et les jeunes en situation de handicap se voient refuser les services offerts aux victimes de violences fondées sur le genre, que les personnes coupables d'actes de ce type ne soient pas tenues responsables et que les services de prévention ciblant les personnes en situation de handicap ne reçoivent pas suffisamment de subventions.

Les recommandations données dans cette partie sont organisées par ordre de priorité des interventions et des services, distincts mais interconnectés, requis par une femme ou un jeune handicapé qui

court le risque de subir, ou subit déjà, des violences fondées sur le genre. Les services à fournir doivent répondre aux besoins immédiats des victimes/survivants de violences fondées sur le genre en matière de santé affective et psychologique, à leurs besoins immédiats en matière de santé physique, à leurs besoins continuels en matière de sécurité, et à leurs besoins continuels en matière d'aide et de santé mentale²²⁵. Il convient de considérer chacune de ces catégories de besoin en relation avec les autres afin d'assurer, en faveur des femmes et des jeunes en situation de handicap, un continuum de soins dans tous les domaines de services aux victimes de violences fondées sur le genre.

Point terminologique : le terme « victime/survivant »

Le terme « victime/survivant » sert à désigner une personne qui a subi ou qui est en train de subir ces actes de violence fondée sur le genre. L'utilisation des mots « victime » et « survivant » ont soulevé des débats. Dans son *Étude approfondie sur la violence à l'égard des femmes*, le Secrétaire général des Nations Unies explique « qu'il conviendrait d'éviter le terme « victime » qui suggère une passivité, une faiblesse et une vulnérabilité intrinsèque sans traduire la capacité de résistance et les moyens d'action des femmes dans la réalité. Pour d'autres, le terme de « survivante » pose problème dans la mesure où il nie la position de victime des femmes qui ont été les cibles de crimes violents »²²⁶. Par respect pour les préférences individuelles respectives, les deux termes sont utilisés dans le présent guide.

3.2 Cadre de protection des droits humains en matière de violence basée sur le genre

Il est communément admis que la violence fondée sur le genre est une forme de discrimination qui porte atteinte aux droits fondamentaux²²⁷ suivants :

- Le droit de ne pas être soumis à la violence fondée sur le genre, protégé par la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH)²²⁸, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes²²⁹ et la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE)²³⁰.
- Le droit au rétablissement physique et psychologique, à la réadaptation et à la réinsertion sociale des victimes de violence, de maltraitance ou d'exploitation, protégé par la CDPH²³¹ et la CDE²³².
- Le droit à l'égalité et à la non-discrimination, protégé par le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP)²³³, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)²³⁴, la CDPH²³⁵ et la CEDAW²³⁶.
- Le droit à la vie, protégé par le PIDCP²³⁷, la CDPH²³⁸ et la CDE²³⁹.
- Le droit de ne pas être soumis à la torture ou à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, protégé par le PIDCP²⁴⁰, la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (CCT)²⁴¹, la CDPH²⁴² et la CRC²⁴³.
- Le droit à la liberté et à la sécurité de la personne, protégé par le PIDCP²⁴⁴ et la CDPH²⁴⁵.
- Le droit de consentir au mariage et à l'égalité des droits dans le mariage, protégé par le PIDCP²⁴⁶, le PIDESC²⁴⁷, la CEDAW²⁴⁸ et la CDPH²⁴⁹.
- Le droit de ne pas être soumis à des pratiques préjudiciables aux femmes et aux jeunes en situation de handicap, protégé par la CDPH²⁵⁰, la CEDAW²⁵¹ et la CDE²⁵².

- Le droit à l'égalité devant la loi et à l'accès à la justice, protégé par le PIDCP²⁵³ et la CDPH²⁵⁴.
- Le droit à un niveau de vie suffisant et à la protection sociale, protégé par le PIDESC²⁵⁵ et la CDPH²⁵⁶.
- Le droit à la protection et à la sécurité des personnes en situation de handicap dans les situations à risque, y compris les situations d'urgence humanitaire, protégé par la CDPH²⁵⁷.

S'agissant de la violence fondée sur le genre, les États possèdent, en vertu de la législation internationale relative aux droits humains, des obligations spécifiques de prévention, de protection, d'enquête, de punition et de réparation, un ensemble d'obligations généralement appelé obligations de diligence²⁵⁸. Un aspect essentiel de ces obligations consiste à établir un arsenal complet de lois et de politiques visant à prévenir et à punir les actes de violence fondée sur le genre²⁵⁹.

Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes encourage vivement les États à adopter un certain nombre de mesures de lutte contre la violence fondée sur le genre, notamment les mesures suivantes :

- Adopter des lois interdisant toute forme de violence fondée sur le genre dans la sphère publique et privée et veiller à ce que la législation relative aux agressions sexuelles englobe le viol conjugal, le viol commis par une connaissance ou un(e) ami(e) ainsi que d'autres circonstances dans lesquelles le consentement n'est pas librement donné²⁶⁰.
- Abroger « l'ensemble des lois qui empêchent ou découragent les femmes de signaler la violence fondée sur le genre, telles que les lois relatives à la tutelle qui privent les femmes de capacité juridique ou limitent la capacité de témoignage des femmes en situation de handicap devant un tribunal »²⁶¹.

- Adopter des mesures destinées à prévenir les actes de violence fondée sur le genre, y compris des mesures s'attaquant aux causes sous-jacentes de cette forme de violence (telles que les stéréotypes patriarcaux), et organiser des campagnes de sensibilisation²⁶².
- Fournir une protection adaptée et des services d'assistance aux victimes/survivants²⁶³.
- Prendre toutes les mesures possibles, qu'elles soient légales ou non, de nature préventive ou protectrice, afin de fournir une protection efficace contre la violence fondée sur le genre²⁶⁴.

Le Comité des droits des personnes handicapées a rappelé l'obligation qu'ont les

États d'appliquer des mesures de diligence raisonnable en rapport avec le droit dont disposent les femmes en situation de handicap de ne pas être soumises à l'exploitation, à la violence et à la maltraitance, parce qu'elles courent un risque plus grand en la matière que les autres femmes²⁶⁵. Le Comité des droits de l'enfant a expliqué que les États doivent, dans le cadre de leur obligation de protéger les enfants contre toutes les formes de violence, « favoriser davantage le développement des programmes institutionnels de prévention et de réadaptation ainsi que la réinsertion sociale des adolescents victimes de violences »²⁶⁶ et a rappelé la nécessité d'associer les adolescents à l'élaboration de ces programmes et stratégies²⁶⁷.



Un groupe de femmes policières travaille avec des membres de la communauté au Libéria.

© UNFPA/Marcus Bleasdale/VII

SITUATIONS D'URGENCE

Concepts principaux : Normes en matière de violence fondée sur le genre

Tous les services proposés et dispensés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap doivent respecter ces normes minimales. Les organismes internationaux ont élaboré une gamme complète de normes minimales en matière d'égalité des sexes²⁶⁸, destinée aux interventions d'urgence en faveur des victimes d'actes de violence fondée sur le genre²⁶⁹, mais ces directives ne sont pas adaptées aux personnes en situation de handicap. Les prestataires de services devraient collaborer avec les femmes et les jeunes en situation de handicap pour définir les adaptations et les aménagements nécessaires à leur mise en œuvre auprès de ce public.

Normes minimales pour la prévention et la réponse à la violence fondée sur le genre dans les situations d'urgence²⁷⁰

Les normes suivantes constituent les normes minimales définies par l'UNFPA en réponse au risque accru de violence fondée sur le genre que suscitent les situations d'urgence, telles que les catastrophes naturelles ou les conflits, particulièrement contre les femmes et les filles.

1. Participation : les communautés, notamment les femmes [et les jeunes en situation de handicap], participent activement à la réponse à la violence fondée sur le genre dans le but de promouvoir l'accès des survivant(e)s aux services.
2. Systèmes nationaux : les actions de prévention, d'atténuation et de réponse à la violence fondée sur le genre dans les situations d'urgence permettent de renforcer les systèmes nationaux et les capacités locales.
3. Normes sociales et sexospécifiques : le programme de préparation, de prévention et d'intervention en situation d'urgence favorise la promotion de normes sociales et sexospécifiques en vue de mettre un terme à la violence fondée sur le genre.
4. Collecte et utilisation des données : des données de qualité ventilées selon le genre et portant sur la nature et la portée de la violence fondée sur le genre ainsi que sur la disponibilité et l'accessibilité des services éclairent le programme, les politiques et le plaidoyer.
5. Prise en charge médicale : tous les survivants de violence fondée sur le genre (filles, femmes, garçons et hommes, y compris en situation de handicap) ont accès à des services de santé vitale de qualité, et en particulier à des services de gestion clinique des victimes de viol (et de violence sexuelle).
6. Santé mentale et soutien psychosocial : les survivant(e)s de la violence fondée sur le genre bénéficient de services de santé mentale et d'un soutien psychosocial axés sur le rétablissement, l'autonomisation et le relèvement.
7. Sécurité : des mesures de sécurité sont instituées pour prévenir et atténuer la violence fondée sur le genre et protéger les survivant(e)s.
8. Accès à la justice et assistance juridique : les secteurs juridique et judiciaire protègent les droits des survivant(e)s et leur permettent d'accéder à la justice conformément aux normes internationales.
9. Kits de dignité : des kits de dignité adaptés aux réalités culturelles sont distribués aux populations touchées afin de réduire leur vulnérabilité et de mettre en contact les femmes et les filles [ainsi que les jeunes en situation de handicap] avec les services d'information et de soutien.
10. Autonomisation socio-économique : les femmes et les adolescentes [et les jeunes en situation de handicap] disposent de moyens de subsistance pour atténuer le risque de violence fondée sur le genre, et les survivant(e)s bénéficient d'un soutien socio-économique dans le cadre d'une réponse multisectorielle.
11. Systèmes d'orientation : des systèmes d'orientation sont développés pour orienter à temps et en toute sécurité les femmes, les filles, [les jeunes en situation de handicap] et les autres groupes à risque vers les services multisectoriels de prévention et de réponse appropriés.
12. Intégration transversale : l'atténuation des risques de violence fondée sur le genre et le soutien aux survivant(e)s sont intégrés dans tous les secteurs humanitaires, toutes les étapes du cycle de programmation et tout au long de l'intervention d'urgence.
13. Préparation et évaluation : les risques potentiels de violence fondée sur le genre et les groupes vulnérables

- sont identifiés grâce à des évaluations sexospécifiques (et sensibles au handicap) de qualité. Des mesures d'atténuation des risques sont instaurées avant le déclenchement de la situation d'urgence.
14. Coordination : la coordination permet de mettre en place des actions efficaces pour atténuer la violence fondée sur le genre, en prévenir les risques et ainsi faciliter l'accès des survivant(e)s à des services multisectoriels.
 15. Plaidoyer et communication : les stratégies de plaidoyer et de communication sont menées de façon coordonnée afin d'obtenir plus de financements et de favoriser la modification des politiques et pratiques dans le but d'atténuer le risque de violence fondée sur le genre ; elles renforcent par ailleurs la résilience des femmes et des filles (et des jeunes en situation de handicap) et créent un environnement protecteur pour tous.
 16. Suivi et évaluation : des informations objectives, recueillies dans le respect des principes éthiques et de sécurité, sont utilisées pour améliorer la qualité et la fiabilité des programmes de réponse à la violence fondée sur le genre.
 17. Ressources humaines : un personnel qualifié, compétent et expérimenté est recruté et déployé dans les meilleurs délais pour concevoir, coordonner et/ou mettre en œuvre des programmes de prévention des risques et de lutte contre la violence fondée sur le genre en situations d'urgence (le recrutement devrait inclure des candidats en situation de handicap).
 18. Mobilisation des ressources : des ressources financières sont rapidement mobilisées pour prévenir, atténuer et lutter contre la violence fondée sur le genre dans les situations d'urgence²⁷¹.
- « Intégrer des stratégies de prévention et d'atténuation de la violence sexiste dans les activités de suivi de la protection et soutenir l'élaboration de stratégies communautaires de protection.
 - Dans le cadre du suivi de la protection, prendre en compte les facteurs pouvant, de manière générale, exacerber les risques de violence fondée sur le genre dans un contexte donné (p. ex. déplacements, proximité de forces armées et/ou de frontières internationales, insécurité des routes pour la collecte d'eau/de bois et l'accès au lieu de travail, à l'école, problèmes de sécurité pour les personnes qui restent à leur domicile, horaires et lieux de distribution de vivres et d'articles non alimentaires, surpeuplement des camps/logements/abris/appartements, séparations familiales, emplacement des points d'eau et installations sanitaires, perte des pièces d'identité, etc.).
 - Si possible, intégrer un spécialiste de la violence fondée sur le genre ou au moins un membre du personnel spécialiste en la matière à l'équipe de suivi de la protection. Cela est particulièrement important lors de la mise en œuvre d'activités de suivi de la protection portant spécifiquement sur les problèmes ou les cas de violence fondée sur le genre. Veiller à ce que les processus de suivi de la protection soient conformes aux principes directeurs en matière de violence fondée sur le genre.
 - Soutenir l'élaboration de stratégies communautaires pour surveiller les zones à haut risque. Combiner une présence ciblée et active autour de certaines zones à haut risque à une présence plus mobile et couvrant un plus vaste territoire, afin de donner aux personnes protégées et aux contrevenants potentiels l'impression d'une « veille continue ». Ces stratégies peuvent se traduire par :
 - des programmes de surveillance et/ou des groupes de sécurité communautaires ;
 - des patrouilles de sécurité ;
 - si la situation le permet, des visites fréquentes et régulières sur le terrain de responsables du suivi de la protection, afin d'évaluer les préoccupations en matière de protection contre les risques de violence fondée sur le genre des communautés (camps, villages) »²⁷³.

Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence fondée sur le genre dans l'action humanitaire (Comité permanent interorganisations) : Protection.²⁷²

Les actions énumérées ci-après figurent parmi celles que le Comité permanent interorganisations considère comme essentielles pour la protection contre la violence fondée sur le genre. Si le lecteur souhaite des informations plus détaillées, il consultera le chapitre des directives de l'IASC consacré à la protection.

3.3 Services de prévention de la violence fondée sur le genre destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap

3.3.1 Présentation du problème

La prévention des actes de violence fondée sur le genre avant qu'ils ne soient commis est un aspect essentiel de la lutte contre cette forme de violence et une composante fondamentale de l'obligation de diligence des États. La prévention de la violence fondée sur le genre requiert à la fois des politiques de haut niveau et des interventions communautaires. Les programmes de prévention de la violence fondée sur le genre ciblant les femmes et les jeunes en situation de handicap comportent plusieurs volets : la promotion de lois, de politiques et de campagnes de sensibilisation visant à prévenir les violences sexistes contre les femmes et les jeunes en situation de handicap et à enrayer les stéréotypes et pratiques préjudiciables qui contribuent à ce genre de violence ; des programmes éducatifs portant sur le droit de ne pas être soumis à des actes de violence fondée sur le genre, sur les moyens d'identifier et de signaler ce type de violence ; l'identification des victimes/survivants de violence fondée sur le genre²⁷⁴. Les initiatives visant à renforcer l'indépendance économique, les régimes de prise de décisions assistée et d'autres formes d'autonomie pour les femmes et les jeunes en situation de handicap, ainsi que les initiatives en faveur de leur famille ou des aidants (soutien, éducation, services de répit), sont autant de mesures préventives supplémentaires. Des campagnes de prévention efficaces ciblent également les causes profondes de la violence fondée sur le genre contre les femmes et les jeunes en situation de handicap, notamment les inégalités entre les sexes, la discrimination basée à la fois sur le genre et le handicap et l'absence d'un système de protection sociale tenant compte du handicap et du genre et de services d'assistance sociale pour les personnes en situation de handicap et leur famille.

3.3.2 Lignes directrices pour la prévention fondée sur les droits de la violence fondée sur le genre

Cette section aborde les problèmes fréquemment rencontrés par les femmes et les jeunes en situation de handicap ainsi que les obstacles à la prévention des actes de violence fondée sur le genre qu'ils subissent. Les lignes directrices ci-après constituent des recommandations visant à garantir la disponibilité et l'accessibilité de programmes de prévention de la violence fondée sur le genre qui soient acceptables et de qualité pour les femmes et les jeunes en situation de handicap. Elles s'appuient sur les lignes directrices fondamentales décrites au **chapitre 2** ; elles ne sont pas exhaustives, mais constituent une base pour l'élaboration de services et de programmes tenant compte des handicaps.

Principales considérations

- En raison de préjugés, d'un manque de connaissance de la nature des violences subies par les personnes en situation de handicap et d'une absence de pratiques prometteuses, les campagnes de sensibilisation à la violence fondée sur le genre abordent rarement les violences subies par les femmes et les jeunes en situation de handicap. De plus, de par leur conception et leur présentation, ces campagnes tiennent rarement compte des difficultés des femmes et des jeunes en situation de handicap, avec tout ce que cela implique en termes d'accessibilité.
- Les femmes et les jeunes en situation de handicap sont souvent exclus des programmes éducatifs portant sur des relations saines, la violence fondée sur le genre ou d'autres aspects fondamentaux de la prévention, ce qui les prive de la possibilité d'apprendre à nouer des relations saines, de comprendre ce que sont les contacts appropriés et d'apprendre à éviter, reconnaître et signaler les cas d'exploitation, de violence et de maltraitance. Leur exclusion des programmes éducatifs les expose à un plus grand risque de subir des violences et permet aux agresseurs de viser les personnes en situation de handicap en toute impunité.

- Le manque d'accessibilité des mesures de prévention peut empêcher les femmes et les jeunes en situation de handicap d'être identifiés comme victimes de violence fondée sur le genre, ou encore gêner le signalement de ces violences. En matière de violence fondée sur le genre, les programmes de prévention axés sur les personnes en situation de handicap ne reçoivent pas suffisamment de subventions, ce qui limite leur efficacité et leur accessibilité à ces femmes et à ces jeunes, alors qu'ils sont essentiels pour cette population particulièrement menacée.
- La pauvreté et la dépendance économique peuvent exacerber le risque de violence contre les femmes et les jeunes en situation de handicap.
- Les individus de sexe masculin ayant survécu à la violence sexuelle étant moins susceptibles que les femmes et les filles de révéler ce qu'ils ont subi, cette forme de violence est « largement sous-représentée » dans les statistiques officielles²⁷⁵.

Lignes directrices :

► **Disponibilité**

1. Concevoir, en matière de violence fondée sur le genre, des formations efficaces sur les droits des femmes et des jeunes en situation de handicap, notamment sur les moyens de signaler les actes de violence et de maltraitance. Ces formations et les supports éducatifs utilisés devraient être adaptés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap²⁷⁶.

► **EXEMPLE :**

L'ONG *Human Rights Watch* a rédigé un guide facile à lire destiné à aider les personnes atteintes d'une déficience intellectuelle ou d'apprentissage à mieux comprendre ce qu'elles doivent faire si elles sont victimes de violences fondées sur le genre. Ce guide est intitulé ***What to Do if Someone Hurts You or Does Bad Things to You: Information about Gender-Based Violence for People with Disabilities***²⁷⁷.

2. Élaborer des programmes portant sur la santé sexuelle et reproductive et sur les droits qui y sont liés afin d'aider les femmes et les jeunes en situation de handicap à acquérir les compétences nécessaires à la vie courante et à comprendre leur santé sexuelle et reproductive et leurs droits en la matière. Le droit à la santé ne se limite pas aux soins médicaux, mais concerne aussi la santé sexuelle et reproductive et les droits qui y sont liés, notamment le droit à être protégé efficacement contre la violence fondée sur le genre²⁷⁸. Pour de plus amples informations, reportez-vous à la section 4.5 sur l'éducation complète à la sexualité pour les femmes et les jeunes en situation de handicap.

► **EXEMPLE :**

*Le Réseau d'action des femmes handicapées (DAWN) et l'Association canadienne pour l'intégration communautaire (CACL) ont créé à l'intention des personnes en situation de handicap et de leur famille une série d'ateliers intitulée **Our right to be safe! Building Safe Communities for People with Disabilities and Deaf People**. Ce programme fournit des recommandations pratiques grâce à des ateliers interactifs sur la prévention de la violence et les services aux personnes en situation de handicap. L'atelier consacré à ces derniers aborde plusieurs formes de maltraitance et aide les participants à mettre au point un plan de sécurité et à identifier leurs besoins en matière d'accessibilité. L'atelier destiné aux prestataires de services expose, dans un souci de favoriser leur élimination, la nature et l'incidence des obstacles rencontrés par les personnes en situation de handicap dans leur recherche d'une assistance*²⁷⁹.

3. Élaborer des programmes visant à réduire l'isolement des femmes et des jeunes en situation de handicap, à les mettre en contact avec des prestataires de services et à rendre les personnes en situation de handicap plus visibles dans leur communauté²⁸⁰.

► **EXEMPLES :**

Les initiatives suivantes font partie des bonnes pratiques : procédures d'identification de la violence fondée sur le genre adaptées aux personnes en situation de handicap ; permanences téléphoniques accessibles et adaptées aux femmes, aux enfants, aux adolescents et aux jeunes personnes ; numéro d'urgence pour SMS ; permanence téléphonique mondiale ; programmes d'éducation inclusifs ; programmes de logement abordable ; cadre juridique permettant aux enfants d'avoir accès à des services sans le consentement de leurs parents ; transport gratuit ou subventionné.

4. Créer des programmes qui favorisent des relations sûres, stables et épanouissantes entre les personnes en situation de handicap et leur famille, leur partenaire, les membres de leur communauté et leurs aidants.

► **EXEMPLE :**

*Le document **Challenging Discrimination Against Women with Disabilities: A Community Toolkit**, élaboré à l'initiative d'une ONG cambodgienne, est un bon exemple de ressource que les prestataires de services et le personnel d'appui peuvent utiliser pour favoriser l'inclusion et protéger les femmes en situation de handicap contre la violence fondée sur le genre au sein de leur communauté²⁸¹.*

Lignes directrices :

► **Accessibilité**

1. Veiller à ce que les programmes de prévention ciblent les lieux isolés de façon à fournir aux femmes et aux jeunes en situation de handicap les plus vulnérables (à savoir, les personnes dans des institutions ou des logements collectifs isolés, les femmes et les jeunes des populations autochtones et rurales, les personnes LGBTI, ainsi que les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays) des informations sur les droits en matière de violence fondée sur

le genre et sur la façon de signaler des faits de violence.

2. Élaborer, au niveau communautaire et sur la base du volontariat, des programmes éducatifs et des formations sur la prévention, l'identification et la gestion de la violence fondée sur le genre afin d'offrir une solution de remplacement financièrement plus abordable que les programmes éducatifs officiels.

Lignes directrices :

► **Acceptabilité**

1. Investir dans l'apprentissage et la formation des prestataires de services et du personnel d'appui qui sont en contact avec les femmes et les jeunes en situation de handicap, particulièrement les professionnels de la santé, le personnel de direction des établissements scolaires et les travailleurs sociaux. Donner des recommandations détaillées sur la façon de détecter et de signaler les actes de violence contre les femmes et les jeunes en situation de handicap²⁸², y compris les actes de violence sexuelle envers les individus de sexe masculin, ainsi que des formations sur les droits des femmes et des jeunes en situation de handicap et sur les risques qu'ils courent²⁸³.
2. Organiser des campagnes d'information accessibles sur les droits des enfants,²⁸⁴ des femmes,²⁸⁵ et des personnes en situation de handicap,²⁸⁶ sur la vulnérabilité des femmes et des jeunes en situation de handicap à la violence fondée sur le genre,²⁸⁷ et sur le rôle des femmes dans la société,²⁸⁸ et faire connaître les services disponibles.²⁸⁹
3. Créer des programmes à l'intention des familles dont un des membres est handicapé afin d'améliorer les soins et le soutien qu'elles lui apportent. Il peut s'agir par exemple de programmes d'assistance tels que des formations, des conseils, des aides financières ou des services de répit²⁹⁰.

Lignes directrices :

► **Qualité**

1. Veiller à ce que les campagnes d'information et de sensibilisation abordent les formes et les manifestations de violence contre les femmes et les jeunes en situation de handicap, le harcèlement sexuel et les services disponibles. Impliquer le secteur de la santé dans l'organisation de ces campagnes²⁹¹.

► **EXEMPLE :**

*L'outil **Toolkit on Eliminating Violence Against Women and Girls with Disabilities in Fiji** a été créé aux Fidji en partenariat avec des organisations de personnes en situation de handicap. L'objectif était de fournir des recommandations détaillées sur l'élaboration de formations efficaces pour éliminer la violence contre les femmes et les filles en situation de handicap. Il comprend plusieurs modules de formation sur les droits humains en général, notamment le handicap, le genre, la violence contre les femmes et la planification favorisant l'inclusion. Il contient également des annexes utiles, telles que des modèles de formulaire d'évaluation et d'enquête pour mesurer les préjugés sexistes²⁹².*

2. Veiller à ce que les campagnes de sensibilisation abordent la violence fondée sur le genre subie par les garçons et les jeunes hommes en situation de handicap afin de combattre l'idée préconçue selon laquelle les garçons et les hommes ne sont pas victimes de violence fondée sur le genre.
3. Mettre au point des procédures d'identification visant à déterminer si les personnes recevant les services remplissent les conditions requises pour bénéficier de dispositifs de réduction de la pauvreté ou d'autres programmes de soutien, ou fournir l'assistance ou l'orientation nécessaire pour y postuler.
4. Distribuer des informations et concevoir des programmes destinés à limiter l'alcool, les armes à feu, les couteaux et les pesticides disponibles, et à



Une juge préside un procès impliquant une jeune femme au Nicaragua. © UNFPA Nicaragua/Joaquín Zuñiga

réduire leur utilisation préjudiciable et leur accessibilité²⁹³. Ce sont tous des facteurs de risque reconnus en matière de violence fondée sur le genre.

5. Concevoir des services à l'intention des populations déplacées et aménager des locaux où elles pourront recevoir des secours d'urgence afin de prévenir efficacement les actes de violence sexuelle et sexiste durant les crises humanitaires.

3.3.3 Les indicateurs

La liste ci-après donne un aperçu des indicateurs utiles pour suivre et évaluer les progrès accomplis en matière de programmes de prévention de la violence fondée sur le genre. Cette liste n'est pas exhaustive. Elle vise plutôt à illustrer la spécificité, les thèmes et la forme des indicateurs devant être utilisés. Les prestataires de services doivent adapter ces indicateurs selon le contexte et le niveau de leurs programmes, en détaillant notamment le niveau auquel les données sont collectées et les intervenants chargés de cette tâche.

- Les campagnes de sensibilisation abordent la violence fondée sur le genre contre les femmes et les jeunes en situation de handicap.
- Les supports d'information sur la violence fondée sur le genre existent sous des formats variés et accessibles de façon à optimiser la diffusion des informations sur les droits et les services de prévention.

3.4 Services de santé destinés aux victimes/survivants de violence fondée sur le genre en situation de handicap

3.4.1 Présentation du problème

Les prestataires de services de santé et le personnel d'appui jouent un rôle clé dans la « prévention secondaire (visant à arrêter ou minimiser la violence fondée sur le genre) qui consiste à rechercher les cas de violence fondée sur le genre de façon à identifier les femmes et les [jeunes] qui subissent cette forme de violence et à leur fournir l'assistance et l'orientation nécessaires pour que la situation ne se reproduise plus. Les services de santé jouent également un rôle préventif à un troisième niveau : ils dispensent des traitements et des soins destinés à réduire les préjudices subis par les femmes et les [jeunes] souffrant de blessures graves et d'une détérioration de leur santé en raison d'actes de violence fondée sur le genre. De nombreuses stratégies de prévention primaire sont communautaires (interventions éducatives directes en face-à-face) ou prennent la forme de campagnes dans les médias »²⁹⁴. Les femmes et les jeunes en situation de handicap qui sont des victimes/survivants de la violence fondée sur le genre jouissent d'un droit d'accès à des services de santé de qualité, un aspect essentiel de leur rétablissement physique et psychologique.

Au nombre des services importants pour les victimes/survivants de la violence fondée sur le genre, citons : procédures d'identification des victimes/survivants de la violence fondée sur le

genre ; aide d'urgence pour répondre aux besoins immédiats, sur le plan affectif et physique, et en matière de sécurité et d'assistance, des victimes/survivants de violence fondée sur le genre en situation de handicap ; prise en charge des blessures et d'autres questions médicales urgentes ; examen des victimes/survivants d'une agression sexuelle et soins prodigués (accès à une contraception d'urgence pour éviter une grossesse non désirée, mesures prophylactiques visant à prévenir une infection au VIH ou d'autres maladies sexuellement transmissibles et avortement si la loi le permet) ; analyses de la santé mentale et orientation vers un suivi psychosocial ; documentation des actes de violence en vue d'une expertise médico-judiciaire.

3.4.2 Services de santé fondés sur les droits destinés aux victimes/survivant(e)s de violence fondée sur le genre handicapé(e)s

Cette section aborde les obstacles que rencontrent fréquemment les femmes et les jeunes en situation de handicap victimes/survivant(e)s de violences sexistes pour accéder à des services de santé. Les lignes directrices proposées constituent des recommandations visant à garantir la disponibilité et l'accessibilité de services de santé qui soient acceptables, de qualité, fondés sur les droits et adaptés aux besoins et aux situations des victimes/survivant(e)s de violence fondée sur le genre handicapé(e)s. Elles s'appuient sur les lignes directrices fondamentales décrites au **chapitre 2** ; elles ne sont pas exhaustives, mais constituent une base pour l'élaboration de services et de programmes tenant compte des handicaps.

Principales considérations

- L'absence de lois, de règlements et de protocoles clairs et adaptés aux handicaps en matière d'accès des victimes/survivant(e)s de violences fondées sur le genre à la contraception d'urgence, à l'avortement (quand il est légal) et

aux mesures prophylactiques peut se traduire par des grossesses non désirées et par des infections sexuellement transmises qui ne seront pas diagnostiquées ni traitées, ce qui causera des problèmes de santé futurs.

- Les prestataires de services, en raison de l'idée fautive selon laquelle les personnes en situation de handicap ne sont pas sexuellement actives, pourraient ne pas identifier des victimes/survivant(e)s de violences fondées sur le genre²⁹⁵.
- Des services de santé en matière de violence fondée sur le genre qui sont mal informés ou manquent de respect aux victimes/survivant(e)s de ces violences peuvent les traumatiser.
- Quand la nécessité de prodiguer des soins de santé en matière de violence fondée sur le genre n'est pas détectée ou quand une demande d'accès à ces soins n'aboutit pas, les violences fondées sur le genre se poursuivent sur une période plus longue, ce qui expose les victimes/survivant(e)s à un risque accru d'avoir une grossesse non désirée ou de contracter une maladie sexuellement transmissible, et donc à un traumatisme supplémentaire.
- Les femmes et les jeunes en situation de handicap sont exclus des campagnes d'information du grand public en matière de violence fondée sur le genre et de SDSR en raison de facteurs divers, comme les stéréotypes, l'isolement et l'inaccessibilité des formats utilisés.
- Les femmes et les jeunes en situation de handicap n'ont pas accès aux conseils essentiels dont ils ont besoin pour prendre des décisions concernant le suivi médical d'urgence (la contraception d'urgence, l'avortement quand il est légal, le diagnostic des IST et les traitements prophylactiques). Cela peut se traduire par une gêne des prestataires de service et du personnel d'appui quand ils traitent les femmes et les filles en situation de handicap et donc par une réduction de la qualité et de l'efficacité générales des soins²⁹⁶.
- L'inaccessibilité des formulaires d'admission et d'autres obstacles à la communication empêchent

les prestataires de service et le personnel d'appui d'identifier précisément les actes de violence fondée sur le genre et d'évaluer les besoins sur le plan médical des victimes/survivant(e)s en situation de handicap, ainsi que les dangers qui les menacent.

- En situation d'urgence, certains prestataires de services et certains membres du personnel d'appui peuvent arriver à la conclusion que les femmes et les jeunes souffrant de déficiences intellectuelles ne possèdent pas les capacités nécessaires pour bénéficier des services offerts. Ainsi, les services ne sont pas conçus pour les femmes et les jeunes atteints de déficiences intellectuelles ni ne leur sont proposés, bien qu'on ait prouvé qu'ils en ont besoin.

Lignes directrices :

► **Disponibilité**

1. Créer des programmes de formation à l'intention des membres de la famille, des partenaires et des personnes en charge, qui peuvent être la seule voie d'accès aux services essentiels, afin qu'ils comprennent mieux l'importance de l'accès aux services de santé liés aux violences fondées sur le genre.
2. Veiller à ce que des soins médicaux d'urgence accessibles, notamment les médicaments essentiels (contraception d'urgence et prophylaxie des IST), diagnostic de grossesse et des IST, services d'avortement (s'il est légal), soient mis à la disposition des femmes et des jeunes en situation de handicap victimes/survivant(e)s de violences sexistes gratuitement ou à un coût réduit²⁹⁷.

Lignes directrices :

► **Accessibilité**

Des guides illustrés et d'autres formats adaptés à des personnes souffrant de handicaps divers peuvent s'avérer particulièrement utiles pour préparer les femmes et les jeunes aux procédures et examens médicaux.

► **EXEMPLE :**

*Les guides illustrés dits **SANE Picture Guides** conçus par Illinois Imagines sont un bon exemple de guides qui permettent d'améliorer l'accessibilité des services de santé en matière de violence fondée sur le genre. Cette collection a été élaborée afin d'aider les femmes en situation de handicap à mieux comprendre le déroulement d'un examen médical faisant suite à une agression sexuelle. Il existe plusieurs guides à l'intention des femmes en situation de handicap, en fonction de leurs besoins, mais aussi des guides à l'intention des avocats chargés de les assister et du personnel médical²⁹⁸.*

Lignes directrices :

► **Acceptabilité**

1. Créer des procédures et politiques d'identification des situations de violence fondée sur le genre qui soient efficaces et sensibles à la question du traumatisme, et y former l'ensemble des prestataires de services et du personnel d'appui. Les prestataires de services médicaux doivent comprendre qu'ils ont la responsabilité d'identifier les patients en situation de handicap qui subissent ou courent le risque de subir des violences fondées sur le genre et de savoir comment réaliser une identification appropriée et sensible à la question du traumatisme, suivie d'une orientation adaptée²⁹⁹. Les formations doivent combattre activement les idées reçues selon lesquelles les femmes et les jeunes en situation de handicap ne sont pas victimes de violence fondée sur le genre³⁰⁰. Il est particulièrement important de faire participer aux programmes de sensibilisation des prestataires et du personnel d'appui de sexe masculin afin qu'ils apprennent à mieux identifier les femmes et les jeunes, en situation de handicap ou non, qui ont subi des actes de violence fondée sur le genre.³⁰¹
2. Adapter les politiques d'identification des situations de violence fondée sur le genre de façon à identifier les formes spécifiques de violence que subissent les femmes et les jeunes en situation de handicap. Exemples de questions servant à identifier la violence fondée sur le genre :
 - « Y a-t-il quelque chose [à ton sujet] que je dois savoir pour pouvoir m'occuper de toi le mieux possible ?
 - Maintenant que je t'ai expliqué notre programme (itinéraire jusqu'à l'organisme, plan du bâtiment, présentation des services), est-ce que tu as des inquiétudes ou des hésitations ?
 - Est-ce qu'il y a des gens qui contrôlent tes conversations avec les autres ou qui changent ce que tu essaies de dire ?
 - Est-ce que quelqu'un a pris ou cassé quelque chose dont tu as besoin pour être autonome ? Par exemple, ta cane, ton déambulateur, ton fauteuil roulant, ton appareil respiratoire ou ton télécopieur ?
 - Est-ce qu'une personne a l'autorité légale de contrôler ton argent ou tes décisions ? Que se passe-t-il si tu n'es pas d'accord avec les décisions que prend cette personne ?
 - Est-ce que quelqu'un t'empêche de faire appel aux ressources ou à l'assistance dont tu as besoin pour être autonome ? (Par exemple, des services d'orientation professionnelle, des auxiliaires de vie, des personnes accompagnatrices mandatées par un organisme d'assistance aux personnes en situation de handicap, personnel d'assistance spécialisé pour les sourds/aveugles, des lecteurs, des interprètes ?) »³⁰²
3. Veiller à ce que les prestataires de services et le personnel d'appui disposent des compétences et du matériel nécessaires pour dispenser des soins adaptés aux personnes en situation de handicap et aux sexospécificités qui constitueront les premières mesures d'assistance aux personnes identifiées comme victimes/survivantes de violences fondées sur le genre portant des séquelles physiques, psychologiques et affectives. Ces professionnels doivent notamment pouvoir

orienter avec autorité les victimes/survivant(e)s vers les centres de soins en mesure de traiter leurs blessures et les séquelles laissées par les actes de violence fondée sur le genre sur leur état de santé (prophylaxie des IST et contraception d'urgence à la suite d'un viol)³⁰³.

4. Organiser sur une grande échelle des campagnes d'information communautaires accessibles afin de mieux faire connaître les besoins médicaux des victimes/survivant(e)s de violences fondées sur le genre et l'importance de leur prodiguer des soins sans tarder. Les campagnes devraient accorder une place de choix aux femmes et jeunes en situation de handicap et les cibler spécifiquement, ainsi que leur famille, leurs partenaires, leurs aidants et le personnel médical. Pour ce qui est de leur contenu, elles doivent donner la priorité aux formes de maltraitance les plus souvent subies par les personnes en situation de handicap.

Lignes directrices :

► **Qualité**

1. Veiller à ce que les femmes et les filles en situation de handicap qui sont des victimes/survivantes de violences fondées sur le genre aient accès à des informations médicales exactes et à des conseils dénués de préjugés concernant l'accès à la contraception d'urgence, au dépistage des IST, à la prophylaxie après exposition et à l'avortement (s'il est légal) dans le cas où la grossesse est due à un viol. Les conseils donnés devraient expliquer les avantages et les inconvénients des services offerts, le statut légal de l'avortement pour les victimes/survivantes de violences sexuelles, la ligne de conduite en cas de dépistage positif des IST et la disponibilité des traitements anti-IST. Ces conseils doivent être accessibles, respecter la vie privée du patient et la confidentialité des informations, et utiliser des outils de prise de décisions assistée.
2. Établir des protocoles et des directives en matière de visites de suivi, de mise à disposition des résultats d'analyse et d'orientation, et former le personnel à les appliquer. Ces protocoles et directives devraient également aborder les procédures de suivi des personnes vivant dans des établissements.
3. Réunir des **preuves médico-légales**. Les prestataires de services doivent être formés à documenter avec exactitude et à transmettre des preuves médico-légales ; à collecter des échantillons en vue d'une expertise judiciaire ; à fournir des preuves écrites ; à l'importance d'assister aux procédures judiciaires ; aux procédures judiciaires elles-mêmes, notamment à la rédaction de déclarations fermes et résolues³⁰⁴. Les difficultés que soulève le handicap dans la collecte des preuves ne sont pas une raison suffisante pour s'abstenir de le faire.

3.4.3 Les indicateurs

L'exemple ci-après donne un aperçu du genre d'indicateurs qui peuvent être utilisés pour le suivi et l'évaluation des progrès réalisés dans la prestation de services de santé destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap ayant subi des violences fondées sur le genre. Cette liste n'est pas exhaustive. Elle vise plutôt à illustrer la spécificité, les thèmes et la forme des indicateurs utilisés dans le cadre de la prestation de services de santé en matière de violence fondée sur le genre. Les prestataires de services doivent adapter ces indicateurs selon le contexte et le niveau de leurs programmes, en détaillant notamment le niveau auquel les données sont collectées et les intervenants chargés de cette tâche.

- Pourcentage d'établissements dont le personnel a été formé à fournir les services suivants aux victimes/survivant(e)s de violence fondée sur le genre en situation de handicap, et disposant des ressources essentielles pour le faire :

- Une fiche de conseils sur la façon d'optimiser l'examen lorsqu'il n'y a pas de table d'examen disponible.
- Une liste de réflexions et de recommandations utiles à remettre aux interprètes en langue des signes qui assistent les victimes d'une agression sexuelle lors d'une expertise médico-légale.
- Un guide illustré qui explique en termes simples comment se déroule l'examen faisant suite à une agression sexuelle.
- Un guide contenant des instructions sur les détails prioritaires à connaître quand on oriente vers la salle d'examen des victimes/survivant(e)s ayant des déficiences auditives ou visuelles³⁰⁵.

3.5 Services de justice et de police destinés aux victimes/survivants de violence fondée sur le genre en situation de handicap

3.5.1 Présentation du problème

Le concept d'accès à la justice désigne la capacité de recourir aux « systèmes, procédures, informations et locaux utilisés dans l'administration de la justice »³⁰⁶. Dans les présentes directives, l'expression « système judiciaire » renvoie à la fois aux systèmes formels et informels. L'accès à la justice est une composante fondamentale de la reconnaissance et du respect des droits des femmes et des jeunes en situation de handicap³⁰⁷. Dans le cas des victimes/survivant(e)s de violences fondées sur le genre, cela signifie souvent disposer d'un libre accès à un éventail de mécanismes civils et pénaux permettant d'inculper les agresseurs ainsi qu'aux services de justice et de police nécessaires au fonctionnement de ces mécanismes. Les services de justice et de police englobent les services consistant à fournir les informations et l'assistance nécessaires pour faciliter l'obtention d'ordonnances de protection ; la participation à des enquêtes criminelles et aux poursuites contre les agresseurs ; l'obtention par la victime de dommages et intérêts ou d'autres formes de compensation ;

le changement de tutelle ; l'accès à une procédure de divorce. Les mécanismes judiciaires peuvent être des mécanismes formels placés sous l'autorité de l'État ou des mécanismes informels, liés ou non à l'administration publique, tels que les tribunaux coutumiers ou les médiateurs locaux.

3.5.2 Recommandations concernant les services de justice et de police

Cette section porte sur les principaux obstacles qui entravent fréquemment l'accès des femmes et des jeunes en situation de handicap aux mécanismes de justice et de police. Les lignes directrices proposées sont autant de recommandations à l'intention des prestataires de service et du personnel d'appui sur la façon d'améliorer l'accès des femmes et des jeunes en situation de handicap à la justice. Elles s'appuient sur les lignes directrices fondamentales décrites au **chapitre 2** ; elles ne sont pas exhaustives, mais constituent une base pour l'élaboration de services et de programmes tenant compte des handicaps.

Principales considérations

- Les lois et les politiques, telles que celles privant les individus qui souffrent de déficiences intellectuelles du droit de témoigner contre leur agresseur, peuvent empêcher directement les femmes et les jeunes en situation de handicap d'accéder aux mécanismes judiciaires.
- De nombreuses personnes appartenant à l'administration judiciaire nourrissent des préjugés à l'égard des femmes et des jeunes en situation de handicap et ne connaissent pas suffisamment leurs droits et leur parcours. Par exemple, parce que la société en général n'attribue aucune sexualité aux femmes en situation de handicap, les juges, les jurés, les forces de l'ordre et d'autres encore, sous l'effet de ces stéréotypes, peuvent minimiser la crédibilité de leur témoignage et des violences qu'elles sont subies³⁰⁸.
- Les systèmes judiciaires refusent systématiquement de reconnaître la femme handicapée comme un témoin recevable

ou d'accorder suffisamment de crédibilité à son témoignage, ce qui est particulièrement problématique en cas d'agression sexuelle ou d'autres formes de violence fondée sur le genre lorsque le témoignage de la victime/survivante est le seul élément à charge contre l'agresseur³⁰⁹.

- Les femmes souffrant de déficiences cognitives peuvent avoir du mal à se souvenir de la succession des événements, ce qui les rend en apparence moins crédibles en tant que témoin³¹⁰.
- La lourdeur des procédures nécessaires pour changer le tuteur légal ou pour divorcer et la complexité des exigences en matière de preuves sont autant d'obstacles qui empêchent les victimes/survivant(e)s de violences sexistes handicapé(e)s d'accéder à la justice.
- Les femmes et les jeunes en situation de handicap, ainsi que leurs aidants, méconnaissent souvent leurs droits d'accès au système judiciaire et au sein de celui-ci.
- Les informations sur les droits juridiques sont rarement communiquées sous des formats accessibles, ce qui empêche parfois les individus souffrant de déficiences intellectuelles ou visuelles, par exemple, de connaître les droits qu'ils possèdent, ou de savoir comment porter plainte ou comment obtenir une ordonnance de protection, ou encore de comprendre d'autres procédures juridiques ou judiciaires.
- L'absence d'interprète ou d'autres formes d'aide à la communication dans le système judiciaire peut empêcher des femmes et des jeunes en situation de handicap de signaler des actes de violence fondée sur le genre ou de déposer une plainte. Par exemple, l'absence d'interprètes en langue des signes ou de technologies de communication peut priver les femmes et les jeunes en situation de handicap de la capacité à signaler des violences fondées sur le genre.
- Les femmes et les jeunes en situation de handicap n'ont parfois pas accès aux mécanismes judiciaires parce que les tribunaux, les commissariats de police ou les bureaux d'assistance juridique sont physiquement

inaccessibles ou parce qu'ils n'ont pas accès aux services de transport.

- Les dépenses générées par le recours aux services d'un avocat, le transport, le dépôt des dossiers et les services médicaux, ainsi que la dépendance économique envers l'agresseur, créent des obstacles financiers à la justice.
- La famille des femmes et jeunes en situation de handicap et leurs aidants jouent un rôle déterminant dans l'accès à la justice, car elles peuvent soit le faciliter soit le bloquer. Dans les communautés où la violence fondée sur le genre génère un fort sentiment de honte, les prestataires de services pourraient s'apercevoir que la famille et les personnes en charge forment un obstacle encore plus grand.

Lignes directrices :

► **Disponibilité**

1. Concevoir des programmes destinés à renforcer les capacités de la profession juridique (avocats, juges, clerks, etc.) à représenter les victimes/survivant(e)s de violences handicapé(e)s en tenant compte de la question du genre et de leur handicap et à mener une enquête sur des faits de violence fondée sur le genre envers une femme ou un jeune handicapé. Former le personnel à tous les échelons du système judiciaire sur les droits, le vécu et les besoins des femmes et des jeunes en situation de handicap afin de s'assurer que leurs plaintes soient prises au sérieux.
2. Former les forces de l'ordre et d'autres agents intervenant dans les situations d'urgence, tels que les opérateurs des permanences téléphoniques. En formant et en orientant les forces de l'ordre, les prestataires de services peuvent jouer un grand rôle dans l'élimination des obstacles empêchant les femmes et les jeunes en situation de handicap d'accéder à la justice. Considérons la mise en œuvre des recommandations formulées par l'Institut de recherche et de développement sur l'intégration et la société

dans le rapport *People with Mental Health and Cognitive Disabilities & Access to the Justice System*³⁷¹. Ce rapport identifie cinq axes stratégiques d'amélioration de l'accès à la justice pour les personnes atteintes de déficiences mentales et cognitives :

- Cadre réglementaire pour la santé mentale ;
- Programme de formation pour les forces de police ;
- Procédure de recrutement des policiers
- Programmes, protocoles et directives collaboratifs pour la mutualisation intersectorielle des informations ;
- Cours et formations pour d'autres secteurs clés, comme les soins de santé, ainsi que pour les individus et leur famille³⁷².

► **EXEMPLE :**

*L'organisation Safe Austin (États-Unis) a élaboré une formation et un manuel intitulés **In My Jurisdiction: Responding to Crimes Against People with Disabilities, Deaf Individuals, and Older Adults**, qui fournissent aux forces de l'ordre des ressources et des outils*³⁷³.

3. Recruter des prestataires de services juridiques ayant été formés aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap et acceptant d'aider les femmes et les jeunes en situation de handicap à un tarif préférentiel voire gratuitement, et en dresser une liste actualisée.

Lignes directrices :

► **Accessibilité**

1. Élaborer à l'intention des femmes et des jeunes en situation de handicap des programmes accessibles et inclusifs destinés à leur faire connaître leurs droits, notamment leurs droits durant des procédures judiciaires et les voies de recours auprès de la justice et de la police.
2. Offrir des programmes qui fournissent aux femmes et aux jeunes en situation de handicap

l'assistance dont ils ont besoin tout au long du processus judiciaire. Par exemple, des travailleurs sociaux formés peuvent aider les femmes et les jeunes en situation de handicap à toutes les étapes de leur parcours dans le système judiciaire, depuis le signalement des actes de violence fondée sur le genre jusqu'à la phase de remédiation³⁷⁴. Veiller à ce que le personnel d'appui ou les conseillers que la femme ou la jeune personne souhaite contacter avant, pendant ou après la procédure judiciaire soient dûment autorisés à le faire.

► **EXEMPLE :**

*Les programmes de la National Union of Women with Disabilities of Uganda font appel à des conseillers juridiques ayant reçu une formation solide de façon à améliorer l'accès à la justice pour les femmes et les jeunes en situation de handicap. Trente-deux femmes en situation de handicap ont bénéficié d'une formation portant sur les droits des femmes et des filles handicapées en matière de violence fondée sur le genre et de SDR. Ces conseillers juridiques, qui offrent une assistance individualisée en matière de signalement d'agression, réalisent le suivi nécessaire pour que justice soit rendue et plaident en faveur d'une restructuration du système, sont devenus des modèles de référence dans la communauté*³⁷⁵.

3. Élaborer des programmes destinés à améliorer le confort des femmes et jeunes en situation de handicap durant les procédures judiciaires, à aider les victimes/survivant(e)s à témoigner et à gérer les questions de crédibilité.

► **EXEMPLE :**

Le programme Sexual Abuse Victim Empowerment (SAVE), développé en Afrique du Sud dans l'institut Cape Mental Health, fournit les services suivants : évaluation psychologique ; préparation aux audiences, éducation sexuelle

L'accès à la justice joue un rôle fondamental dans la concrétisation et le respect des droits des femmes et des jeunes en situation de handicap.

complète, conseils et assistance à l'intention des victimes/survivant(e)s et de leur famille ; un vivier de témoins experts ; un réseau de professionnels des services juridiques et policiers vers lesquels les orienter ; formation et sensibilisation des agents de police et des avocats ; formation et assistance permanentes d'autres parties prenantes³¹⁶.

4. Plaider en faveur d'un plan d'accès complet au système judiciaire pour les personnes en situation de handicap³¹⁷. Veiller à ce les femmes et les jeunes en situation de handicap n'aient pas à supporter, sous forme de frais formels ou non, le coût des mesures visant à leur faciliter l'accès au système judiciaire. Il pourrait s'agir de dépenses de transport ou de pertes de salaire à la suite d'un appel à témoigner.

► **EXEMPLE :**

*Les **Règles de Brasilia sur l'accès à la justice des personnes vulnérables**, arrêtées à l'occasion du XIVe Sommet judiciaire hispano-américain, fournissent des directives sur la façon d'améliorer l'accès à la justice pour les personnes souffrant d'un handicap ou d'autres vulnérabilités croisées, telles que les femmes et les communautés autochtones. Ce document présente des lignes directrices et des mécanismes permettant de faciliter l'accès aux règles et règlements juridiques. Les modèles de règle abordent l'accès à l'information, la compréhension des procédures judiciaires, les audiences de tribunal et la protection de la vie privée. Par exemple, un modèle de règle déclare : « On*

adoptera les mesures nécessaires pour réduire les difficultés de communication susceptibles d'affecter la compréhension de l'acte judiciaire auquel participerait une personne vulnérable, lui permettant ainsi d'en comprendre la portée et la signification »³¹⁸.

5. Traduire dans divers formats accessibles les formulaires, les supports d'information et les instructions dont se sert le système judiciaire.
6. Militer en faveur de l'inclusion des femmes et des jeunes en situation de handicap dans les initiatives visant à faciliter l'accès à la justice dans les situations d'urgence humanitaire, surtout quand il s'agit de violences sexuelles et sexistes qui leur sont infligées³¹⁹.
7. Éduquer les intervenants des services juridiques sur les aménagements physiques en matière d'accessibilité qui favorisent le confort et la dignité des femmes et des jeunes en situation de handicap qui font appel au système judiciaire : par exemple, veiller à ce que la barre des témoins soit accessible ou à ce qu'une personne de petite taille ou en fauteuil roulant puisse être vue clairement.
8. Plaider en faveur de services juridiques financés par le gouvernement, de tarifs préférentiels ou de réduction des coûts à l'intention des femmes et des jeunes en situation de handicap qui n'ont pas les moyens d'être représentés par un avocat ou d'assumer d'autres frais liés à leurs démarches juridiques³²⁰.

Mise en pratique :

Le projet « Access to Justice for Girls and Women with Disabilities » de Leonard Cheshire Disability Zimbabwe

Après avoir constaté qu'un nombre important de filles et de femmes handicapées victimes/survivantes de violences sexuelles ne signalaient pas leur agression, l'ONG Leonard Cheshire a lancé un projet visant à aider les filles et les femmes en situation de handicap à utiliser pleinement les droits dont elles disposent et à mettre un terme à la violence contre les femmes. Ce projet est parvenu à améliorer l'accès des femmes et des filles en situation de handicap aux services juridiques qui prennent en charge les victimes de la violence, à la fois en leur donnant davantage d'autonomie pour entrer en contact avec ces services et en attirant davantage l'attention sur leurs difficultés. La liste ci-après énumère les mesures qui ont joué un rôle clé dans l'amélioration de l'accès :

- Fournir une assistance logistique aux victimes/survivantes pour pouvoir accéder à la justice et à d'autres services qui prennent en charge les victimes de la violence.
- Faciliter la communication et fournir des conseils techniques dans les cas où les filles et les femmes victimes/survivantes sont en situation de handicap.

- Former les femmes et les filles en situation de handicap sur le plan de la violence contre les femmes, des cadres juridiques de lutte contre la violence fondée sur le genre, et du signalement de faits de violence.
- Organiser des campagnes communautaires de sensibilisation au thème de l'accès à la justice qui ciblent les dirigeants des communautés, les organisations communautaires, les femmes et les filles en situation de handicap, les personnes dont elles sont à la charge et la communauté en général.
- Former les forces de police à la langue des signes.
- Sensibiliser les autorités publiques aux handicaps et à la violence contre les femmes et les filles en situation de handicap.
- Faciliter la formation de groupes de soutien.
- Ouvrir un dialogue national sur la violence contre les femmes et les filles en situation de handicap et sur leur accès aux services.
- Organiser des réunions de suivi avec les principales organisations de défense des femmes³²¹.

Lignes directrices :

► **Acceptabilité**

1. Élaborer des programmes destinés à **renforcer les capacités et la représentation des personnes en situation de handicap au sein du système judiciaire**, par exemple en veillant à ce que les facultés de droit soient accessibles aux personnes en situation de handicap, en ajoutant un module sur les droits des personnes en situation de handicap dans le cursus de ces établissements et en créant au sein

des facultés de droit des services de consultation qui prennent en charge des clients en situation de handicap. Créer à l'intention des diplômés d'études de droit des voies de formation ou de spécialisation professionnelle en matière de représentation des clients en situation de handicap³²².

2. En cas de violence sexuelle, particulièrement lors des situations d'urgence humanitaire, élaborer des programmes facilitant des enquêtes rapides

et indépendantes dans le but de retrouver les responsables, mais aussi de fournir une indemnisation appropriée aux victimes/survivant(e)s³²³. Quand les actes de violence sexuelle ont été perpétrés par des forces de sécurité ou des employés publics, plaider en faveur d'une enquête, de poursuites judiciaires et de sanctions contre les auteurs des violences³²⁴.

Lignes directrices :

► **Qualité**

1. Organiser des séances de formation pour le personnel du secteur juridique (avocats, conseillers juridiques, forces de l'ordre, juges, administrateurs judiciaires, personnel des centres pénitentiaires, etc.) portant sur les droits et le vécu des femmes et des jeunes en situation de handicap en matière de violence fondée sur le genre. Les prestataires de services et le personnel d'appui peuvent se porter volontaires pour aider les professionnels du secteur juridique qui ne comprennent pas bien comment communiquer avec les femmes et les jeunes en situation de handicap et s'en occuper au mieux.
2. Faire un point régulier pour évaluer dans quelle mesure les services liés à la violence fondée sur le genre favorisent l'accès à la justice pour les femmes et les jeunes en situation de handicap. Les méthodes particulièrement efficaces en matière d'évaluation de l'accès aux services juridiques sont les suivantes : audits visant à mesurer le degré de protection contre la violence, sondages, groupes de réflexion, entretiens avec des informateurs clés, surveillance des audiences de tribunal et surveillance des droits humains.

3.5.3 Les indicateurs

Les indicateurs suivants peuvent être utilisés pour le suivi et l'évaluation des progrès réalisés dans la prestation de services de justice et de police fondés sur les droits et destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap. Cette liste n'est pas exhaustive. Elle vise plutôt à illustrer la spécificité,

les thèmes et la forme des indicateurs utilisés dans le cadre de la prestation de services de justice et de police. Les prestataires de services doivent adapter ces indicateurs selon le contexte et le niveau de leurs programmes, en détaillant notamment le niveau auquel les données sont collectées et les intervenants chargés de cette tâche.

- Nombre de poursuites judiciaires contre des actes subis par des femmes ou des jeunes en situation de handicap.
- Nombre de poursuites judiciaires contre des actes subis par des femmes ou des jeunes en situation de handicap au cours desquelles la victime handicapée a témoigné.
- Pourcentage de femmes et de jeunes en situation de handicap qui connaissent une organisation fournissant une assistance juridique aux victimes/survivant(e)s de violence fondée sur le genre³²⁵.
- Nombre de prestataires de service et de membres du personnel d'appui qui ont reçu une formation sur les différents types de violence fondée sur le genre et les difficultés d'accès à la justice que connaissent les femmes et les jeunes en situation de handicap³²⁶.
- Nombre de dispositifs d'assistance à l'intention des personnes en situation de handicap mis en place dans le système judiciaire.

3.6 Services sociaux et de protection destinés aux victimes/survivants de violence fondée sur le genre en situation de handicap

3.6.1 Présentation du problème

L'accès à des services de protection est un aspect essentiel du droit à ne pas être soumis à la violence fondée sur le genre³²⁷ et un élément fondamental des obligations de diligence d'un État en matière de prévention, de protection, d'enquête, de sanction et de réparation³²⁸. Les services de protection sont essentiels pour aider les victimes/survivant(e)s de violence fondée sur le genre à briser le cycle de la violence et à se prémunir contre d'éventuelles

Les services de protection doivent comprendre des mesures visant à autonomiser les femmes et les jeunes en situation de handicap ou non, comme le renforcement de l'indépendance financière ou les régimes de prise de décisions assistée.

agressions futures. Les services essentiels de protection sont les suivants : information et conseils en situation de crise (mesures de planification de la sécurité incluses) ; centres d'aide d'urgence ; permanences téléphoniques ; logement d'urgence et autres formes d'hébergement sécurisé ; assistance matérielle et financière ; ordonnance de protection en référé³²⁹. À l'image des services de prévention, les services de protection doivent comprendre des mesures visant à autonomiser les femmes et les jeunes, en situation de handicap ou non, comme le renforcement de l'indépendance financière ou les régimes de prise de décisions assistée³³⁰. En raison d'obstacles divers (obstacles physiques, sur le plan de la communication ou de l'information, etc.) les femmes et les jeunes en situation de handicap sont souvent exclus de ces services de protection essentiels, ce qui les prive de leur droit à ne pas être soumis à la violence fondée sur le genre.

3.6.2 Directives pour fournir des services de protection fondés sur leurs droits aux victimes/survivant(e)s de violence fondée sur le genre en situation de handicap

Cette section aborde les obstacles que rencontrent fréquemment les femmes et les jeunes en situation de handicap victimes/survivants de violences sexistes pour accéder à des services de protection. Les lignes directrices proposées constituent des recommandations visant à garantir que les services de protection fondés sur les droits soient adaptés aux besoins et expériences spécifiques des victimes/survivant(e)s de violence fondée sur le genre, et qu'ils soient disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité pour les femmes et les jeunes en situation de handicap. Elles s'appuient

sur les lignes directrices fondamentales décrites au **chapitre 2** ; elles ne sont pas exhaustives, mais constituent plutôt une base pour l'élaboration de services et de programmes tenant compte des handicaps.

Cette section aborde les programmes et les mesures de protection qui concernent les services sociaux immédiats dont ont besoin les femmes et les jeunes en situation de handicap qui ont subi des actes de violence fondée sur le genre. Les services sociaux à plus long terme sont abordés dans la **section 3.7**, qui traite des services de réadaptation. Cette distinction a été faite dans un souci d'organisation, tout en sachant qu'un grand nombre de ces programmes et services se recoupent.

Principales considérations

- Les lois, les réglementations et les politiques discriminatoires qui ne protègent pas l'autonomie et la capacité légale des femmes et des jeunes en situation de handicap peuvent les dissuader de recourir à des services de protection contre la violence fondée sur le genre. Par exemple, les femmes et les jeunes en situation de handicap peuvent avoir peur de quitter leur agresseur ou hésiter à solliciter les services de protection par crainte de perdre la garde de leurs enfants³³¹.
- La dépendance financière, la dépendance vis-à-vis des personnes en charge ou la peur d'être placés en institution peuvent dissuader les femmes et les jeunes en situation de handicap de signaler la violence qu'ils subissent de la part de leurs aidants ou de leurs partenaires intimes et donc les empêcher de faire appel à des services de protection contre la violence fondée sur le genre. Ils peuvent avoir peur de ne plus

avoir accès aux soins dont ils ont besoin parce qu'ils n'auront pas les moyens de financer une solution de remplacement³³² ou bien d'être placés en institution lorsque l'auteur des violences est le propriétaire du logement³³³.

- Les femmes et les jeunes en situation de handicap qui fuient des situations de violence ou de maltraitance risquent également de ne plus avoir accès à des appareils ou à d'autres dispositifs d'assistance dont ils ont besoin, qui peuvent être trop chers pour être remplacés.
- Les femmes et les jeunes en situation de handicap sont victimes de stéréotypes et d'idées préconçues nourries par les prestataires de service et le personnel d'appui, qui ne les considèrent pas comme des individus exposés à la violence ni comme des détenteurs de droits.³³⁴
- Parfois, les femmes et les jeunes en situation de handicap ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier de certains services de protection, tels que les centres d'hébergement d'urgence. Par exemple, des centres ne reconnaissent pas certaines formes de violence, comme la violence infligée par la personne qui s'occupe de la victime, ou ne proposent pas de logement aux victimes/survivants en situation de handicap ou pour les femmes ayant des enfants en situation de handicap.
- Souvent, les prestataires de services et le personnel d'appui (travailleurs sociaux, professionnels de la santé, personnel de centre d'urgence ou de permanences téléphoniques) n'ont pas reçu la formation nécessaire pour fournir aux femmes et jeunes en situation de handicap des informations et des services en matière de lutte contre la violence fondée sur le genre. Les femmes et les jeunes en situation de handicap, outre leur isolement, ont d'autant plus de mal à obtenir ces informations sur les services disponibles qu'elles ne sont pas diffusées dans un format accessible.³³⁵
- Par manque d'accès aux informations ou aux formations appropriées, les femmes et jeunes en situation de handicap ignorent leurs droits en matière de violence fondée sur le genre et ne savent ni comment reconnaître les formes de cette violence ni comment accéder aux services de protection.
- L'absence de données et d'informations sur la violence que subissent les femmes et les jeunes en situation de handicap dans leur foyer empêche le développement de services ciblés.
- Comme les personnes présentant des handicaps sensoriels ou une déficience intellectuelle éprouvent souvent de grandes difficultés à communiquer, elles ont du mal à signaler les actes de violence, à recevoir des conseils en situation de crise, à planifier leur sécurité et à bénéficier d'autres services de protection³³⁶.
- Les femmes et les jeunes en situation de handicap issus de communautés minoritaires autochtones, immigrées ou linguistiques, sont encore plus exposés au risque de violence en raison de l'intersectionnalité de leurs difficultés de communication³³⁷.
- Les obstacles physiques, tels que l'absence de services de transport accessibles ou l'absence d'aménagement pour les en situation de handicap (meubles, cuisine) dans les centres d'hébergement, peuvent priver les femmes et les jeunes en situation de handicap de services de protection essentiels³³⁸.
- Le manque d'hébergement d'urgence en cas de violence fondée sur le genre et de lits disponibles accessibles pour des femmes et des jeunes en situation de handicap est très courant³³⁹. Certains groupes en situation de handicap sont confrontés à des difficultés plus grandes encore :
 - Très peu d'hébergements et de services pour les victimes de violence fondée sur le genre sont destinés aux garçons et aux jeunes hommes. En cause : les croyances erronées selon lesquelles les garçons et les hommes ne seraient pas concernés par ce type de violence, ou que le financement de ces services réduirait les subventions en faveur des victimes/survivantes de sexe féminin.
 - Les femmes et les jeunes présentant des handicaps psychosociaux peuvent se voir refuser un hébergement ou d'autres types de services

pour les victimes de violence fondée sur le genre. Pourquoi ? Ces personnes sont perçues comme des éléments potentiellement dangereux ou perturbateurs au sein d'une collectivité.

- Les hébergements ne sont parfois pas aménagés pour accueillir les appareils de mobilité ou sensoriels, les médicaments ou d'autres dispositifs indispensables à la personne handicapée.

Lignes directrices :

► **Disponibilité**

1. Examiner les conditions requises pour bénéficier de services ou être hébergé afin de s'assurer que les services sont accessibles aux femmes et aux jeunes en situation de handicap et que les conditions requises tiennent compte des formes de violence que ces individus subissent. Il s'agit notamment de veiller à ce que les services sont disponibles pour les femmes non handicapées qui en ont besoin et qui ont un enfant en situation de handicap qui bénéficiera aussi de ces services.

► **EXEMPLE :**

*Le guide **More than Just a Ramp: A Guide for Women's Refuges to Develop Disability Discrimination Act Action Plans**, créé par Women with Disabilities Australia, donne aux prestataires de services et au personnel d'appui des instructions utiles pour élaborer un plan d'action visant à améliorer l'accessibilité des services aux femmes en situation de handicap. Le processus consiste notamment à identifier les obstacles auxquels se heurtent les femmes et les enfants en situation de handicap qui cherchent un hébergement et à les éliminer. Le guide contient également des instructions sur la façon de réaliser un suivi et des évaluations après la mise en œuvre du plan. Il suggère de rédiger le plan d'action selon les dix étapes suivantes : 1) Créer un groupe de travail compétent ; 2) Se familiariser avec les obstacles existant dans son propre service ; 3) Consulter et faire participer des femmes en situation de handicap ; 4) Informer son organisation sur*

les droits accordés aux personnes en situation de handicap par la législation locale ; 5) Veiller à bénéficier d'une aide solide ; 6) Élaborer des stratégies ; 7) Trouver les ressources nécessaires au plan d'action ; 8) Négocier avec les structures gouvernementales concernées ; 9) Attribuer les responsabilités ; et 10) Évaluer³⁴⁰.

2. Veiller à ce que des services de planification de la sécurité soient disponibles et assurés par des professionnels qualifiés.

► **EXEMPLE :**

Aux États-Unis, l'association Project CARE a créé à l'intention des défenseurs des personnes en situation de handicap un guide sur la planification de la sécurité qui répond à des questions et fournit des informations relatives à l'hébergement durant le processus de planification de la sécurité³⁴¹.

Lignes directrices :

► **Accessibilité**

1. Mettre en place des permanences téléphoniques d'urgence accessibles par divers moyens de communication, par exemple par SMS ou par d'autres supports écrits, pour les personnes atteintes d'un handicap auditif.
2. Élaborer des initiatives destinées à expliquer aux femmes et aux jeunes en situation de handicap comment signaler des faits de violence et accéder à des services de protection. Les ressources devraient être disponibles dans plusieurs formats accessibles et s'accompagner de programmes de formation.

► **EXEMPLE :**

En Croatie, le gouvernement et la société civile ont publié un annuaire d'urgence à l'intention des femmes en situation de handicap qui répertorie les coordonnées de prestataires de services liés à la violence fondée sur le genre³⁴².

3. Veiller à ce que les centres d'hébergement prévoient des chambres accessibles aux personnes en situation de handicap utilisant un appareil ou un autre dispositif d'assistance. De même, les activités de détente et les équipements comme le téléphone ou les salles de bain doivent être accessibles.
4. Quand les ressources le permettent, proposer des dispositifs d'assistance gratuits ou à un prix modique afin de réduire l'isolement des personnes en situation de handicap ou de remplacer le matériel qu'ils ont perdu en fuyant leurs maltraitements.

Lignes directrices :

► **Acceptabilité**

1. Veiller à ce que le personnel des services de protection soit sensibilisé et formé à l'intersectionnalité et l'interculturalité des besoins et des expériences des femmes et des jeunes en situation de handicap qui viennent d'horizons très divers. C'est particulièrement important pour les acteurs des services d'hébergement (prestataires et personnel d'appui).
2. Créer à l'intention de tous les résidents des centres d'hébergement des supports d'information qui expliquent quels sont les services de soins personnels disponibles, qui décrivent en détail les logements disponibles pour les personnes en situation de handicap, qui incluent ces personnes dans toutes les déclarations relatives à la diversité, et qui limitent l'utilisation d'arômes et de parfums pour ne pas déranger les personnes sensibles aux produits chimiques³⁴³.

Lignes directrices :

► **Qualité**

Former les prestataires de services et le personnel d'appui à reconnaître les signes de violence fondée sur le genre infligée aux femmes et aux jeunes en situation de handicap, particulièrement quand elle est perpétrée par un aidant. Les programmes de

formation doivent s'attaquer directement à l'asymétrie de la relation entre un handicapé et ses aidants.

3.6.3 Les indicateurs

Les indicateurs suivants peuvent être utilisés pour le suivi et l'évaluation des progrès réalisés dans la prestation de services liés à la violence fondée sur le genre, fondés sur les droits, et destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap. Cette liste n'est pas exhaustive. Elle vise plutôt à illustrer la spécificité, les thèmes et la forme des indicateurs utilisés dans le cadre de la prestation de services de protection contre la violence fondée sur le genre. Les prestataires de services doivent adapter ces indicateurs selon le contexte et le niveau de leurs programmes, en détaillant notamment le niveau auquel les données sont collectées et les intervenants chargés de cette tâche.

- Nombre de femmes et de jeunes en situation de handicap pouvant être logés dans le centre d'hébergement ou dans une autre résidence sécurisée (ventilé selon le sexe, l'âge et le type de handicap).
- L'organisme fournit des méthodes de communication variées, notamment :
 - un site Internet accessible ;
 - un système de vidéophonie interne pouvant servir de moyen de communication entre le personnel et les bénéficiaires des services qui sont sourds ou malentendants ;
 - un téléphone pour les personnes souffrant de déficience visuelle ;
 - un numéro de téléphone spécifique au moyen duquel les bénéficiaires des services peuvent envoyer des SMS au personnel³⁴⁴.
- Le centre d'hébergement d'urgence met à la disposition des résidents un manuel qui aborde l'utilisation des arômes et des parfums, qui explique clairement les services de soins personnels qui sont dispensés, qui présente les mesures prises en faveur des personnes en situation de handicap dans un souci de flexibilité

et qui incluent les personnes en situation de handicap dans toutes les déclarations relatives au respect de la diversité³⁴⁵.

3.7 Services sociaux et de réadaptation destinés aux victimes/survivants de violence fondée sur le genre en situation de handicap

3.7.1 Présentation du problème

Un des aspects du droit que possèdent les femmes et les jeunes en situation de handicap de ne pas être soumis à la violence fondée sur le genre est le droit à des services de réadaptation complets³⁴⁶.

Les services de réadaptation sont essentiels au rétablissement psychologique et social des victimes/survivants de violence fondée sur le genre. Les principaux services de réadaptation sont les suivants : soins de santé mentale ; évaluation des conséquences graves causées par la violence fondée sur le genre subie, comme l'automutilation et les pensées suicidaires ; assistance et conseils psychosociaux ; orientation nécessaire vers les services de soins médicaux physiques ; services appropriés de réintégration sociale, tels que l'aide pour retrouver ou remplacer les documents d'identité ; assistance spécifique pour les femmes ; services spécifiques pour les enfants affectés par la violence ; information, formation et mobilisation de la communauté ; aide à l'indépendance financière, au rétablissement et à l'autonomie³⁴⁷.

Les services de réadaptation jouent un rôle fondamental dans le rétablissement de toutes les victimes/survivants et dans l'affirmation de leur droit de ne pas être soumis à la violence fondée sur le genre.

Soutien psychosocial

Le terme « psychosocial » désigne « les liens et les interactions permanentes entre les processus psychologiques et sociaux. [...] L'expression « santé mentale et soutien psychosocial » décrit tout type de soutien endogène et exogène visant à protéger et/ou promouvoir le bien-être et/ou à prévenir ou traiter un trouble mental³⁴⁸. »

Les services de réadaptation jouent un rôle fondamental dans le rétablissement de toutes les victimes/survivants ainsi que dans l'affirmation du droit qu'ils possèdent de ne pas être soumis à la violence fondée sur le genre³⁴⁹. Ce constat est particulièrement vrai pour les femmes et les jeunes en situation de handicap parce qu'ils sont plus vulnérables à l'isolement et à la pauvreté, mais aussi parce que les personnes qui s'occupent d'eux ou leurs partenaires intimes, qui contrôlent leur accès aux services psychosociaux, sont ceux-là mêmes qui leur font subir des violences fondées sur le genre. Les victimes/survivants de ces violences sous toutes leurs formes (violence d'un partenaire intime, violence sexuelle, maltraitance psychologique ou financière, violence en institution ou dans un centre médical...) doivent avoir accès à une gamme complète de services de réadaptation psychosociale³⁵⁰.

3.7.2 Fournir des services de réadaptation fondés sur les droits destinés aux victimes/survivants de la violence fondée sur le genre souffrant d'un handicap

Cette section aborde les obstacles que rencontrent fréquemment les femmes et les jeunes en situation de handicap victimes/survivants de la violence fondée sur le genre pour accéder à une gamme complète de services de réadaptation. Les lignes directrices proposées constituent des recommandations visant à garantir la disponibilité et l'accessibilité de services

de réadaptation qui soient acceptables, de qualité, fondés sur les droits et adaptés aux besoins et aux situations des femmes et des jeunes en situation de handicap qui sont victimes/survivants de la violence fondée sur le genre. Elles s'appuient sur les lignes directrices fondamentales décrites au **chapitre 2** ; elles ne sont pas exhaustives, mais constituent une base pour l'élaboration de services et de programmes tenant compte des handicaps.

Alors que la **section 3.6** traitait des services sociaux immédiats qui doivent être fournis aux femmes et aux jeunes en situation de handicap qui subissent, ou qui ont subi, la violence fondée sur le genre, la présente section traite des services de réadaptation à long terme. Cette distinction a été faite dans un souci d'organisation, tout en sachant qu'un grand nombre de ces programmes et services immédiats et à long terme se recoupent.

Principales considérations

- Les lois et les politiques qui imposent la participation à des programmes psychosociaux de rétablissement ou qui y conditionnent l'octroi d'indemnités (accorder un soutien financier uniquement si les conditions requises pour chercher un emploi sont remplies, aider les victimes/survivants de violence fondée sur le genre à immigrer uniquement s'ils collaborent aux poursuites judiciaires contre leur agresseur) peuvent dissuader les femmes et les jeunes de chercher un programme de rétablissement ou d'y adhérer.
- Bien que l'accès à la justice puisse contribuer à la réadaptation d'un certain nombre de victimes/survivants de violence fondée sur le genre, les procédures judiciaires sont susceptibles de leur causer un deuxième traumatisme, particulièrement aux victimes/survivants en situation de handicap en raison des obstacles supplémentaires rencontrés.
- La sensibilité à la situation des victimes/survivants en situation de handicap et la compréhension de leurs besoins font souvent défaut dans les services de réadaptation. Des services discriminatoires ou manquant de sensibilité peuvent, directement ou indirectement, causer un traumatisme supplémentaire.
- Les femmes et les jeunes en situation de handicap ne sont généralement pas en mesure d'accéder à des services de réadaptation, même quand ces services sont disponibles, parce qu'ils n'ont pas accès aux informations les concernant.
- Les prestataires de services, le personnel d'appui et la famille méconnaissent souvent les besoins des femmes et des jeunes en situation de handicap en matière de réadaptation, et ne savent donc pas les orienter. Par exemple, un médecin qui soigne une femme souffrant de déficience intellectuelle qui a subi une agression sexuelle pourrait ne pas l'orienter vers des services consultatifs parce qu'il croit, à tort, que les conseils donnés ne lui profiteraient pas.
- En raison du traumatisme causé par la violence fondée sur le genre, la fréquentation des services de réadaptation peut constituer un véritable défi pour les victimes/survivants. Le handicap accroît les obstacles déjà élevés qui entravent l'accès aux services et peut empêcher complètement les femmes et les jeunes d'y avoir accès.
- Les services psychologiques figurent parmi les services de réadaptation primordiaux. Pourtant, les femmes et les jeunes qui souffrent de troubles intellectuels ou de la communication sont généralement exclus de ces services en raison des difficultés de communication. En outre, les prestataires de soins de santé mentale reçoivent peu de directives ou de conseils dans ce domaine.
- Le fait que l'efficacité des services de réadaptation repose sur la fréquence des consultations et la durée prolongée de la thérapie constitue un obstacle de taille pour les femmes et les jeunes en situation de handicap, car ils vivent souvent dans la pauvreté ou bien dans une région où il n'existe pas de moyen de transport accessible.
- La pauvreté et la dépendance financière enferment souvent les femmes et les jeunes en situation de handicap dans une situation de violence ou les



Munie d'une canne, Jamila Bako traverse son village avec deux de ses enfants.

© Jenny Matthews/Panos Pictures

contraignent à y retourner. Par exemple, si une femme dépend financièrement d'un partenaire qui abuse d'elle pour payer une assurance ou des médicaments indispensables, elle peut estimer ne pas avoir d'autres choix que de retourner à cette situation de violence.

- Les victimes/survivants de situations de contrôle financier, une forme de violence fondée sur le genre qui consiste à contrôler les moyens financiers d'une femme ou d'un jeune en situation de handicap afin de l'obliger à faire des choses contre sa volonté, se heurtent à des barrières supplémentaires pour pouvoir réunir la somme nécessaire pour financer leurs services de réadaptation.
- Les victimes/survivants en situation de handicap sont souvent confrontés au phénomène du « masquage diagnostique » : leurs symptômes traumatiques sont attribués à leur handicap diagnostiqué précédemment et aucun examen n'est réalisé pour déterminer si ces symptômes sont liés à un traumatisme. Les prestataires

de services ont tendance, surtout dans le cas des personnes souffrant de déficiences intellectuelles ou de l'apprentissage, à élaborer des programmes destinés à mettre un terme au comportement plutôt que de réaliser les analyses nécessaires pour savoir si ce comportement trahit ou non l'existence d'un traumatisme. Ainsi, la personne handicapée est punie pour les manifestations de son traumatisme.

Lignes directrices :

► **Disponibilité**

1. Développer des services communautaires, comme des services de soutien de pair à pair, entre personnes aux prises avec des problèmes semblables. Ces services sont d'une grande aide pour bénéficier de services de réadaptation à un prix modique et au sein de la communauté. Par exemple, les groupes de fabrication de produits artisanaux peuvent, en favorisant à la fois l'indépendance financière et l'entraide, remplir plusieurs fonctions. Dans le cadre des actions en faveur de ces services, il faut s'assurer qu'ils ne sont pas réservés uniquement aux victimes/survivants, car ce serait aliénant³⁵¹.
2. Passer en revue les prestations sociales afin d'identifier celles qui imposent des critères ou qui sont sujettes à des conditions qui peuvent barrer l'accès aux femmes et les jeunes en situation de handicap. Plaider en conséquence pour que ces prestations soient mises à la disposition des femmes et des jeunes en situation de handicap.
3. Fournir, si c'est approprié, une assistance psychologique individualisée et en groupe, dispensée par des professionnels formés spécialement pour travailler avec des femmes et des jeunes en situation de handicap victimes de la violence fondée sur le genre³⁵².

Lignes directrices :

► **Accessibilité**

1. Créer des espaces centralisés où les femmes et les jeunes en situation de handicap peuvent obtenir des informations et recevoir des services de réadaptation dans un cadre confortable, où ils sentent en sécurité et soutenus.
2. Mettre en place des moyens efficaces et sûrs de diffuser des informations accessibles sur les services de réadaptation destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap qui risquent de subir, ou subissent déjà, la violence fondée sur le genre. Identifier les points d'entrée spécifiques par lesquels passent les jeunes en situation de handicap pour se renseigner sur les services de réadaptation et pour y accéder. Les victimes/survivants adultes, en situation de handicap ou non, peuvent jouer un rôle important de parrainage et de plaidoyer auprès des jeunes victimes/survivants.

► **EXEMPLE :**

*Illinois Imagines a uni ses efforts à ceux de personnes défendant leurs propres intérêts pour créer un guide intitulé **Our Rights, Right Now: Women with Disabilities and Sexual Violence Education Guide**. Ce guide donne un aperçu rapide de la violence sexuelle et des droits que possèdent les femmes en situation de handicap en matière de sexualité, puis fournit des directives, des informations et de la documentation destinées à faciliter les séances de formation à l'intention des femmes en situation de handicap sur des relations saines, une sexualité saine, la réduction des risques de violence sexuelle et la façon d'obtenir de l'aide³⁵³.*

3. Faciliter l'accès aux programmes de services sociaux qui fournissent des soins indépendants. Donner la priorité aux programmes qui favorisent l'indépendance financière et l'autonomie. Le cas échéant, faciliter l'accès aux programmes d'aide au revenu et d'autres programmes de protection sociale³⁵⁴.

Lignes directrices :

► **Acceptabilité**

1. Former l'ensemble des prestataires de services, du personnel d'appui et des participants aux programmes (depuis le bénéficiaire jusqu'aux membres du groupe de soutien) à ne pas imposer de nouveau traumatisme. Dans le cadre des services de santé mentale, le principe qui consiste à « ne pas nuire » est primordial. Les prestataires, le personnel d'appui et les participants doivent veiller à ne jamais faire de reproches aux victimes/survivants, les écouter avec compassion, ne jamais agir selon les stéréotypes ayant cours en matière de sexospécificités et de handicap qui rabaissent les victimes/survivants ou qui normalisent la violence fondée sur le genre, évaluer les dangers et les aider à planifier leur sécurité³⁵⁵. Veiller à ce que les services soient rendus avec compassion, sans porter de jugement, en affirmant clairement que la violence n'est jamais méritée et que les femmes et les jeunes en situation de handicap ont le droit de vivre sans violence³⁵⁶.

► **EXEMPLE :**

*L'initiative Wisconsin's Violence Against Women with Disabilities and Deaf Women Project a créé un guide intitulé **A Practical Guide for Creating Trauma-Informed Disability, Domestic Violence and Sexual Assault Organization**. Ce guide décrit les valeurs et les conditions positives tenant compte du traumatisme que les survivants/victimes en situation de handicap considèrent comme prioritaires pour leur sécurité et leur guérison³⁵⁷.*

2. Former les prestataires de services de santé mentale pour qu'ils acquièrent les compétences spécifiques requises pour conseiller les femmes et les jeunes atteints de handicaps divers, particulièrement ceux qui souffrent de déficience intellectuelle, de difficultés à communiquer ou de troubles mentaux graves. Ces formations ne

Mise en pratique

Outils et ressources pour travailler avec les victimes/survivants en situation de handicap

La Commission des femmes pour les réfugiés et le Comité international de secours ont mis au point un outil appelé **Renforcement des capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes contre les violences fondées sur le genre dans le contexte humanitaire : outil à destination des professionnels VBG**³⁵⁸ qui donne des orientations importantes et des instruments pratiques aux coordonnateurs qui assistent des victimes/survivants de violence fondée sur le genre en situation de handicap. Bien que ces documents aient été rédigés dans un contexte d'intervention humanitaire, ils offrent de recommandations utiles pour les prestataires de services et le personnel d'appui quelle que soit la situation, surtout en cas de manque de ressource.

- Mise en application des principes directeurs lors des interactions avec les victimes/survivants en situation de handicap : cet outil a été développé pour aider les coordonnateurs à adopter une approche véritablement centrée sur les victimes/survivants. Il synthétise les principes qui régissent l'aide aux victimes/survivants de violence fondée sur le genre et souligne comment adapter la communication et impliquer les soignants tout au long du processus de gestion du cas.
- Aide à la communication avec les personnes en situation de handicap : cet outil propose aux professionnels des violences fondées sur le genre des conseils et astuces simples pour interagir et communiquer avec des personnes présentant divers types de handicap.
- Processus de consentement éclairé mis en place avec les victimes/survivants adultes en situation de handicap : cet outil met en avant les étapes à mettre en œuvre pour obtenir le consentement éclairé de victimes/survivants adultes en situation de handicap et les stratégies envisageables quand il est difficile de déterminer les méthodes de communication appropriées ou d'évaluer le niveau de compréhension.
- Travailler aux côtés des personnes chargées de s'occuper de victimes/survivants en situation de handicap : cet outil propose des conseils sur la façon d'aborder le travail aux côtés des personnes chargées de s'occuper de victimes/survivants en situation de handicap afin de garantir que les droits des victimes/survivants soient respectés et que les relations positives soient renforcées.

devraient pas se limiter aux services de thérapie par le dialogue.

3. Créer des programmes et des ressources destinés à aider les femmes et les jeunes en situation de handicap à reprendre le contrôle de leurs biens financiers des mains de leur agresseur et à se séparer financièrement de lui.
4. Former les coordonnateurs de cas pour qu'ils sachent analyser en détail les spécificités de la situation des femmes et des jeunes en situation de handicap et qu'ils acquièrent des compétences en matière de gestion, de plaidoyer, de communication et de savoir-être. Les coordonnateurs de cas jouent un rôle crucial pour orienter les victimes/survivants dans les différents services disponibles.

Lignes directrices :

► **Qualité**

1. Veiller à ce que les prestataires de service soient formés à identifier le degré et le type de préjudice subi par les victimes/survivants nouvellement admis et évaluer leur capacité à offrir des services de réadaptation adaptés au degré et au type de préjudice subi. Si le prestataire ne peut pas offrir le niveau de services nécessaire, il doit être en mesure de proposer une orientation efficace. Tisser à cet effet un réseau solide de professionnels vers qui orienter les victimes/survivants.
2. Faciliter, au besoin en offrant l'aide nécessaire, l'accès aux mécanismes judiciaires. Les conseillers et les psychologues devraient bien connaître les procédures judiciaires et être prêts à offrir un avis d'expert sur la question, le cas échéant. Pour de plus amples informations, reportez-vous à la section 3.5 relative aux services de justice et de police.
3. Quand les ressources le permettent, veiller à ce que les femmes et les jeunes en situation



Des agents de santé communautaires suivent une formation au Laos.

© Chien-Chi Chang/Magnum Photos

de handicap aient accès à un nombre minimum de sessions de soutien et de conseils, en tenant compte du fait que les personnes atteintes de troubles intellectuels ou de la communication peuvent avoir besoin de davantage de sessions ou de sessions plus longues³⁵⁹.

4. Si possible, offrir un soutien continuuel d'une durée minimale de six mois en vue d'un rétablissement global³⁶⁰.

Mise en pratique

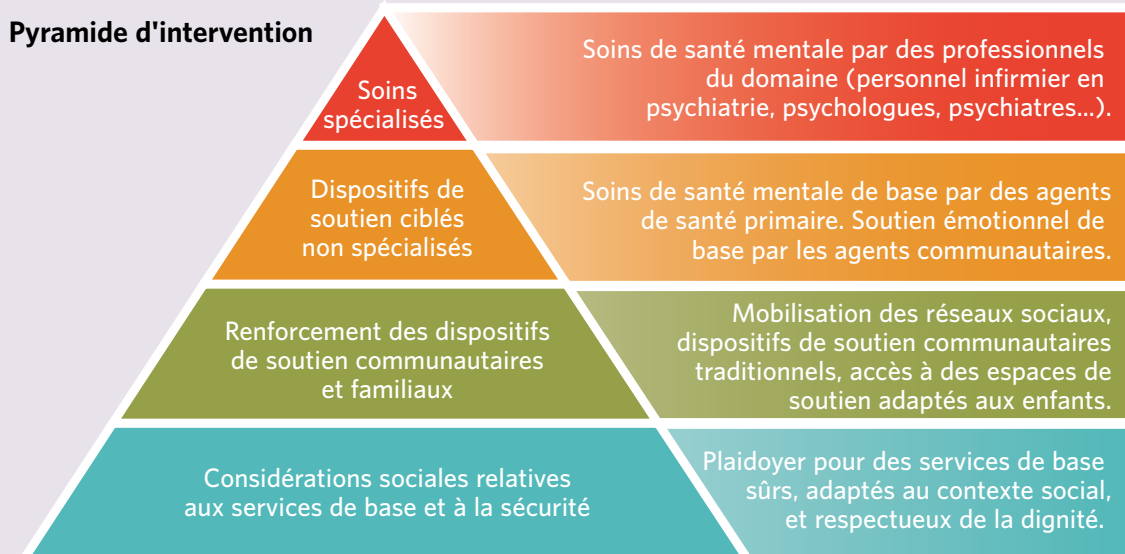
Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence (2007)

L'approche suivante expose des principes importants concernant la prestation de services de santé mentale et l'apport d'un soutien psychosocial de qualité en situation d'urgence ou non. Les orientations présentées sous forme visuelle décrivent la démarche de compréhension des besoins psychosociaux des victimes et des survivant(e)s des violences fondées sur le genre par les prestataires de services et le personnel de soutien.³⁶¹

Les quatre étages de la pyramide décrivent les types de services adaptés aux besoins des victimes/survivantes des violences fondées sur le genre et sont accompagnés d'exemples. La base de la pyramide correspond aux « considérations sociales relatives aux services de base et à la sécurité », avec pour exemple d'intervention le « plaidoyer pour des services de base sûrs, adaptés au contexte

social, et respectueux de la dignité ».

Le second étage correspond au « renforcement des dispositifs de soutien communautaires et familiaux » ; les interventions associées peuvent notamment porter sur « la mobilisation des réseaux sociaux », « les dispositifs de soutien communautaires traditionnels » et « l'accès à des espaces de soutien adaptés aux enfants ». Le troisième étage correspond aux « dispositifs de soutien ciblés non spécialisés », dont les « soins de santé mentale de base par des agents de santé primaires » et l'apport d'un « soutien émotionnel de base par les agents communautaires » sont des exemples. Le sommet de la pyramide correspond aux « services spécialisés », avec l'exemple des « soins de santé mentale par des professionnels du domaine (personnel infirmier en psychiatrie, psychologue, psychiatre, etc.) »³⁶².



3.7.3 Indicateurs

Les indicateurs suivants peuvent être utilisés pour le suivi et l'évaluation des progrès réalisés dans la prestation de services de rééducation destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap. Cette liste n'est pas exhaustive et vise à mettre en évidence la spécificité, les thèmes et la forme des indicateurs utilisés dans le cadre de la prestation de services de réadaptation. Les prestataires de services doivent adapter ces indicateurs au contexte et au niveau de leurs programmes, en détaillant notamment le niveau auquel les données sont collectées et les intervenants en charge de cette tâche.

- Pourcentage de prestataires de services de santé mentale formés pour dispenser des services de santé mentale aux femmes et aux jeunes en situation de handicap qui ont subi des violences.
- Le prestataire de services dispose de procédures opérationnelles permanentes détaillant la prestation de services de rééducation aux femmes et aux jeunes en situation de handicap.
- Les politiques de l'organisme sont suffisamment souples pour répondre aux besoins et encourager la pleine participation des victimes/survivant(e)s en situation de handicap (p. ex. possibilité pour le personnel de rencontrer les victimes/survivant[e]s dans des lieux accessibles, possibilité pour les assistants personnels non-agresseurs d'accompagner les victimes/survivant[e]s)³⁶³.

3.8 Services liés à la violence fondée sur le genre destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap vivant en institution

3.8.1 Présentation du problème

Les personnes en situation de handicap bénéficient de soins, de services et du soutien de diverses institutions. Les femmes et les jeunes en situation de handicap, notamment psychosocial ou intellectuel, sont encore nombreux à vivre dans de grandes institutions, dans des hôpitaux ou des

maisons de retraite. Les enfants en situation de handicap sont souvent placés dans des « lieux de privation des libertés », tels que les orphelinats et les autres institutions. D'autres sont intégrés à la vie communautaire, mais vivent dans des foyers, qui sont généralement des résidences gérées par une tierce partie et qui accueillent de nombreux résidents. Les femmes et les jeunes en situation de handicap peuvent également participer à des accueils de jour ou à des programmes destinés aux jeunes ; ils vivent aussi parfois en milieu carcéral. Ces institutions présentent une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : elles sont certifiées par l'État ou par un organisme d'État ; elles sont soumises à la réglementation nationale ; elles font l'objet d'une surveillance ; les personnes en charge n'ont pas de lien de parenté avec les personnes en situation de handicap ; elles ne donnent pas à ces dernières le pouvoir de recruter et de licencier du personnel soignant ; elles restreignent la liberté et l'autonomie des personnes en situation de handicap qui résident dans l'institution.

Les femmes et les jeunes en situation de handicap vivant en institution ont le même droit à la protection contre les violences fondées sur le genre que les personnes vivant dans d'autres contextes, qu'elles soient en situation de handicap ou non. Pourtant, les ces personnes vivant en institution sont souvent isolées, ce qui accroît leur vulnérabilité à la violence.³⁶⁴ Les femmes et les jeunes porteurs d'une déficience intellectuelle sont particulièrement à risque. Selon un rapport du Parlement européen, près de 80 % des femmes en situation de handicap ont été victimes de violence, la majorité d'entre elles vivant dans des institutions ; de plus, les femmes en situation de handicap sont jusqu'à quatre fois plus exposées au risque de violence sexuelle que les autres femmes³⁶⁵. Ce rapport indique également que dans le cas des femmes vivant en institution, les actes de violence sont souvent perpétrés par le personnel et les soignants³⁶⁶. Compte tenu de la gouvernance spécifique et des circonstances particulières du cadre institutionnel,

des obligations supplémentaires en matière de droits humains ont été définies pour garantir une surveillance indépendante et efficace de ces institutions³⁶⁷.

Les enfants et les jeunes bénéficiant d'une protection de remplacement sont particulièrement vulnérables à la violence, en particulier s'ils sont en situation de handicap.³⁶⁸ Cette vulnérabilité est aggravée par l'absence de protections juridiques, les préjugés de la communauté à l'égard des personnes en situation de handicap, les recherches insuffisantes et l'impunité des auteurs de violence. Le placement des enfants, en situation de handicap ou non, en institution est de plus en plus considéré comme une violation des droits humains. L'UNICEF et d'autres organismes des Nations Unies ont appelé à mettre fin à cette pratique. Le Rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture a publié un rapport sur la torture et les mauvais traitements infligés aux enfants placés en institution³⁶⁹.

3.8.2 Lignes directrices relatives à la fourniture de services de lutte contre les violences sexistes fondés sur les droits pour les femmes et les jeunes vivant en institution

Cette section aborde les problèmes fréquemment rencontrés par les femmes et les jeunes en situation de handicap vivant en institution. Les lignes directrices proposées constituent des recommandations visant à garantir la disponibilité et l'accessibilité de services acceptables, de qualité, fondés sur les droits et adaptés aux besoins et aux situations des femmes et des jeunes en situation de handicap vivant en institution. Elles s'appuient sur les lignes directrices fondamentales décrites au **chapitre 2** ; elles ne sont pas exhaustives, mais constituent une base pour l'élaboration de services et de programmes tenant compte des handicaps.

Considérations importantes

- Lorsqu'ils sont victimes de violence, les femmes et les jeunes en situation de handicap vivant en institution peuvent à leur tour faire preuve de violence ou d'agressivité. S'ils ne font pas le lien entre handicap et vulnérabilité aux violences fondées sur le genre, les prestataires de services et le personnel d'appui risquent de mal interpréter ces comportements et de ne pas considérer ces personnes comme des victimes ou des survivant(e)s potentielles. La violence peut ainsi passer inaperçue et les femmes et les jeunes en situation de handicap vivant en institution peuvent être exclus des services essentiels de lutte contre les violences fondées sur le genre en matière de santé, de justice et de police, de protection et de réadaptation.
- Les politiques et les exigences de certification ne font pas l'objet de contrôles efficaces de la part d'organismes indépendants³⁷⁰, et les institutions sont donc livrées à elles-mêmes. Dans la mesure où l'essentiel des actes de violence en institution sont perpétrés par des membres du personnel soignant, une surveillance externe indépendante inadaptée peut conduire à l'impunité et à l'inaction.
- Les visites de contrôle et les inspections sont généralement inefficaces pour repérer la violence et intervenir³⁷¹. Cela favorise l'impunité des auteurs et renforce l'isolement des femmes et des jeunes victimes de violences fondées sur le genre.
- Les lois et les politiques encouragent souvent (ou ne permettent pas d'empêcher) le placement forcé des femmes et des jeunes en situation de handicap.
- La violence entre pairs peut survenir dans les institutions, surtout si celles-ci sont surpeuplées ou lorsque le personnel n'a pas les compétences nécessaires pour prendre en charge les personnes en situation de handicap³⁷². Cette violence peut traumatiser

ses deux auteurs, sans qu'aucun ne reçoive les services dont il a besoin.

- Le personnel ne dispose souvent pas du temps ou des capacités nécessaires pour se former aux questions de la violence fondée sur le genre, repérer cette dernière et fournir des services ou des informations adaptés aux personnes en situation de handicap vivant en institution. Les jeunes hommes en situation de handicap sont particulièrement concernés par ces insuffisances compte tenu du manque de sensibilisation et de connaissance de la violence fondée sur le genre à l'égard des hommes.
- L'isolement des femmes et des jeunes en situation de handicap vivant en institution accroît leur vulnérabilité à la violence et entrave l'accès aux services liés à la violence fondée sur le genre³⁷³.
- Certains contextes institutionnels, notamment les prisons, les écoles, les institutions religieuses et l'armée, peuvent favoriser l'initiation des jeunes hommes, en situation de handicap ou non, à la violence, perpétuant ainsi les violences fondées sur le genre.
- Il est plus difficile pour les femmes et les jeunes en situation de handicap vivant en institution de faire état des violences subies car ils n'ont parfois pas accès à un téléphone privé, n'ont pas la possibilité d'être seuls ou à distance d'un agresseur faisant partie du personnel, ou sont analphabètes³⁷⁴.
- Les prestataires de services peuvent craindre d'utiliser des ressources allouées aux violences fondées sur le genre en général dans un contexte spécialisé, ce qui peut entraver le financement des services liés à la violence fondée sur le genre destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap vivant en institution. C'est particulièrement le cas des services destinés aux hommes.

Lignes directrices :

► **Disponibilité**

1. Élaborer des programmes de formation et de soutien pour donner aux familles et aux personnes en charge des femmes et des jeunes en situation de handicap les moyens de s'occuper d'eux dans des foyers communautaires ou à leur domicile afin de réduire le recours au placement en institution. La réduction du recours au placement des personnes en situation de handicap en institution doit être une priorité.
2. Créer des programmes qui aident les femmes et les jeunes en situation de handicap à nouer des relations et des amitiés, et à bénéficier de réseaux de soutien communautaires. Une enquête menée au Royaume-Uni auprès de 1 004 personnes présentant des handicaps divers a montré que 53 % d'entre elles se sentaient seules, tandis que 6 % ont indiqué n'avoir aucun ami³⁷⁵. 77 % des jeunes interrogés ont déclaré qu'ils se sentaient seuls³⁷⁶. Beaucoup de femmes et de jeunes en situation de handicap ne bénéficient pas du soutien de leur famille, laquelle peut constituer la base de leur vie au sein de la collectivité ; ce type de programmes peut les aider à s'entourer d'un cercle d'amis qui les soutiennent.

► **EXEMPLE :**

*Le **Lao Disabled Women's Developmental Centre** est une organisation à but non lucratif gérée par et pour les femmes laotiennes en situation de handicap. Ces dernières bénéficient d'une formation professionnelle et accèdent à des emplois qui leur permettent de fabriquer et de vendre des produits artisanaux tout en continuant à former de nouvelles stagiaires. Le centre vise à autonomiser les femmes en situation de handicap et à favoriser les réseaux d'entraide qui leur offrent amitié et soutien³⁷⁷.*

3. Élaborer des programmes de soutien des femmes et des jeunes qui quittent le cadre institutionnel pour s'installer dans des foyers communautaires. Parmi les services proposés doivent figurer des mécanismes d'accès aux dispositifs de soin et de soutien gérés par la communauté afin de favoriser la plus grande indépendance possible au sein de la collectivité et éviter le retour en institution³⁷⁸.
4. Élaborer des programmes visant à informer les femmes et les jeunes vivant en institution sur leurs droits et les services disponibles en matière de violences sexistes. Ces programmes doivent :
 - Donner des informations compréhensibles sur le droit à la protection contre les violences fondées sur le genre, la santé et les droits sexuels et reproductifs, et d'autres droits fondamentaux.
 - Exposer simplement les alternatives au placement en institution et les services disponibles pour faciliter la recherche d'un logement communautaire.
 - Dans la mesure du possible, se dérouler dans les institutions afin de supprimer les obstacles liés au transport et sensibiliser le personnel aux violences fondées sur le genre.
 - Proposer des services d'orientation.

Lignes directrices :

► **Accessibilité**

1. Mettre en place des lignes d'assistance téléphonique gratuites et accessibles aux femmes et aux jeunes en situation de handicap vivant en institution. Avec l'appui de femmes et de jeunes en situation de handicap vivant ou ayant vécu en institution, envisager de nouveaux dispositifs de signalement de la violence et d'accès aux services correspondants.
2. Dans la mesure du possible, proposer des services de lutte contre les violences fondées sur le genre aux femmes et aux jeunes en situation de handicap au sein des institutions afin d'éviter les difficultés liées au transport³⁷⁹.

Lignes directrices :

► **Acceptabilité**

1. Planifier des visites régulières de prestataires de services formés à plusieurs méthodes de communication dans les institutions.
2. Intégrer des services de prévention de la stérilisation ou contraception forcées dans les programmes de lutte contre les violences fondées sur le genre. La stérilisation des femmes en situation de handicap vivant en institution dans le but de dissimuler les violences sexuelles (ou de préparer leur survenue « inévitable ») a été mise en évidence dans des institutions du monde entier³⁸⁰. Les prestataires de services et le personnel d'appui spécialisés en matière de violence fondée sur le genre doivent comprendre l'ampleur de ce problème et pouvoir dispenser des services adaptés aux femmes en situation de handicap vivant en institution, afin de détecter les pratiques de stérilisation et de contraception forcées pour les protéger.
3. Mettre en place des mécanismes d'accompagnement des femmes et des jeunes en situation de handicap ainsi que leurs famille et représentants afin de favoriser leur implication significative dans les décisions de placement³⁸¹. Il convient toutefois de s'assurer que ces dispositifs donnent la priorité à l'indépendance des personnes en situation de handicap et aux lieux de vie communautaires.
4. Promouvoir la mise en place d'un mécanisme de plainte indépendant, confidentiel et accessible aux femmes et aux jeunes en situation de handicap vivant en institution et victimes de violences fondées sur le genre³⁸².

Lignes directrices :

► **Qualité**

1. Recueillir des données sur les femmes et les jeunes qui bénéficient d'une prise en charge en institution³⁸³. Ces informations sont essentielles pour concevoir et améliorer des systèmes qui réduisent le risque de violence et garantissent l'accessibilité des services liés à la violence fondée sur le genre à ceux qui en ont besoin.
2. Élaborer et mettre en œuvre des programmes destinés aux prestataires de services et au personnel des institutions afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des femmes et des jeunes en situation de handicap vivant en institution et réduire le risque de violence fondée sur le genre. La qualité de la prise en charge est directement liée à la vulnérabilité des femmes et des jeunes en situation de handicap à la violence³⁸⁴. Ces formations doivent être dispensées (au moins en partie) par des personnes en situation de handicap. Les aspects suivants devront être abordés :
 - La diversité des besoins et des expériences de chacun.
 - Les risques auxquels les hommes sont particulièrement exposés.
 - Les alternatives au placement en institution.
3. Renforcer les capacités des organes indépendants de surveillance (médiateur ou organisme ou entreprise spécialisés), pour détecter les violences fondées sur le genre parmi les femmes et les jeunes en situation de handicap vivant en institution et dispenser des services de prise en charge ou d'orientation des victimes/survivant(e)s de ces violences. Promouvoir un suivi transparent et de qualité, financé par l'État, le cas échéant. Les prestataires de services et le personnel de soutien peuvent se référer aux **Lignes directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants** adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies, qui définissent les normes applicables aux soins dispensés en institution³⁸⁵.

► **EXEMPLE :**

En République de Moldova, le Partenariat des Nations Unies pour la promotion des droits des personnes en situation de handicap (PPDPH) a dirigé un projet visant à soutenir la création du Bureau du médiateur des hôpitaux psychiatriques, un mécanisme indépendant de dépôt de plaintes. En trois ans, le médiateur chargé d'enquêter sur les allégations de maltraitance et de détention forcée dans les établissements psychiatriques et les centres hospitaliers de long séjour a reçu plus de 12 000 plaintes émanant de 3 665 personnes. Le médiateur est tenu d'effectuer des visites de contrôle régulières et peut accéder sans restriction à toutes les personnes qui souhaitent s'entretenir avec lui en toute confidentialité. La présence de ce médiateur a considérablement amélioré l'accès à la justice pour les Moldaves atteints de handicaps mentaux et intellectuels et vivant en institution³⁸⁶.

4. Promouvoir la création de tribunaux spécialistes de la santé comportementale et d'autres tribunaux spécialisés. Proposer des formations aux fonctionnaires de justice afin de les sensibiliser aux alternatives au placement en institution et à l'incarcération des femmes et des jeunes en situation de handicap.
5. Impliquer les familles des personnes placées en institution (sauf si la personne handicapée s'y oppose). Les prestataires de services et le personnel de soutien doivent proposer aux familles (au besoin et sur demande) des services d'accompagnement afin qu'elles puissent aider leur proche handicapé à bénéficier du dispositif dédié aux violences fondées sur le genre.
6. Évaluer les lois et les politiques qui contribuent au placement en institution et élaborer des

stratégies de plaidoyer en faveur de la modification de ces dernières, y compris, le cas échéant, contre le placement forcé en institution³⁸⁷.

3.8.3 Indicateurs

Les indicateurs suivants peuvent être utilisés pour le suivi et l'évaluation des progrès réalisés en matière de lutte contre les violences sexuelles et sexistes chez les femmes et les jeunes en situation de handicap vivant en institution. Cette liste n'est pas exhaustive et vise à mettre en évidence la spécificité, les thèmes et la forme des indicateurs utilisés dans le cadre des services liés à la violence fondée sur le genre dans le contexte des institutions. Les prestataires de services doivent adapter ces indicateurs selon le contexte et le niveau de leurs programmes, en détaillant notamment l'échelon auquel les données sont collectées et les intervenants en charge de cette tâche.

- Pourcentage de femmes ou de jeunes en situation de handicap vivant dans des foyers communautaires.
- Pourcentage de prestataires de services intervenant en institution qui organisent tous les six mois une formation accessible sur les droits des personnes vivant en institution. La formation porte sur la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction, le droit à la protection contre les violences fondées sur le genre (dont la description des différentes formes de violence) ainsi que la sexualité et les relations saines.
- Pourcentage de prestataires de services et de membres du personnel de soutien disposant de ressources pour la mise en place de services d'intervention d'urgence lors de la découverte de violences sexuelles subies par des femmes et des jeunes en situation de handicap vivant dans l'institution.
- Pourcentage d'actes de violence fondée sur le genre jugés sans fondement après avoir fait l'objet d'une enquête menée par un organisme de surveillance de l'institution, et pourcentage

d'actes de violence fondée sur le genre ayant été confirmés après avoir fait l'objet d'une enquête.

3.9 Accessibilité des services liés à la violence fondée sur le genre destinés aux adolescents et aux jeunes personnes en situation de handicap

3.9.1 Présentation du problème

La tranche d'âge comprise entre 10 et 24 ans est une période charnière du développement de tous les individus, en situation de handicap ou non. Elle correspond à la puberté, qui s'accompagne chez les garçons et les filles de changements physiques, psychiques et émotionnels importants. Pendant cette période, les jeunes en situation de handicap peuvent, au même titre que leurs pairs non en situation de handicap, devenir sexuellement actifs et avoir des relations intimes. Pourtant, les jeunes en situation de handicap sont souvent exclus des programmes d'éducation sexuelle ou d'autres programmes éducatifs qui pourraient les aider à nouer des relations saines ou à reconnaître et signaler la violence fondée sur le genre. Les jeunes en situation de handicap sont en outre plus souvent isolés dans des foyers ou des institutions que les adultes en situation de handicap. Ces facteurs rendent les jeunes en situation de handicap particulièrement vulnérables à la violence.

Il est essentiel d'adapter les stratégies de prévention des violences fondées sur le genre aux vulnérabilités spécifiques des jeunes en situation de handicap et de veiller à ce que ces derniers, qu'ils vivent au sein de la collectivité ou en institution, aient accès aux services essentiels de lutte contre les violences fondées sur le genre, notamment en matière de santé, de justice et de police, de protection et de réadaptation.

3.9.2 Lignes directrices relatives à la prestation de services de lutte contre les violences sexistes adaptés aux adolescents et aux jeunes en situation de handicap et fondés sur les droits

Cette section porte sur les principaux obstacles qui entravent fréquemment l'accès des jeunes en situation de handicap aux services essentiels liés à la violence fondée sur le genre. Les lignes directrices proposées constituent des recommandations visant à garantir la disponibilité et l'accessibilité de services en la matière qui soient acceptables, de qualité, fondés sur les droits et adaptés aux besoins et aux situations des jeunes en situation de handicap. Elles s'appuient sur les lignes directrices fondamentales décrites au **chapitre 2** ; elles ne sont pas exhaustives, mais constituent une base pour l'élaboration de services et de programmes tenant compte des handicaps.

Considérations importantes

- L'implication insuffisante des jeunes en situation de handicap dans l'élaboration des plans, politiques et programmes nationaux en matière de lutte contre les violences fondées sur le genre se traduit par leur exclusion de ces derniers.
- Les jeunes en situation de handicap sont plus susceptibles d'être victimes de pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants et le viol de jeunes filles vierges³⁸⁸. L'inadéquation des lois et des politiques visant à prévenir les violences fondées sur le genre, à protéger les jeunes en situation de handicap contre ces violences et à punir les auteurs de tels actes renforce l'impunité et aggrave ce risque.
- Les parents, tuteurs ou autres personnes en charge sont parfois surprotecteurs et peuvent refuser que les jeunes en situation de handicap dont ils sont responsables participent à des programmes complets d'éducation sexuelle, de peur que cela n'augmente leur activité sexuelle. Dans ces conditions, les jeunes en situation de handicap ne peuvent pas apprendre à nouer des relations saines, ni comprendre ce qui constitue des contacts appropriés ou apprendre à éviter, reconnaître et signaler les cas d'exploitation, de violence et d'abus sexuels.
- Les stéréotypes ou les idées reçues selon lesquels les jeunes en situation de handicap sont asexués ou n'ont pas de relations intimes conduisent parfois les prestataires de services et le personnel de soutien à omettre leurs besoins en matière de violence fondée sur le genre.
- Les jeunes en situation de handicap sont souvent isolés chez eux ou dans des institutions ; il appartient alors aux familles ou au personnel de les guider vers ces services, et notamment vers la détection des violences sexuelles.
- L'inadéquation de la formation, des conseils, du soutien financier et des services de répit destinés aux familles et aux personnes en charge des jeunes en situation de handicap peut exacerber les risques de violence.
- La crainte d'être placés en institution s'ils signalent des actes de violence perpétrés par des membres de leur famille ou des personnes en charge peut inciter les jeunes en situation de handicap au silence.
- Les jeunes en situation de handicap n'ont souvent pas la possibilité d'avoir des conversations privées sur les violences fondées sur le genre avec les prestataires de services et le personnel de soutien. Ils peuvent donc avoir des inquiétudes quant à la confidentialité de leurs échanges.
- Les adolescents sont particulièrement exposés au risque de violence fondée sur le genre dans les situations d'urgence humanitaire en raison du risque accru d'exploitation et d'abus sexuels, de l'absence de services liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs ou de l'interruption de ces services dans ces situations³⁸⁹.

Lignes directrices :

► **Disponibilité**

1. Proposer et mettre en œuvre des lois et des politiques relatives aux violences sexuelles visant spécifiquement les jeunes en situation de handicap et prenant en compte leurs expériences³⁹⁰.
2. Mettre en place des programmes de soutien et d'éducation assortis de services de répit pour les parents, les familles et les autres personnes en charge des jeunes en situation de handicap³⁹¹.
3. Élaborer des programmes de formation destinés aux enseignants, responsables scolaires, fonctionnaires de police et autres figures d'autorité amenés à côtoyer de jeunes en situation de handicap afin qu'ils soient conscients du risque accru de violence qui pèse sur ces derniers et qu'ils sachent détecter et signaler les cas de violences fondées sur le genre.
4. Préconiser la nomination d'un agent de la fonction publique spécialisé dans les pratiques préjudiciables³⁹². Sensibiliser les agents de la fonction publique aux pratiques préjudiciables et à leurs incidences sur les jeunes en situation de handicap.
5. Veiller à la disponibilité des responsables communautaires et des services de médiation, d'éducation et de soutien destinés aux jeunes en situation de handicap et à leur famille en cas de risque de pratiques préjudiciables³⁹³.
6. Mettre en place des services de protection destinés spécifiquement aux jeunes en situation de handicap victimes de violence fondée sur le genre³⁹⁴. À cet égard, veiller à ce que les hébergements d'urgence et autres logements sûrs soient adaptés aux besoins des jeunes en situation de handicap en matière d'éducation et de développement.

7. Accorder la priorité aux programmes visant à assurer la sécurité des enfants en situation de handicap, notamment ceux qui vivent en institution, dans les situations d'urgence humanitaire³⁹⁵.

Lignes directrices :

► **Accessibilité**

1. Utiliser les médias sociaux et d'autres canaux technologiques pour diffuser des informations sur les violences sexuelles accessibles aux jeunes en situation de handicap.

► **EXEMPLE :**

En Ouganda, l'UNICEF a mené une campagne d'information et d'autonomisation des jeunes à l'aide de la technologie U-Report. U-Report est un outil gratuit de mobilisation sociale par SMS conçu pour impliquer les « U-Reporters » sur les problèmes et les sujets qui les concernent au quotidien. Ainsi, une utilisatrice ougandaise a utilisé la plateforme pour témoigner du viol dont elle avait été victime, ce qui lui a permis de bénéficier du soutien et des encouragements des autres U-Reporters. Cet outil a également été utilisé pour améliorer l'accès des filles en situation de handicap à l'éducation, favoriser le processus d'acceptation de soi et créer des liens entre jeunes en situation de handicap et non en situation de handicap³⁹⁶.

2. Impliquer activement les jeunes en situation de handicap dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de lutte contre les violences sexuelles en veillant à leur accessibilité³⁹⁷. Par exemple, concevoir des versions faciles à lire et à comprendre pour les jeunes atteints de déficiences intellectuelles.
3. Proposer des services à domicile ou dans un autre lieu sûr et accessible de la communauté, afin d'éliminer la problématique du transport du jeune handicapé vers un établissement de santé par la famille ou la personne en charge.

4. Encourager la participation des jeunes en situation de handicap à l'élaboration de programmes communautaires.

► **EXEMPLE :**

La Boîte à outils à l'attention des acteurs de la protection de l'enfance élaborée par la Commission des femmes pour les réfugiés et ChildFund s'adresse au personnel humanitaire et aux acteurs du développement afin de renforcer leurs capacités en matière de prise en compte des handicaps, d'identification des besoins en matière de violence fondée sur le genre et d'implication des enfants (en situation de handicap ou non) dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des programmes. Elle s'appuie sur un processus participatif qui favorise le consentement éclairé et l'atténuation des risques, et comprend une boîte à outils de communication modulable destinée aux enfants et aux jeunes afin de recueillir des informations sur les risques et les stratégies de programmation liés aux violences fondées sur le genre et les transmettre aux décideurs³⁹⁸.

5. Informer les jeunes en situation de handicap ainsi que leur famille, les aidants et le personnel de santé sur les droits des jeunes en matière de protection contre les violences fondées sur le genre, y compris les pratiques préjudiciables, et sur la disponibilité des services de base.³⁹⁹

Lignes directrices :

► **Acceptabilité**

1. Mettre en place des formations consacrées à la prise en charge des jeunes en situation de handicap à l'attention des prestataires de services liés à la violence fondée sur le genre, du personnel de soutien et de la communauté en général⁴⁰⁰. Faire en sorte, dans la mesure du possible, que ces sessions soient animées par de jeunes en situation de handicap.
2. Témoigner du respect envers les jeunes en situation de handicap qui souhaitent bénéficier de

services et protéger leur droit à la confidentialité. Les jeunes du monde entier ont souligné l'importance de ces aspects dans la prestation de services adaptés aux adolescents et aux jeunes.⁴⁰¹

3. Accompagner et former les jeunes en situation de handicap pour qu'ils deviennent des pairs éducateurs en matière de violence fondée sur le genre.
4. Former les prestataires de services et le personnel de soutien afin qu'ils repèrent les signes manifestés par les jeunes en situation de handicap ayant subi des violences fondées sur le genre, notamment perpétrées par un soignant. Les programmes doivent s'attaquer directement à l'asymétrie de la relation entre un jeune handicapé et ses soignants.
5. Travailler avec des prestataires proposant des services d'éducation sexuelle complète. Former les éducateurs sur les modalités d'enseignement aux élèves en situation de handicap concernant les relations saines et les violences fondées sur le genre, en détaillant les modalités du consentement réciproque en vue d'un contact sexuel. Les prestataires de services liés à la violence fondée sur le genre ont également un rôle important à jouer pour aider les jeunes en situation de handicap à comprendre les notions de relations saines, de contacts appropriés et de consentement, à reconnaître et signaler les violences fondées sur le genre, et à connaître les services disponibles ainsi que leurs modalités d'accès. Pour en savoir plus, reportez-vous à la section 4.5 sur l'éducation complète à la sexualité pour les femmes et les jeunes en situation de handicap.
6. Concevoir des campagnes et des programmes qui renforcent la compréhension et la visibilité des violences fondées sur le genre visant les jeunes en situation de handicap. Ces campagnes et programmes doivent s'attaquer aux idées reçues sur la sexualité des personnes en situation de handicap, selon lesquelles celles-ci sont asexuées ou dans

l'incapacité d'avoir des relations intimes⁴⁰². Impliquer les jeunes en situation de handicap dans les campagnes en faveur des adolescents et des jeunes, en situation de handicap ou non.

Lignes directrices :

► **Qualité**

1. Veiller à ce que les services liés à la violence fondée sur le genre pour les adolescents et les jeunes en situation de handicap comprennent des services sociaux, des conseils, des informations et des références adaptés à leur âge pour les aider à faire face à la violence et à en briser le cycle⁴⁰³.
2. Appuyer la création d'organismes dirigés par des jeunes en situation de handicap et des groupes d'entraide, et soutenir et impliquer ceux qui existent. Ces dispositifs constituent des relais essentiels pour diffuser des informations sur les violences fondées sur le genre et les services associés. Il convient d'encourager leurs membres, en situation de handicap ou non, à participer à des réseaux d'entraide et à les développer. Cet engagement doit porter sur la compréhension des discriminations sociales et structurelles qui entravent l'accès aux services des jeunes en situation de handicap et la lutte contre celles-ci.⁴⁰⁴
3. Collaborer avec les prestataires médicaux afin que les enfants en situation de handicap soient enregistrés à la naissance. L'absence de certificat de naissance élève la vulnérabilité aux pratiques préjudiciables, or il est fréquent que les naissances d'enfants en situation de handicap ne soient pas enregistrées⁴⁰⁵.
4. Mettre en place des lignes téléphoniques d'urgence facilement accessibles et adaptées aux jeunes en situation de handicap afin de les orienter efficacement. Ces lignes doivent proposer des options d'accessibilité aux personnes atteintes de surdité, de troubles de la communication ou de déficience intellectuelle.

5. Préconiser la mise en place d'une formation obligatoire sur les pratiques préjudiciables et les droits des jeunes en situation de handicap   l'attention des prestataires de santé et des responsables religieux, coutumiers, communautaires et traditionnels.⁴⁰⁶
6. Mener d'autres recherches et recueillir des données sur les violences sexistes subies par les jeunes en situation de handicap⁴⁰⁷.

3.9.3 Indicateurs

Les indicateurs suivants peuvent être utilisés pour le suivi et l'évaluation des progrès réalisés dans la prestation de services fondés sur les droits destinés aux jeunes en situation de handicap. Cette liste n'est pas exhaustive et vise à mettre en évidence la spécificité, les thèmes et la forme des indicateurs utilisés dans le cadre des services liés à la violence fondée sur le genre adaptés aux jeunes. Les prestataires de services doivent adapter ces indicateurs selon le contexte et le niveau de leurs programmes, en détaillant notamment l'échelon auquel les données sont collectées et les intervenants en charge de cette tâche.

- Pourcentage de filles, de garçons, de jeunes femmes et de jeunes hommes en situation de handicap ( g s de 10 à 24 ans) qui connaissent leurs droits⁴⁰⁸.
- Nombre de places disponibles pour les jeunes en situation de handicap ( g s de 10 à 24 ans) dans les foyers et les refuges pour 1 000 habitants (dans les régions rurales et urbaines)⁴⁰⁹.
- Pourcentage de jeunes en situation de handicap ( g s de 10 à 24 ans) qui participent à des programmes d'éducation sexuelle complète ou d'acquisition de compétences nécessaires dans la vie courante dans lesquels sont abordés les thèmes des relations saines et des violences sexistes⁴¹⁰.
- La législation interdit les pratiques préjudiciables (p. ex., les mutilations génitales féminines et l'excision, les mariages d'enfants et les mariages forcés).



Services liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs pour les femmes et les jeunes en situation de handicap

4.1 Contexte

Les femmes et les jeunes en situation de handicap ont le même droit à la santé sexuelle et reproductive que tout un chacun ; ils sont toutefois régulièrement exclus des services nécessaires à cette fin, et ce pour diverses raisons. « Par santé en matière de procréation, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix,

ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé »⁴¹¹. La santé sexuelle, qui s'inscrit dans le champ de cette définition, vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles. Elle va donc au-delà de la fourniture de conseils et soins relatifs à la reproduction et aux maladies sexuellement transmissibles. Elle se définit également par « l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, de manières qui soient positivement épanouissantes et qui valorisent la personnalité, la communication et l'amour »⁴¹².

Orientations principales sur la santé et les droits sexuels et reproductifs

En complément des lignes directrices suivantes, il est recommandé de consulter le rapport 2018 de l'éminente Commission Guttmacher-Lancet : ***Accelerate Progress — Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher-Lancet Commission.***⁴¹³ Le rapport de cette Commission — composée d'experts du monde entier en matière de santé, de développement et de droits humains à l'échelle planétaire — appelle les gouvernements nationaux, les organismes internationaux, les bailleurs de fonds, les groupes de la société civile et autres intervenants majeurs, à s'engager sur la voie d'un nouveau programme en faveur de l'accès universel à la santé et aux droits sexuels et procréatifs, en tenant explicitement compte des personnes en situation de handicap. Le rapport souligne l'importance de la prise en compte des besoins particuliers des personnes en situation de handicap en matière de santé et de droits sexuels et procréatifs et le manque de recherches

et de données significatives sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des personnes en situation de handicap⁴¹⁴, comme en témoigne l'extrait suivant : « Les personnes handicapées constituent une autre population négligée, victime de stéréotypes et d'idées reçues préjudiciables. Bien que leurs besoins concernant la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction soient similaires à ceux des personnes dites « valides », elles sont beaucoup plus vulnérables au risque de violence physique, d'abus sexuel et de viol, y compris de la part de leurs soignants dans certaines situations. Elles sont également plus souvent victimes de pratiques contraintes ou forcées telles que la stérilisation, l'avortement et la contraception. Le manque d'informations et de ressources ciblées accroît la vulnérabilité de ce groupe ; cette situation d'infériorité débute à un stade précoce de la vie et se poursuit à l'âge adulte⁴¹⁵. »

Obstacles

Dans le monde entier, les femmes et les jeunes, en situation de handicap ou non, se heurtent à des obstacles juridiques et pratiques pour accéder aux informations et aux services sur la santé et les droits sexuels et reproductifs. Ces obstacles sont plus élevés pour les femmes et les jeunes en situation de handicap. Les obstacles les plus courants sont les suivants : i) le manque de formation ou de sensibilisation des prestataires de services et du personnel de soutien sur la prise en charge des personnes en situation de handicap⁴¹⁶ (une étude réalisée aux États-Unis a ainsi montré que 40 à 50 % des gynécologues se sentaient peu ou pas du tout préparés à prendre en charge les adolescentes en situation de handicap⁴¹⁷) ; ii) la prise en compte insuffisante de l'accessibilité liée au handicap dans

l'élaboration des programmes ou le renforcement des capacités⁴¹⁸ ; iii) la pauvreté ou la marginalisation socio-économique ; iv) l'isolement des femmes et des jeunes en situation de handicap vivant dans des institutions, des camps, des foyers familiaux, des foyers de groupe⁴¹⁹ ou qui sont sans abri ; et v) les stéréotypes sur les femmes et les jeunes en situation de handicap, en vertu desquels les prestataires de services et le personnel de soutien partent du principe que les femmes et les jeunes en situation de handicap sont incapables de prendre leurs propres décisions, sont asexuels ou au contraire hypersexuels, sont stériles ou incapables d'être des parents.

Les situations d'urgence humanitaire renforcent ces facteurs d'exclusion et aggravent leur impact.

Les défis supplémentaires qui se présentent peuvent conduire à i) une redéfinition des priorités, ii) l'absence d'élaboration de services prenant en compte les personnes en situation de handicap, iii) des obstacles plus marqués à l'accessibilité et iv) un isolement et une vulnérabilité accrus. Le contexte culturel, politique et sécuritaire du pays concerné par l'aide humanitaire peut également renforcer les obstacles aux services essentiels.

Risque accru

L'accessibilité insuffisante des informations et des services liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs accroît la vulnérabilité des femmes et des jeunes en situation de handicap aux abus sexuels, aux infections sexuellement transmissibles (IST), aux grossesses non désirées⁴²⁰ et aux issues défavorables des grossesses (mère et nouveau-né). De plus, elle les prive de leur droit de jouir du meilleur état de santé possible en matière de sexualité et de reproduction. Outre leur exclusion de ces services de santé essentiels, les femmes et les jeunes en situation de handicap doivent souvent se plier à des pratiques et à des procédures médicales coercitives, comme la stérilisation forcée, l'avortement forcé et la contraception forcée,⁴²¹ ainsi qu'à des traitements irrespectueux et abusifs. Les mesures de tutelle ont notamment été associées à une prévalence supérieure de la maltraitance des personnes en situation de handicap, les parents ou tuteurs ayant ainsi la possibilité de contraindre les femmes et les jeunes en situation de handicap à subir des pratiques médicales contre leur gré⁴²². Les adolescentes en situation de handicap sont particulièrement exposées aux risques de stérilisation forcée et d'avortement forcé⁴²³ ; les femmes et les adolescentes en situation de handicap sont plus susceptibles de subir une hystérectomie à un plus jeune âge et pour une raison non médicale, notamment à la demande d'un parent ou d'un tuteur⁴²⁴.



Un jeune couple s'embrasse en ville le soir.

© LWA/Dann Tardif/Getty Images

Les lignes directrices détaillées ci-après sont organisées selon les différents services dont les femmes et les jeunes en situation de handicap peuvent avoir besoin dans les domaines de la santé et des droits sexuels et reproductifs. Les principaux types de services présentés correspondent à des domaines dont les femmes et les jeunes en situation de handicap sont régulièrement exclus. Cette liste n'est pas exhaustive. Il convient de considérer chaque domaine en parallèle des autres, pour assurer un continuum de soins dans tous les domaines de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes et les jeunes en situation de handicap.

SITUATIONS D'URGENCE

Concepts principaux : Normes minimales applicables à la santé et aux droits sexuels et reproductifs

Tous les services proposés et dispensés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap doivent respecter ces normes minimales. Le Groupe de travail interorganisations sur la santé procréative en situations de crise, dont l'UNFPA fait partie, a élaboré un Dispositif minimum d'urgence pour répondre aux besoins en matière de santé procréative dès le début d'une crise humanitaire⁴²⁵. Ces normes n'étant pas adaptées aux personnes en situation de handicap, les prestataires de services doivent collaborer avec les femmes et les jeunes en situation de handicap pour définir les adaptations et les aménagements nécessaires à leur mise en œuvre auprès de ce public.

Dispositif minimum d'urgence (DMU) de l'UNFPA⁴²⁶ :

1. Choisir une organisation pour mener la mise en œuvre du DMU

- a. Nomination d'un agent en charge de la santé procréative
- b. Coordination des services en charge de la santé procréative
- c. L'agent en charge de la santé procréative rend compte au groupe/secteur santé
- d. Mise à disposition des kits et du matériel de santé procréative

2. Prévenir la violence sexuelle et en gérer les conséquences

- a. Mécanismes de protection en place, surtout pour les femmes et les jeunes filles
- b. Services médicaux et soutien psychosocial disponibles pour les survivant(e)s
- c. Communautés informées des services existants

3. Réduire la transmission du VIH

- a. Transfusions sanguines sûres
- b. Respect des normes de précaution
- c. Mise à disposition gratuite de préservatifs

4. Prévenir la mortalité maternelle et néonatale

- a. Disponibilité de soins obstétricaux d'urgence (SOU) et de soins néonataux
- b. Mise en place d'un système d'orientation accessible 24 h/24, 7 j/7.
- c. Fourniture de kits d'accouchement hygiénique aux femmes visiblement enceintes et aux accoucheuses dûment formées
- d. Communautés informées des services existants

5. Planifier des services de santé procréative complets, intégrés à des soins de santé primaires

- a. Recueil de données sur les antécédents
- b. Repérage des lieux adaptés à la prestation future de services complets en matière de santé procréative
- c. Évaluation des capacités du personnel et planification des formations
- d. Commandes d'équipements et de matériel de santé procréative

4.2 Cadre des droits humains relatifs à la santé et aux droits sexuels et reproductifs

Les droits en matière de sexualité et de reproduction comprennent des libertés, telles que la liberté de procréer, et des droits, tels que l'accès à l'ensemble des services essentiels liés à la santé sexuelle et reproductive. Ces droits s'inscrivent dans le cadre des droits humains fondamentaux suivants :

- les droits à la vie et à la santé, y compris la santé sexuelle et procréative, protégés par le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP)⁴²⁷, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)⁴²⁸, la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH),⁴²⁹ la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes⁴³⁰ et la Convention relative aux droits de l'enfant⁴³¹.
- Les droits à la vie privée, à la liberté et à la sécurité de la personne, et le droit de décider du nombre et de l'espacement des naissances, protégés par le PIDCP⁴³², la CDPH⁴³³, la CEDAW⁴³⁴ et la CDE⁴³⁵.
- Les droits à l'information et à l'éducation, y compris sur la santé en matière de sexualité et de reproduction, protégés par le PIDESC⁴³⁶, la CDPH⁴³⁷, la CEDAW⁴³⁸ et la CDE⁴³⁹.
- Le droit à l'égalité et à la non-discrimination, protégé par le PIDCP⁴⁴⁰, le PIDESC⁴⁴¹, la CDPH⁴⁴², la CEDAW⁴⁴³ et la CDE⁴⁴⁴.
- Le droit de bénéficier du progrès scientifique, protégé par le PIDESC⁴⁴⁵.
- Le droit de ne pas être soumis à la torture ou à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, protégé par le PIDCP⁴⁴⁶, la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants⁴⁴⁷, la CDPH⁴⁴⁸ et la CRC⁴⁴⁹.
- Le droit de consentir au mariage et à l'égalité des droits dans le mariage, protégé par le PIDCP⁴⁵⁰, le PIDESC⁴⁵¹, la CEDAW⁴⁵² et la CDPH⁴⁵³.

- Le droit à l'accessibilité, protégé par la CDPH⁴⁵⁴.
- Le droit à la protection et à la sécurité des personnes handicapées dans les situations à risque, y compris les situations de crise humanitaire, protégées par la CDPH⁴⁵⁵.
- Le droit à des aménagements raisonnables, lorsque ceux-ci s'avèrent nécessaires, décrit dans la CDPH⁴⁵⁶.

L'un des fondements essentiels du droit à la santé et, par conséquent, du droit à la santé en matière de sexualité et de reproduction, réside dans la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des informations, des biens et des services relatifs à la santé. Ces dimensions essentielles du droit à la santé constituent le cadre « DAAQ »⁴⁵⁷. Ce cadre décrit les exigences qui découlent des obligations des États concernant le respect, la protection et la réalisation des droits en matière de sexualité et de reproduction⁴⁵⁸.

Le cadre DAAQ exige que les informations, les biens et les services soient⁴⁵⁹ :

- **Disponibles**, ce qui signifie que les informations, les biens et les services doivent exister en quantité suffisante dans un pays. Cette dimension implique de disposer d'un nombre suffisant de prestataires de services formés et d'établissements de soins de santé adaptés et répartis de façon équitable.
- **Accessibles**, ce qui signifie que les informations, les biens et les services doivent pouvoir être utilisés par toutes les personnes en situation de handicap. L'exigence d'accessibilité porte sur l'accessibilité physique, l'accessibilité économique et l'accessibilité de l'information.
- **Acceptables**, ce qui signifie que les informations, les biens et les services en matière de santé doivent se conformer aux normes éthiques tout en étant appropriés sur le plan culturel, adaptés aux besoins spécifiques liés au genre et au handicap, et respectueux de la confidentialité des intéressés.

- **De qualité**, ce qui signifie que les informations, les biens et les services en matière de santé doivent également être scientifiquement et médicalement appropriés, et dispensés par un personnel formé selon une démarche respectueuse et fondée sur les droits.

En outre, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a défini les obligations fondamentales minimales suivantes :

- « Abroger ou supprimer les lois, les politiques et les pratiques qui incriminent, entravent ou compromettent l'accès des individus ou de certains groupes aux ressources, aux services, aux biens et à l'information de santé sexuelle et procréative ;
- Adopter et appliquer une stratégie et un plan d'action nationaux dotés d'un budget suffisant sur la santé sexuelle et procréative, qui soient conçus, révisés périodiquement et suivis au moyen d'un processus participatif et transparent, et soient ventilés par motif de discrimination interdit ;
- Garantir un accès universel et équitable à des services, des biens et des ressources de santé sexuelle et procréative abordables, acceptables et de qualité, en particulier pour les femmes et les groupes défavorisés et marginalisés ;
- Établir et faire respecter l'interdiction juridique des pratiques néfastes et de la violence fondée sur le genre, notamment des mutilations génitales féminines, du mariage d'enfants et du mariage forcé et de la violence familiale et sexuelle, y compris le viol conjugal, tout en garantissant le droit à la vie privée, à la confidentialité et à la prise libre, éclairée et responsable des décisions, à l'abri de toute contrainte, discrimination ou crainte de violence, concernant les besoins et les comportements individuels de santé sexuelle et procréative ;
- Prendre des mesures pour empêcher les avortements non médicalisés et assurer les soins et les conseils post-avortement nécessaires ;

- Veiller à ce que tous les individus et groupes aient accès en matière de santé sexuelle et procréative à une éducation et une information complètes qui soient non discriminatoires, non partiales, et factuelles, et qui tiennent compte de l'évolution des aptitudes des enfants et des adolescents ;
- Fournir les médicaments, les équipements et les technologies essentiels en matière de santé sexuelle et reproductive, en se fondant notamment sur la liste modèle de médicaments essentiels de l'OMS [460].
- Garantir l'accès à des voies de recours et des moyens de réparation efficaces et transparents, y compris administratifs et judiciaires, en cas de violation du droit à la santé sexuelle et procréative⁴⁶¹. »

Le Comité des Nations Unies pour les droits des personnes handicapées a souligné que les États doivent veiller à ce que les femmes en situation de handicap puissent exercer leur capacité juridique, notamment en ce qui concerne les décisions relatives à leur santé et à leurs droits en matière de sexualité et de reproduction⁴⁶², y compris leur droit de fonder une famille et d'élever leurs enfants⁴⁶³.

Sur la question de la santé et des droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction, le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies prie instamment les États :

- D'adopter « des politiques de santé sexuelle et procréative globales à l'intention des adolescents, qui tiennent compte des questions de genre et de sexualité », en particulier pour les adolescentes⁴⁶⁴.
- De faire en sorte que tous les adolescents aient « accès sans discrimination à des services, à des informations et à une éducation concernant la santé sexuelle et procréative qui soient gratuits, confidentiels, adaptés à leurs besoins et non discriminatoires, accessibles sur Internet ou en personne et qui portent notamment sur



Judith, une jeune femme, rit en attendant les clients à sa mandazi (un stand de pâtisserie), en Ouganda.

© 2013 d'Arcy Lunn, Courtesy of Photoshare

la planification familiale et la contraception, y compris la contraception d'urgence, la prévention, les soins et les traitements relatifs aux infections sexuellement transmissibles, les services de consultation, les soins avant la conception, les services de santé maternelle et l'hygiène menstruelle⁴⁶⁵. »

- De faire en sorte que les adolescents, en particulier les adolescentes en situation de handicap, ne soient confrontés à aucun obstacle pour accéder « aux produits, informations et conseils concernant la santé et les droits sexuels et reproductifs, tels que l'obligation d'obtenir le consentement ou l'autorisation d'un tiers⁴⁶⁶. »
- De « dépenaliser l'avortement afin que les adolescentes puissent accéder à l'avortement médicalisé et bénéficier de services après l'avortement, et de modifier leur législation de manière à ce que la prise en compte de l'intérêt supérieur des adolescentes enceintes soit

garantie et à ce que leur opinion soit toujours prise en considération et respectée dans les décisions touchant à l'avortement⁴⁶⁷. »

- D'inclure « dans les programmes scolaires obligatoires et de rendre accessible aux adolescents non scolarisés une éducation à la santé sexuelle et procréative qui soit inclusive, complète et adaptée à l'âge des adolescents, fondée sur des faits scientifiquement établis et sur les normes relatives aux droits humains et qui ait été élaborée avec le concours d'adolescents. Il faudrait prêter attention à l'égalité entre les sexes [...] et à la prévention des grossesses précoces et des infections sexuellement transmissibles. » Le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies note explicitement que « les informations devraient être présentées sous des formes alternatives pour qu'elles soient accessibles à tous les adolescents, en particulier, aux adolescents en situation de handicap »⁴⁶⁸.

SITUATIONS D'URGENCE

Gestion du handicap et des risques liés aux situations d'urgence pour la santé

La *Note d'orientation sur la gestion du handicap et des risques liés aux situations d'urgence pour la santé* de l'OMS et ses partenaires⁴⁶⁹ énumère les principes suivants pour la conception et la mise en œuvre de toutes les mesures de gestion des risques en situation d'urgence, afin qu'elles soient inclusives de tous les types de handicap.

- Égalité et non-discrimination : L'ensemble des mesures doivent être inclusives, *a fortiori* pour les personnes que le handicap rend particulièrement vulnérables.
- Accessibilité : Les personnes en situation de handicap devraient jouir d'un accès équitable aux environnements physiques, à l'information, à la communication et aux systèmes et technologies de l'information et de la communication, tant dans les zones urbaines que rurales.
- Participation et dignité : Les personnes en situation de handicap doivent pouvoir participer à l'évaluation, à la conception, à la réalisation et au suivi des programmes d'urgence. Il convient de reconnaître et de respecter cette participation avant, pendant et après une situation d'urgence.
- Créativité et capacités : « De nombreuses personnes handicapées ont les ressources et les capacités nécessaires pour apporter une contribution significative à la gestion des risques dans les situations d'urgence. Elles ont également le droit de recevoir un soutien et une assistance pour développer les compétences, les connaissances et les capacités nécessaires pour se préparer et se protéger contre les risques, et pour optimiser leurs capacités de survie et de rétablissement après une urgence. »⁴⁷⁰

Les annexes de la Note d'orientation sur la gestion du handicap comportent des informations plus détaillées sur la mise en œuvre pratique des orientations proposées, notamment *Comment rendre les services des secteurs liés à la santé inclusifs des personnes handicapées*⁴⁷¹ et *Handicap et risques liés aux situations d'urgence : check-list des mesures minimales requises dans le secteur de la santé*⁴⁷².

4.3. Informations, biens et services relatifs à la contraception pour les femmes et les jeunes en situation de handicap

4.3.1 Présentation du problème

L'accès à l'information, aux biens et aux services en matière de contraception est l'un des axes fondamentaux des services liés à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction. Les femmes et les jeunes en situation de handicap qui ont accès à des méthodes contraceptives peuvent décider si et quand avoir des enfants, éviter les grossesses non désirées (et les risques associés de mortalité ou de morbidité maternelle/néonatale) et se protéger contre les IST, notamment le VIH. Les femmes et les jeunes en situation de handicap ont droit à l'égalité d'accès à la planification familiale volontaire et aux méthodes contraceptives modernes, ainsi qu'à des conseils sur leur utilisation sûre et efficace. Cela comprend l'accès aux contraceptifs d'urgence et les informations relatives à leur utilisation. Les méthodes contraceptives modernes auxquelles les personnes en situation de handicap doivent avoir accès comprennent : les méthodes dites « barrières »

(préservatifs masculins et féminins, diaphragmes), les méthodes hormonales à action rapide (pilule, contraceptifs injectables, anneau vaginal), les méthodes réversibles à action prolongée (implants, dispositifs intra-utérins), les méthodes permanentes (stérilisation volontaire des hommes et femmes) et la contraception d'urgence.⁴⁷³ Les femmes et les jeunes en situation de handicap doivent également avoir accès à des informations précises et fondées sur des données probantes sur les méthodes de planification familiale, y compris la méthode des températures, la méthode des deux jours et la méthode des jours fixes⁴⁷⁴. Les femmes et les jeunes en situation de handicap doivent bénéficier d'un accompagnement pour pouvoir prendre leurs propres décisions quant à l'utilisation de la contraception et le choix de la méthode qui leur convient le mieux. La stérilisation forcée et la contraception ne devraient être imposées à aucune personne handicapée sans son consentement éclairé et volontaire. La protection des femmes et des jeunes en situation de handicap contre la contraception forcée, y compris la stérilisation forcée, est essentielle pour préserver leur droit de ne pas être soumis à la torture ou autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Les femmes et les jeunes en situation de handicap ont droit à l'égalité d'accès à la planification familiale volontaire et aux méthodes contraceptives modernes, ainsi qu'à des conseils sur leur utilisation sûre et efficace.

GROS PLAN

La participation des hommes dans la planification familiale

Pour améliorer la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction, il est primordial que les hommes participent : d'une part en tant que partenaires, mais aussi pour répondre à leurs propres besoins dans ce domaine. S'agissant de l'information, des biens et des services en matière de contraception, il est essentiel que les hommes, y compris les garçons et les jeunes hommes en situation de handicap, aient connaissance de : i) l'ensemble des méthodes de contraception et de leur utilisation, ii) l'importance des préservatifs pour prévenir la transmission des infections sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées et iii) la nécessité d'utiliser la contraception de façon systématique. Les jeunes hommes et les garçons en situation de handicap doivent être en mesure d'aborder les questions relatives à l'utilisation de la contraception avec leur partenaire, notamment concernant les méthodes disponibles et le partage des

coûts, afin que les incidences économiques de l'utilisation de la contraception n'incombent pas toujours aux partenaires sexuelles féminines. Les prestataires de services doivent également évaluer leurs programmes pour s'assurer qu'ils ne reposent pas sur des stéréotypes sexistes néfastes. Ceux-ci doivent plutôt tenir compte des sexospécificités ou, mieux encore, viser l'obtention de résultats sexotransformateurs. Les approches sexotransformatrices promeuvent des normes équitables en matière de genre, à l'instar d'une « campagne de promotion des préservatifs mettant en avant des relations fondées sur l'égalité des sexes, caractérisées par une prise de décision conjointe, un respect mutuel et des échanges sur la santé sexuelle et reproductive et les intentions en matière de procréation⁴⁷⁵ ».

4.3.2. Lignes directrices relatives à la fourniture d'informations, de biens et de services relatifs à la contraception pour les femmes et les jeunes en situation de handicap

Cette section porte sur les principaux obstacles qui entravent fréquemment l'accès des femmes et des jeunes en situation de handicap aux services liés à la contraception. Les lignes directrices proposées constituent des recommandations visant à garantir la disponibilité et l'accessibilité de services liés à la contraception qui soient acceptables, de qualité, fondés sur les droits et adaptés aux besoins et aux situations des femmes et des jeunes en situation de handicap. Elles s'appuient sur les lignes directrices fondamentales décrites au **chapitre 2** ; elles ne sont pas exhaustives, mais constituent une base pour l'élaboration de services et de programmes tenant compte des personnes en situation de handicap.

Le guide de l'OMS et de l'UNFPA intitulé *Ensuring Human Rights within Contraceptive Service Delivery: Implementation Guide*⁴⁷⁶ et la liste de contrôle de l'OMS intitulée *Quality of Care in Contraceptive Information and Services, Based on Human Rights Standards: A Checklist for Health Care Providers*⁴⁷⁷ proposent des recommandations importantes sur la mise en œuvre de la prestation de services fondés sur les droits en matière de contraception. Les prestataires de services devraient s'appuyer sur l'expertise de femmes et de jeunes présentant divers handicaps pour la conception et le suivi de leurs programmes, et ce, afin de mettre en œuvre ces recommandations dans une optique d'accessibilité et de prise en compte du handicap. Les points d'action généralisés qui figurent dans le Guide de mise en œuvre sont présentés dans la section suivante.

Considérations importantes

- Les lois et les politiques qui autorisent les parents, les tuteurs, les tribunaux et d'autres personnes à substituer leur décision à celle d'une femme ou d'un(e) jeune handicapé(e)

concernant la stérilisation chirurgicale, l'utilisation de contraceptifs ou de traitements hormonaux pour contrôler la fertilité, la croissance ou les menstruations, violent les droits des femmes et des jeunes en situation de handicap et s'accompagnent de conséquences physiques, psychologiques et émotionnelles néfastes. La stérilisation forcée est largement considérée comme une forme de torture ou de mauvais traitement⁴⁷⁸.

- La substitution de la prise de décision, le paternalisme, les conseils partiiaux, les jeux de pouvoir et le non-respect de la confidentialité dans la prestation de services peuvent mener à la contraception forcée (dont la stérilisation forcée) des femmes et des jeunes en situation de handicap, entraînant de nombreuses conséquences sur leur santé physique et mentale ainsi que leur bien-être. Les plaintes relatives à des violations sont souvent négligées,⁴⁷⁹ tandis que les mécanismes de dépôt de plaintes sont rarement sûrs.
- Les lois et les politiques qui limitent l'accès à la contraception, comme les lois exigeant la notification ou l'autorisation des parents ou du conjoint ou celles interdisant la distribution de contraceptifs d'urgence, entravent considérablement l'accès des femmes et des jeunes à la contraception. Des restrictions qui peuvent renforcer les difficultés des femmes et des jeunes en situation de handicap à accéder aux informations, aux biens et aux services liés à la contraception.
- Les attitudes négatives et les idées reçues à l'égard de la sexualité des femmes et des jeunes en situation de handicap, notamment les stéréotypes sur l'hypersexualité ou l'asexualité des personnes en situation de handicap, peuvent empêcher ces dernières de bénéficier d'informations, de biens et de services de qualité et adaptés en matière de contraception. Ainsi, les prestataires de services omettent parfois de communiquer les informations sur les différentes méthodes contraceptives et leur

utilisation aux femmes et aux jeunes en situation de handicap.

- Les protocoles et les lignes directrices sur la contraception d'urgence comprennent rarement des dispositions visant à garantir son accessibilité aux femmes et aux adolescentes en situation de handicap, ce qui peut les exposer à un risque accru de grossesse non désirée.
- Du fait de leur opinion négative sur l'utilisation de contraceptifs par les femmes et les jeunes en situation de handicap, certains soignants et membres de la famille peuvent également en restreindre l'accès.

- Les prestataires de services sont souvent incapables de présenter les différentes méthodes de contraception de façon accessible aux femmes et aux jeunes en situation de handicap. En conséquence, les femmes et les jeunes ne sont pas en mesure de donner leur consentement éclairé ni de délibérer sur les avantages et les inconvénients des différentes méthodes.
- La pauvreté, l'environnement physique des établissements de santé et l'isolement peuvent entraver l'accès des femmes et des jeunes en situation de handicap aux informations, aux biens et aux services liés à la contraception.



Une femme béninoise est assise avec son enfant sur les genoux. © UNFPA/Ollivier Girard

GROS PLAN

La stérilisation

La stérilisation forcée des femmes et des jeunes en situation de handicap a fait l'objet de nombreuses études⁴⁸⁰. La stérilisation est le « processus ou l'acte irréversible qui supprime la capacité d'un individu à procréer⁴⁸¹ ».

La stérilisation forcée ou sous contrainte désigne la réalisation de la procédure chirurgicale sans le consentement libre et éclairé de l'intéressé(e). Il y a également stérilisation forcée lorsque l'intervention est effectuée à l'insu de la personne ou lorsque le consentement est donné par une personne autre que l'intéressé(e). La stérilisation est « sous contrainte » lorsque le consentement a été obtenu par le biais de l'intimidation, de la désinformation ou de la contrainte. Toutes les personnes en situation de handicap, hommes et femmes, sont vulnérables à la stérilisation forcée. La stérilisation forcée a été largement dénoncée comme une violation des droits humains équivalant à la torture⁴⁸² et à une forme particulièrement délétère de violence fondée sur le genre⁴⁸³.

Les études montrent que la stérilisation des personnes en situation de handicap s'explique par deux principales raisons :

- D'une part, pour des motifs paternalistes et eugéniques fondés sur des croyances selon lesquelles les personnes en situation de handicap i) ne peuvent et ne doivent pas avoir et élever des enfants⁴⁸⁴, et ii) ne peuvent pas prendre leurs propres décisions.
- D'autre part, pour des raisons de commodité pour les soignants et, dans certains cas, par mesure de précaution pour éviter les grossesses non désirées à la suite des abus sexuels considérés comme inévitables chez les personnes en situation de handicap⁴⁸⁵.

Les prestataires de services et le personnel d'appui doivent prêter une attention particulière au risque de stérilisation forcée et collaborer avec les femmes et les jeunes, les soignants, les familles et les personnes en charge pour les informer sur les droits des personnes en situation de handicap en matière de reproduction. Les prestataires de services doivent s'assurer i) que les femmes et les jeunes en situation de handicap souhaitant se faire stériliser ont été pleinement informés de l'ensemble des risques et avantages de cette intervention et des autres méthodes de contraception réversibles et à action prolongée, ii) que ces informations leur ont été dispensées de façon compréhensible, et iii) qu'ils bénéficient de l'accompagnement nécessaire pour prendre une telle décision. Ces conditions doivent être réunies pour que toute personne puisse donner son consentement libre et éclairé à une telle procédure. En parallèle, les prestataires de services et le personnel d'appui doivent s'assurer que les mesures de prévention de la stérilisation forcée ne portent pas atteinte au droit d'une femme ou d'un(e) handicapé(e) de consentir de façon libre et éclairée à la stérilisation volontaire.

Pour en savoir plus sur le consentement libre et éclairé, consultez la partie « Reconnaissance égale devant la loi » dans la section 1.2.

Lignes directrices :

► **Disponibilité**

1. Élaborer des protocoles et des lignes directrices prenant en compte les handicaps concernant les visites de suivi, la gestion des effets secondaires et l'orientation, et former les prestataires de services à leur mise en œuvre efficace. Ces protocoles et lignes directrices doivent clairement établir le droit des femmes ou des jeunes à retirer les contraceptifs à action prolongée et prévoir des procédures de suivi des personnes vivant en institution ou dans des lieux isolés.

► **EXEMPLE :**

*Le guide publié par USAID et Handicap International intitulé **Disability-Inclusive Sexual and Reproductive Health Component: Training of Trainers Manual on Disability-Inclusive HIV and Sexual and Reproductive Health for Health Workers**⁴⁸⁶, illustre bien les modalités de formation des prestataires de services à la planification familiale, et notamment à diverses méthodes de contraception, en tenant compte du handicap. Le volet de cette formation consacré à la planification familiale vise à présenter les avantages et les méthodes de la planification familiale, les raisons pour lesquelles les femmes et les hommes en situation de handicap en ont besoin, les conseils à donner aux personnes en situation de handicap et les considérations particulières relatives à certains handicaps. Ainsi, les participants sont amenés à mieux comprendre les facteurs qui influencent le choix des méthodes de planification familiale par les femmes : « Les handicaps physiques peuvent affecter l'acceptabilité, la sécurité et l'adéquation de certaines méthodes. Les déficiences intellectuelles peuvent entraver le consentement éclairé à la contraception. Certains médicaments interagissent avec les méthodes hormonales de contraception. (...) Par exemple, la pilule contraceptive ne doit pas être prescrite aux femmes ayant des problèmes de circulation ou d'hypertension⁴⁸⁷ ».*

► **EXEMPLE :**

*Le guide publié par IPAS intitulé **Access for Everybody: Disability Inclusion in Abortion and Contraceptive Care**⁴⁸⁸ propose des orientations pratiques destinées aux responsables, formateurs et personnes en charge de l'application des programmes de contraception sur la prise en compte des handicaps dans les politiques et les prestations de services.*

2. Mettre en place des mécanismes simples pour le remplacement des médicaments et dispositifs essentiels, en particulier dans les contextes de crise humanitaire. Intégrer le remplacement des contraceptifs aux mécanismes de remplacement des autres médicaments et dispositifs nécessaires.
3. Veiller à ce qu'au moins cinq méthodes contraceptives modernes soient disponibles en quantité suffisante⁴⁸⁹. Les prestataires de services doivent proposer des méthodes contraceptives dans un éventail de formats pour contourner les limitations liées à certains handicaps. Ainsi, une femme privée de l'usage des mains ne sera pas en mesure d'utiliser un préservatif féminin.

Lignes directrices :

► **Accessibilité**

1. Élaborer des supports d'information accessibles et adaptés aux femmes et aux jeunes présentant divers handicaps afin d'exposer l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles.
2. Proposer des informations, des biens et des services en matière de contraception aux femmes et aux jeunes en situation de handicap selon différents modèles de prestation de services. L'objectif : cibler une population plus large, notamment par le biais des établissements de santé, des cliniques communautaires, des cliniques mobiles, des programmes portant sur

les agents de santé communautaires, de mécanismes d'orientation et d'autres prestataires de services liés au handicap⁴⁹⁰. Veiller à ce que les services soient dispensés dans les régions isolées où résident des femmes et des jeunes en situation de handicap qui n'ont pas besoin de visites régulières chez le médecin. Par exemple, former des agents de santé communautaires, notamment en situation de handicap, pour qu'ils soient en mesure de dispenser des informations et des services liés à la contraception à domicile ou d'accompagner une femme ou un jeune vers les services d'orientation.

3. Lorsque les ressources le permettent, subventionner les biens et services liés à la contraception, y compris les préservatifs, pour qu'ils soient gratuits ou peu onéreux pour l'ensemble des femmes et jeunes à faibles revenus, indépendamment de l'âge, de l'état matrimonial ou du handicap.

Lignes directrices :

► **Acceptabilité**

1. Établir des protocoles et des lignes directrices en matière de lutte contre les violences sexistes pour les femmes et les jeunes en situation de handicap souhaitant obtenir des services de contraception. Former les prestataires de services et le personnel d'appui à mettre en œuvre ces protocoles, mais aussi à comprendre et reconnaître les formes particulières de violences sexistes qui pèsent sur les femmes et les jeunes personnes en situation de handicap. Pour en savoir plus, reportez-vous aux lignes directrices sur la fourniture de services liés à la violence fondée sur le genre (chapitre 3).
2. Former les agentes de santé communautaires, les sages-femmes, les infirmières et les autres ambassadrices de la santé des femmes, notamment en situation de handicap, afin qu'elles puissent présenter les modalités d'utilisation des contraceptifs en tenant compte du genre, du handicap, de l'âge, de l'orientation sexuelle et de la culture.
3. Former les prestataires de services à l'explication des avantages et des inconvénients des différentes méthodes contraceptives aux femmes et aux jeunes en situation de handicap, notamment les personnes présentant une déficience intellectuelle. Les prestataires de services devraient bénéficier d'une formation sur les **Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives**⁴⁹¹ de l'OMS, afin qu'ils fondent leurs explications des différentes méthodes contraceptives sur des données factuelles et aident les femmes et les jeunes en situation de handicap à prendre des décisions libres et éclairées en la matière.
4. Élaborer des campagnes de sensibilisation et des supports pédagogiques destinés aux soignants et aux familles des personnes en situation de handicap (qui contrôlent souvent l'accès aux services) pour les aider à mieux comprendre l'importance de l'utilisation des contraceptifs et obtenir leur soutien concernant la fourniture d'informations, de biens et de services en matière de contraception.
5. Veiller à ce que les informations, biens et services en matière de contraception soient également dispensés aux garçons et jeunes hommes en situation de handicap. Les hommes et les garçons doivent également recevoir des informations pour développer une meilleure compréhension des droits des femmes et des adolescentes en situation de handicap à recourir à la contraception. Former et sensibiliser les prestataires de services aux besoins de ces garçons et jeunes hommes en matière d'accès aux informations, biens et services liés à la contraception.



Un jeune couple mexicain a décidé de se marier lorsqu'elle aura terminé ses études.

© UNFPA/Ricardo Ramirez

Lignes directrices :

► **Qualité**

1. Utiliser le guide de l'OMS intitulé *Quality of Care in Contraceptive Information and Services, Based on Human Rights Standards: A Checklist for Health Care Providers*⁴⁹² pour s'assurer que la prestation de services respecte les normes de qualité énoncées.
2. Reconnaître les nombreuses formes que peut prendre la contraception forcée, notamment les incitations favorables ou défavorables, les pressions, les conseils biaisés et les réprimandes ou avertissements à l'encontre des femmes ou des jeunes en situation de handicap qui sont ou souhaitent devenir sexuellement actifs ou qui souhaitent devenir parents. Sensibiliser les prestataires de services à la dynamique qui caractérise leur relation avec les personnes en situation de handicap, afin qu'ils comprennent comment leurs actions, leurs paroles et leur position de supériorité peuvent influencer la prise de décision éclairée de ces personnes.
3. Élaborer des protocoles de prestation de services fondés sur des données factuelles, ainsi que des garde-fous, pour que les femmes et les jeunes en situation de handicap puissent donner leur consentement éclairé à la méthode contraceptive de leur choix après avoir reçu des conseils avisés sur les risques et les avantages de chaque méthode, notamment les effets secondaires potentiels et les alternatives possibles, et des informations sur leur utilisation⁴⁹³.
4. Traduire des informations précises et factuelles sur la contraception dans les langues parlées par les femmes et les jeunes en situation de handicap, et présenter ces informations dans un format accessible et compréhensible. Protéger leur droit d'accéder facilement à ces informations⁴⁹⁴.
5. Garantir l'accessibilité de plusieurs méthodes contraceptives aux femmes et aux jeunes en situation de handicap et faire en sorte que les prestataires de services soient formés pour conseiller les personnes en situation de handicap en leur présentant les avantages et les inconvénients des différentes méthodes, notamment par rapport à leur handicap⁴⁹⁵.
6. Faire en sorte que les femmes et les jeunes en situation de handicap bénéficient d'une continuité de soins et d'un suivi en donnant la priorité au suivi des effets secondaires éventuels ou de l'efficacité de la méthode choisie, par le biais d'échanges réguliers, de services intégrés

et coordonnés et de la mise en commun des informations entre les intervenants. Veiller à ce que les bénéficiaires des services aient compris les modalités de leur suivi au terme du rendez-vous⁴⁹⁶. Ainsi, dans le cas d'une femme handicapée vivant dans une maison de retraite, le prestataire de services devra i) définir les modalités de suivi qui conviennent le plus à sa situation afin de déterminer si la méthode choisie convient à son mode de vie, ii) communiquer des informations aux autres prestataires (au sein de la maison de retraite et à l'extérieur) et iii) identifier les personnes à même d'effectuer ce suivi et qui sont établies à proximité de l'établissement ou peuvent s'y rendre⁴⁹⁷.

4.3.3 Indicateurs

Les indicateurs suivants peuvent être utilisés dans le suivi et l'évaluation des progrès réalisés dans la prestation de services de contraception fondés sur les droits et destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap. Cette liste n'est pas exhaustive et vise à mettre en évidence la spécificité, les thèmes et la forme que devraient présenter les indicateurs relatifs aux informations, aux biens et aux services liés à la contraception. Les prestataires de services doivent adapter ces indicateurs selon le contexte et le niveau de leurs programmes, en détaillant notamment l'échelon auquel les données sont collectées et les intervenants chargés de cette tâche.

- Au moins cinq méthodes contraceptives modernes sont disponibles et sont assorties d'informations accessibles sur leur utilisation⁴⁹⁸.
- Les femmes et les jeunes en situation de handicap ont accès à la contraception d'urgence et aux préservatifs (données ventilées par âge, méthode et nombre de nouveaux utilisateurs).
- Pourcentage de patientes en situation de handicap qui ont besoin de services de contraception et qui en bénéficient (données ventilées par handicap, âge et méthode utilisée).
- L'ensemble des prestataires de services et du personnel d'appui sont formés à la prise en charge des femmes en situation de handicap.
- L'ensemble des prestataires de services et du personnel d'appui sont formés à la prise en charge des jeunes en situation de handicap.
- La prestation de services de contraception aux adolescents et aux jeunes personnes, y compris en situation de handicap, respecte les normes de qualité applicables.

4.4 Services de santé maternelle et néonatale destinés aux femmes et aux adolescentes en situation de handicap

4.4.1 Présentation du problème

Les femmes et les adolescentes en situation de handicap ont le droit d'accéder à l'ensemble des services de santé maternelle et néonatale pendant la période périnatale ; ces derniers comprennent les informations, les biens et les services visant à prévenir les grossesses non désirées, les soins après avortement, les soins prénatals, l'assistance qualifiée à la naissance, les soins obstétriques d'urgence, les soins post-partum et les soins aux nouveaux-nés. Ces services de base sont essentiels à la sécurité des grossesses et des accouchements des femmes en situation de handicap ; ils contribuent également à la prévention de la majorité des décès ou des handicaps maternels et néonataux⁴⁹⁹. Les femmes et les adolescentes en situation de handicap doivent également avoir accès aux éléments indispensables à une grossesse en bonne santé, notamment l'eau potable, l'éducation, une nutrition suffisante, le diagnostic et le traitement des IST (p. ex. le VIH et le SIDA, la syphilis, le papillomavirus humain et les maladies non transmissibles), pour favoriser une grossesse sans risque et réduire le risque de décès et d'invalidité lié à la grossesse.

4.4.2 Lignes directrices relatives à la fourniture de services de santé maternelle et néonatale destinés aux femmes et aux adolescentes en situation de handicap

Cette section porte sur les principaux obstacles qui entravent fréquemment l'accès des femmes et des adolescentes en situation de handicap à l'ensemble des services de santé maternelle et néonatale. Les lignes directrices proposées constituent des recommandations visant à garantir la disponibilité et l'accessibilité de services de santé maternelle et néonatale qui soient acceptables, de qualité, fondés sur les droits et adaptés à la situation et aux besoins spécifiques des jeunes en situation de handicap. Elles s'appuient sur les lignes directrices fondamentales décrites au **chapitre 2** ; elles ne sont pas exhaustives, mais constituent une base pour l'élaboration de services et de programmes tenant compte des personnes en situation de handicap.

Considérations importantes

- Les lois et les politiques qui restreignent les droits parentaux des femmes en situation de handicap peuvent dissuader ces dernières d'accéder aux services de santé maternelle et néonatale. Par exemple, une femme handicapée qui craint de se voir retirer la garde de ses enfants peut s'abstenir de solliciter des soins prénatals ou une assistance qualifiée pendant l'accouchement.
- Les femmes en situation de handicap qui ont accès aux services de santé maternelle et néonatale sont souvent confrontées à des soins de qualité insuffisante, notamment à des formes de discrimination et de maltraitance⁵⁰⁰. Les attitudes négatives à l'égard des femmes en situation de handicap qui ont et élèvent des enfants peuvent dissuader ces dernières de recourir à ces services essentiels.
- Bien que ce ne soit pas toujours nécessaire, les femmes présentant un handicap physique n'ont souvent pas d'autre choix que d'accoucher par césarienne,⁵⁰¹ ce qui conduit à une utilisation abusive des procédures chirurgicales.
- Bien souvent, les femmes en situation de handicap manquent d'un accès aux informations sur les soins et les services de santé maternelle et néonatale. Ainsi, les stéréotypes selon lesquels ces femmes sont asexuées ou ne doivent pas être mères peuvent conduire les prestataires de services et le personnel d'appui à négliger leur besoin d'accompagnement pour prévenir les grossesses non désirées ou à risque.
- Les supports d'information sur la santé maternelle et néonatale ne sont souvent pas disponibles dans des formats accessibles aux femmes présentant certains handicaps.
- Plusieurs facteurs peuvent renforcer les obstacles à la communication, parmi lesquels le handicap, le sexe, la langue, la culture, l'âge, l'orientation sexuelle et les attitudes négatives des prestataires de services et du personnel d'appui⁵⁰². Ces préjugés, qu'ils soient conscients ou inconscients, peuvent entraver l'accès des femmes aux informations importantes sur la santé maternelle et les soins aux nouveaux-nés.
- Les frais de prise en charge officiels et annexes facturés par les établissements de santé, ainsi que les coûts indirects liés au transport et à l'hébergement, peuvent dissuader les femmes en situation de handicap d'accéder à des services de santé maternelle et néonatale de qualité.
- Les coûts liés aux composantes d'une grossesse en bonne santé (nutrition saine, eau potable, logement et assainissement) peuvent également compromettre la possibilité pour les femmes en situation de handicap de mener une grossesse sans risque.

GROS PLAN

La fistule obstétricale

Une fistule obstétricale est « une perforation entre le vagin et la vessie ou le rectum, due à un travail prolongé et difficile en l'absence de soins obstétricaux de qualité pratiqués en temps voulu [p. ex., une césarienne] »⁵⁰³. La fistule obstétricale est l'une des blessures les plus graves susceptibles de survenir pendant l'accouchement. Les femmes et les adolescentes en situation de handicap sont exposées au risque de fistule obstétricale au même titre que les autres femmes. Cependant, des facteurs tels que la pauvreté, les complications physiques liées à leur handicap ou les obstacles structurels, qui entravent l'accès aux services de santé, les rendent plus vulnérables à ce risque. Si la plupart des cas de fistule obstétricale peuvent être traités par la chirurgie, les études indiquent que la prise en charge de cette maladie reste encore largement insuffisante. Actuellement, peu d'établissements de santé sont en mesure d'offrir une prise en charge chirurgicale de qualité. En cause : une pénurie de personnels qualifiés, d'équipements essentiels et de fournitures médicales d'importance vitale. Même lorsque ces services sont disponibles, de nombreuses femmes ne sont pas au courant de leur existence, n'ont pas les moyens d'en bénéficier ou n'y ont pas accès compte tenu d'obstacles tels que les coûts liés au transport. Au vu des progrès actuels, la plupart des femmes qui souffrent d'une fistule ne seront jamais soignées. En outre, certaines femmes et adolescentes présentent des cas de fistule jugés inopérables et incurables.

La fistule obstétricale se traduit par une incontinence et peut également s'accompagner de troubles neurologiques, de blessures orthopédiques, d'infections des voies urinaires, de plaies douloureuses, d'insuffisance rénale, ou d'infertilité. Les femmes qui en souffrent sont souvent isolées, ce qui peut affecter leur santé mentale et conduire à la dépression, au manque d'estime de soi et même au suicide. Par ailleurs, cette maladie peut également récidiver chez les femmes de nouveau enceintes qui ont déjà reçu un traitement chirurgical de la fistule obstétricale sans bénéficier d'un suivi médical approprié.

Il convient de noter que les femmes et les adolescentes atteintes de fistule peuvent ou non se considérer comme en situation de handicap : il s'agit d'un choix personnel qui doit être respecté en conséquence. Les prestataires de services et le personnel d'appui doivent s'informer sur la fistule obstétricale pour mieux répondre aux besoins des femmes et des adolescentes en situation de handicap. Le Rapport du Secrétaire général des Nations Unies intitulé *Intensifying Efforts to End Obstetric Fistula* fournit une vue d'ensemble complète sur cette question⁵⁰⁴. La publication de l'OMS, *Fistule obstétricale: principes directeurs pour la prise en charge clinique et le développement de programmes*⁵⁰⁵ et le *Manuel de formation à la chirurgie réparatrice de la fistule*⁵⁰⁶ de la FIGO et ses partenaires constituent d'autres références utiles.

Lignes directrices :

► **Disponibilité**

1. Garantir l'accessibilité des services maternels et néonataux essentiels aux femmes et aux filles en situation de handicap pendant la grossesse, l'accouchement et les heures qui suivent la naissance, au cours desquelles des soins de qualité sont indispensables pour prévenir les lésions et la mortalité maternelles, fœtales et néonatales, et préserver leur bien-être⁵⁰⁷. Les services doivent refléter les recommandations suivantes, adaptées à la situation de la femme ou de l'adolescente et à son handicap :

- **Recommandations de l'OMS sur la santé maternelle**⁵⁰⁸
- **Recommandations de l'OMS sur la santé néonatale**⁵⁰⁹

2. Plaider en faveur de programmes complets d'assurance maladie et de protection sociale qui garantissent le respect de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes et des jeunes (y compris les services de santé maternelle et néonatale), et définir les budgets en conséquence⁵¹⁰.

3. Garantir la disponibilité et l'accessibilité des foyers d'hébergement pour futures parturientes (foyers situés à proximité d'établissements médicaux destinés à l'hébergement des femmes présentant une grossesse à haut risque) pour les femmes et aux adolescentes en situation de handicap. Les foyers d'hébergement pour futures parturientes peuvent contribuer à réduire le risque de complications chez les femmes et les adolescentes en situation de handicap vivant en milieu rural, en particulier en l'absence de transports accessibles.

Lignes directrices :

► **Accessibilité**

1. Élaborer des programmes visant à informer, conseiller et autonomiser les femmes et les

adolescentes en situation de handicap sur leurs droits à prendre des décisions éclairées et volontaires en matière de grossesse et de maternité, ainsi que sur les modalités d'accès aux services de santé maternelle pendant toute la période périnatale⁵¹¹. Cette disposition est particulièrement nécessaire pour les femmes et les adolescentes atteintes de troubles cognitifs⁵¹².

► **EXEMPLE :**

*La publication de Judith Rogers, **The Disabled Woman's Guide to Pregnancy and Birth**, est un guide complet et pratique destiné aux femmes en situation de handicap sur la préparation à la maternité et à l'accouchement. Il s'appuie sur des entretiens menés auprès de 90 femmes présentant des handicaps très divers et qui ont choisi d'avoir des enfants. Ce guide sera également utile aux prestataires de services et au personnel d'appui grâce à ses éclairages sur l'expérience des femmes en situation de handicap ainsi que sur la santé maternelle et néonatale, qui devraient les aider à mieux répondre à leurs besoins⁵¹³.*

2. Concevoir des cours de préparation à l'accouchement qui prennent en compte la culture, le handicap et le genre, et qui peuvent être dispensés par divers prestataires de services (p. ex., sages-femmes, agents de santé communautaire, médecins, infirmières) dans tous les milieux (p. ex., communautés rurales, foyers de groupe) pour aborder l'ensemble des questions relatives à la grossesse, au travail, à l'accouchement et à la période post-partum chez les femmes et les adolescentes en situation de handicap. Les cours doivent notamment aborder les adaptations possibles pour faciliter le travail et l'accouchement ainsi que les technologies d'assistance susceptibles d'aider les femmes et les adolescentes en situation de handicap pendant la grossesse, lors de l'accouchement et après la naissance ; ces aspects doivent être présentés de façon positive⁵¹⁴.

3. Élaborer et mettre en œuvre un plan de naissance qui reflète l'ensemble des adaptations nécessaires compte tenu du handicap de la femme ou de la fille.
4. Permettre aux femmes et aux filles d'être accompagnées par leur partenaire, leur conjoint, un parent, leur assistant(e) personnel(le) ou toute autre personne de leur choix afin de les soutenir tout au long de son séjour dans l'établissement de santé ou l'hôpital, c'est-à-dire pendant et après le travail. Demandez à la femme ou à la fille si elle désire un tel soutien.
5. Proposer un soutien et des positions d'accouchement adaptés aux femmes en situation de handicap.

► **EXEMPLE :**

*Le manuel intitulé **A Health Handbook for Women with Disabilities**, publié par Hesperian, détaille un certain nombre de modalités pratiques pour l'accouchement à domicile ou dans un contexte caractérisé par des ressources limitées pour faciliter l'accouchement des femmes en situation de handicap. Voici quelques exemples de propositions :*

- « Si vous avez un usage limité de vos jambes ou de vos bras, vous pouvez vous asseoir sur les genoux d'une personne. Vous pouvez aussi vous appuyer sur des coussins en position semi-assise.
- Si vous utilisez vos bras et vos mains, vous pouvez vous asseoir sur une chaise d'accouchement [ou] utiliser une chaise d'accouchement dotée d'un dossier et d'accoudoirs[.]
- Avec de l'aide, une femme ayant un certain contrôle de ses jambes peut s'accroupir ou se tenir debout. La personne ou l'objet qui vous soutient doit être solide et stable. Vous pouvez également tenir le dossier d'une chaise. Les positions accroupie ou debout peuvent aider le bébé à descendre lorsque

l'accouchement est lent ou si la mère a des difficultés à pousser.

- Si vous un certain usage de vos jambes et de vos bras, vous pouvez essayer de vous mettre à quatre pattes. Cette position peut aider à prévenir et contrôler les spasmes musculaires.
 - Si vous n'utilisez pas vos jambes, vous pouvez vous allonger sur le côté jambes pliées ou droites, pendant que quelqu'un vous tient la jambe supérieure⁵¹⁵ ».
6. L'ensemble des lignes directrices visant à encourager le peau à peau et l'allaitement maternel doivent être adaptées à la femme et à ses besoins et capacités en fonction de son handicap⁵¹⁶.
 7. Il convient de fournir aux mères en situation de handicap toute l'assistance dont elles ont besoin pour enregistrer la naissance de leur enfant et accéder à l'ensemble des dispositifs financiers, médicaux ou de soutien post-partum auxquels elles ont droit⁵¹⁷.
 8. Élaborer des programmes de parentalité adaptés aux personnes en situation de handicap afin d'aider les nouveaux parents à prendre soin de leur nouveau-né avec toutes les adaptations ou l'assistance nécessaires.

Lignes directrices :

► **Acceptabilité**

1. Recourir à des stratégies favorisant un engagement communautaire sur le long-terme à travers l'éducation, des partenariats avec les chefs religieux et traditionnels ou les leaders d'opinion locaux, le renforcement des institutions, des partenariats avec les communautés, et enfin des campagnes de sensibilisation locales⁵¹⁸ pour défendre le droit des femmes en situation de handicap à devenir mères et faire évoluer les attitudes envers leur capacité à élever des enfants.

2. Mettre au point des programmes et des campagnes de sensibilisation sur le rôle que les hommes ont à jouer pour faciliter l'accès aux services de santé maternelle et néonatale, ainsi qu'aux soins et à un accompagnement pendant la période périnatale⁵¹⁹.
3. S'assurer que les utilisateurs trouvent les services fournis par les programmes respectueux de leurs droits à devenir parents, notamment du droit des femmes et des adolescentes en situation de handicap à conserver leur fertilité et à élever des enfants.⁵²⁰ Former toutes les personnes contribuant à la fourniture de services de santé maternelle et néonatale, notamment le personnel administratif, les médecins, le personnel infirmier, les sages-femmes, les agents de santé communautaires, et tout autre individu accompagnant un patient, sur le droit des personnes en situation de handicap à avoir et à élever des enfants. Ces formations devront aborder et combattre les préjugés sous-jacents. Pour s'assurer que les prestataires de services et le personnel d'appui ne négligent aucune information importante, il est essentiel que ces derniers disposent de méthodes adaptées pour passer au crible leurs propres préjugés quant à la capacité des femmes et des adolescentes en situation de handicap à devenir mères.

► **EXEMPLE :**

En Ouganda, le Centre de ressources et de réseaux de femmes en situation de handicap (DWNRO) a mis au point un programme pour lutter contre la discrimination et les obstacles auxquels les femmes enceintes doivent faire face pour accéder aux soins. Grâce à des ateliers avec des médecins et des sages-femmes, le DWNRO a réussi à améliorer l'accessibilité des services hospitaliers en encourageant plusieurs avancées, du réaménagement des locaux au changement des attitudes, en passant par la formation des sages-femmes à la langue des signes. À la suite de ce projet, le DWNRO a également mené une campagne auprès des femmes en situation de

handicap pour les informer de l'existence de ces services⁵²¹.

4. Proposer et encourager la mise en place pendant la grossesse d'un soutien émotionnel adapté aux femmes et aux adolescentes en situation de handicap. Les groupes communautaires, les groupes d'entraide ou encore les conseillers communautaires peuvent apporter un soutien précieux aux femmes et aux adolescentes en situation de handicap tout au long de leur grossesse. Les prestataires de services et le personnel d'appui peuvent eux aussi fournir un soutien émotionnel en agissant sur ces différents tableaux : création d'un environnement accueillant et sûr, protection de la confidentialité et de la vie privée, adoption d'une attitude respectueuse, apport de réponses simples et directes dans un langage clair, transmission d'informations détaillées favorisant la prise de décisions éclairées, écoute de qualité, ou encore mise en place de visites de suivi selon les besoins⁵²².
5. Promouvoir et adopter des approches interculturelles.

► **EXEMPLE :**

Dans l'État de San Luis Potosí au Mexique, l'UNFPA a mené un projet baptisé « Réduire les indicateurs de mortalité maternelle ». L'objectif était d'améliorer la santé maternelle au sein du peuple indigène de la région de Huasteca. Ce projet s'est appuyé sur les axes stratégiques suivants pour combattre la mortalité maternelle : « Promouvoir une approche interculturelle par la combinaison des médecines traditionnelle et institutionnelle ; promouvoir la participation des communautés ; et améliorer le développement organisationnel pour soutenir cette initiative »⁵²³. Ce projet a permis d'augmenter la couverture sanitaire du peuple indigène dans la zone d'intervention, ainsi que la connaissance et l'utilisation du planning familial. La mortalité maternelle a par ailleurs été ramenée à zéro dans cette zone. Après évaluation, les facteurs suivants ont été identifiés comme



Une classe de jeunes lors d'une séance d'éducation complète à la sexualité. © UNFPA/Turkmenistan Country Office

essentiels à la réussite du projet : « Une volonté et un engagement politiques marqués de la part des autorités locales ; une participation soutenue des médias de masse ; la participation, la coordination et les échanges entre les autorités locales, les praticiens de la médecine traditionnelle et les organisations de sages-femmes ; le soutien de la Commission pour le développement du peuple indigène (CDI) et la participation des autorités indigènes ; la coordination, le suivi et la médiation du COESPO, le comité national sur la population ; des accords clairs en faveur de la participation communautaire définissant les rôles de chaque agent communautaire ; et un système d'audit social destiné à garantir la transparence du processus de suivi »⁵²⁴.

6. Garantir que les femmes en situation de handicap puissent être accompagnées par la personne de leur choix pendant l'accouchement⁵²⁵.

Lignes directrices :

► Qualité

1. Proposer des services respectant des critères de qualité des soins, ce qui « pour chaque femme et chaque nouveau-né nécessite la présence de ressources humaines compétentes et motivées [capables de délivrer des soins obstétriques standardisés] et la mise à disposition des ressources matérielles essentielles. Par ailleurs, il est nécessaire d'avoir en place des pratiques de soins courants et d'urgence fondées sur des données factuelles, des systèmes informatiques de conservation des données exploitables facilitant

la conduite d'examen et d'audits, et des systèmes fonctionnels d'orientation des patients entre les différents niveaux de soins. L'expérience de soin passe tout d'abord par une communication efficace – une femme (ou sa famille le cas échéant) doit sentir qu'elle comprend sa situation présente, ce qui l'attend, de même que ses droits. Ensuite, elle doit recevoir des soins dispensés avec respect et dignité. Enfin, elle doit avoir accès au soutien social et émotionnel de son choix »⁵²⁶. Les services fournis doivent refléter les recommandations clés suivantes, adaptées à la situation de la femme ou de l'adolescente et à son handicap :

- *Quality of Care for Pregnant Women and Newborns – the WHO Vision*⁵²⁷
 - *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*⁵²⁸.
 - *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*⁵²⁹.
2. Garantir aux femmes et aux adolescentes en situation de handicap l'accès à des soins obstétricaux standardisés délivrés par des **accoucheurs qualifiés**. Élaborer des programmes de sensibilisation et de formation pour préparer les accoucheurs qualifiés au travail avec des femmes et des adolescentes en situation de handicap.
 3. Resserrer les liens entre les différents acteurs (femmes, familles, communautés, services de soins, organisations de femmes et de personnes en situation de handicap, et autres prestataires de services) pour renforcer le soutien social disponible et améliorer les résultats en matière de santé maternelle⁵³⁰.
 4. Évaluer si les femmes et les adolescentes en situation de handicap sont exposées à la césarienne de façon outrancière dans les établissements de santé. Former les prestataires de

services aux autres alternatives et les aider à identifier les circonstances où une césarienne est médicalement recommandée pour réduire la surexposition des femmes et des adolescentes en situation de handicap à ce type d'intervention⁵³¹

5. Quand les ressources le permettent, recourir à des équipes multidisciplinaires pour améliorer la communication entre le personnel des services de maternité et celui des services de santé mentale. Désigner par exemple une équipe périnatale multidisciplinaire composée à la fois de psychologues, d'assistants sociaux et d'accoucheurs qualifiés⁵³².
6. Garantir la présence de dispositifs dédiés pour recueillir les avis des patients sur la qualité des services de soins maternels et néonataux et éclairer les programmes futurs. Un processus d'analyse des avis et d'amélioration des services devrait également être mis en place.

4.4.3 Les indicateurs

Les indicateurs suivants peuvent être utilisés pour le suivi et l'évaluation des progrès réalisés dans la prestation de soins maternels et néonataux fondés sur les droits et destinés aux femmes et aux adolescentes en situation de handicap. Cette liste n'est pas exhaustive et vise à mettre en évidence la spécificité, les thèmes et la forme des indicateurs à utiliser dans le cadre des services de santé maternelle et néonatale. Les prestataires de services doivent adapter ces indicateurs selon le contexte et le niveau de leurs programmes, en détaillant notamment l'échelon auquel les données sont collectées et les intervenants en charge de cette tâche.

- Le ratio de mortalité maternelle, ventilé par type de handicap⁵³³.
- La proportion de femmes en situation de handicap ayant bénéficié de soins ou d'une assistance qualifiés pendant l'accouchement.

- La proportion de femmes enceintes en situation de handicap ayant reçu des soins prénatals selon le modèle OMS 2016 de soins prénatals⁵³⁴.
- La proportion de femmes en situation de handicap ayant reçu au moins une visite postnatale.
- La proportion de femmes enceintes pour lesquelles une césarienne était prévue et a été pratiquée à la 39^e semaine ou après, ventilée par type de handicap⁵³⁵.
- Le nombre d'accoucheurs qualifiés parlant la langue des signes.

4.5 Services d'information et d'éducation complète à la sexualité destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap

4.5.1 Présentation du problème

L'accès à une information et une éducation complètes sur la sexualité est essentiel à l'autonomisation de l'ensemble des femmes et des jeunes, y compris celles et ceux en situation de handicap, afin qu'elles comprennent leur développement corporel et sexuel, connaissent leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative, se protègent contre les infections sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées, construisent des relations saines et plaisantes, et opèrent des choix éclairés quant à leur vie sexuelle et procréative⁵³⁶.

L'éducation complète à la sexualité est définie comme « un processus d'enseignement et d'apprentissage fondé sur un programme portant sur les aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité. Elle vise à doter les enfants et les jeunes de connaissances factuelles, d'aptitudes, d'attitudes et de valeurs qui leur donneront les moyens de s'épanouir dans le respect de leur santé, de leur bien-être et de leur dignité –, de développer des relations sociales et sexuelles respectueuses, de réfléchir à l'incidence de leurs choix sur leur bien-être personnel et sur celui des autres et, enfin, de comprendre leurs droits et de les défendre tout

au long de leur vie »⁵³⁷. L'éducation complète à la sexualité ainsi que les programmes et les supports d'information destinés aux adultes en dehors du milieu scolaire ont la même portée et le même objectif. Tous les programmes et les supports d'éducation complète à la sexualité doivent être scientifiquement précis, évolutifs, appropriés à l'âge et au développement des individus, pédagogiques et complets. Ils doivent privilégier une approche axée sur les droits humains, respecter l'égalité des sexes, être culturellement pertinents, adaptés au contexte et transformatifs, et enfin contribuer au développement de compétences nécessaires à la vie courante pour opérer des choix sains.⁵³⁸

Les informations devant être contenues dans tout programme d'éducation complète à la sexualité et adaptées aux personnes en situation de handicap comprennent de manière non exhaustive : « l'anatomie et la physiologie sexuelle et reproductive, la puberté et les menstruations, la reproduction, la contraception moderne, la grossesse et l'accouchement, les infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH et le sida. [L'éducation complète à la sexualité] regroupe un large éventail d'aspects importants que tous les apprenants doivent connaître, notamment lorsqu'il s'agit de points sensibles dans certains contextes sociaux et culturels »⁵³⁹.

L'éducation complète à la sexualité fait souvent référence à l'éducation reçue en milieu scolaire. Les femmes et les jeunes en situation de handicap disposent du même droit à participer à des programmes relatifs à la sexualité. Pourtant, il arrive souvent que les élèves en situation de handicap ne reçoivent pas d'éducation complète à la sexualité ou soient exclus de tels programmes dans les établissements scolaires. Il est donc essentiel que l'éducation complète à la sexualité soit rendue accessible aux adultes comme aux jeunes en situation de handicap, y compris en dehors du milieu scolaire. Dans cette optique, cette section présente un ensemble de ressources traditionnelles destinées à l'éducation complète à la sexualité

en établissement scolaire, de même que pour les adultes et les jeunes en situation de handicap en dehors du milieu scolaire. Elle propose une éducation fondée sur le partage d'informations plutôt que sur des supports traditionnels. Dans ces lignes directrices, le terme « éducation complète à la sexualité » est employé dans cette acception élargie. Les lignes directrices présentées ci-dessous se concentrent essentiellement sur les contenus des programmes d'éducation et supports d'information destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap.

4.5.2 Lignes directrices relatives à la fourniture d'une éducation complète à la sexualité aux femmes et aux jeunes en situation de handicap

Cette section porte sur les principaux obstacles qui entravent fréquemment l'accès des femmes et des jeunes en situation de handicap à une éducation complète à la sexualité (ECS). Les lignes directrices proposées constituent des recommandations visant à garantir la disponibilité et l'accessibilité de programmes d'éducation complète à la sexualité tenant compte des femmes et des jeunes en situation de handicap qui soient acceptables et de qualité. Elles s'appuient sur les lignes directrices fondamentales décrites au **chapitre 2**. Quoique non exhaustives, elles constituent une base pour l'élaboration de services et de programmes tenant compte des personnes en situation de handicap.

Principales considérations

- Toutes les femmes et tous les jeunes ont le droit à l'éducation. Toutefois, ce droit est particulièrement mis à mal pour les personnes en situation de handicap qui se voient régulièrement priver d'accès à toute forme d'éducation, notamment en matière de sexualité. S'agissant de l'ECS en milieu scolaire, les jeunes en situation de handicap ont de fortes chances d'en être exclus

car ces programmes sont inaccessibles ou jugés inutiles dans leur situation.

- La stigmatisation et les stéréotypes néfastes, selon lesquels les personnes en situation de handicap ne devraient pas être sexuellement actives ou n'ont pas besoin des informations contenues par l'ECS, peuvent mener à la négation du droit des femmes et des jeunes en situation de handicap à la santé, notamment du droit à comprendre et à disposer librement de son propre corps, ou encore à acquérir les compétences nécessaires à la vie courante.
- En l'absence de lois et de politiques garantissant l'accès à une éducation inclusive, les jeunes en situation de handicap peuvent effectivement se retrouver exclus de toute participation aux programmes d'ECS établis.
- Les tabous autour du sexe, de la sexualité et de la reproduction en général peuvent renforcer les obstacles rencontrés par les femmes et les jeunes en situation de handicap pour accéder à une information complète sur l'éducation à la sexualité. Et pour cause, ces personnes sont souvent plus isolées et moins susceptibles de recevoir une ECS dans des contextes informels.
- De manière générale, l'ECS destinée aux jeunes, et aux jeunes en situation de handicap en particulier, fait l'objet de peu d'investissements. Une situation qui s'explique par l'idée erronée selon laquelle l'éducation des jeunes à la sexualité encouragerait des mœurs légères et imprudentes, ou une activité sexuelle en général, souvent considérée comme particulièrement inappropriée dans les cas des personnes en situation de handicap.
- Même lorsque des programmes d'ECS existent, les personnes en situation de handicap n'y ont souvent pas accès pour plusieurs raisons : faible taux de scolarisation et de participation scolaire des personnes en situation de handicap, isolement au sein des institutions ou à leur domicile, ou encore manque d'informations accessibles sur les programmes formels et informels d'ECS disponibles.

- Plusieurs facteurs peuvent rendre inaccessibles les environnements physiques où sont dispensés les programmes, comme l'emplacement et l'agencement des salles, les horaires des cours, ou encore la disponibilité de transports accessibles et abordables.
 - Lorsqu'ils sont accessibles, les programmes et le matériel d'éducation complète à la sexualité mis à disposition des élèves en situation de handicap sont souvent inefficaces. Plus particulièrement, les programmes et le matériel éducatif manquent d'intérêt car ils sont présentés de manière inaccessible et ne sont pas suffisamment pertinents vis-à-vis de leur situation. De ce fait, les élèves en situation de handicap peuvent passer à côté d'informations ou d'expériences essentielles.
 - Dans les situations d'urgence humanitaire, l'exclusion vécue par les femmes et les jeunes en situation de handicap avant la situation de crise peut les dissuader d'accéder aux services disponibles dans le cadre de l'aide humanitaire d'urgence. Par exemple, si les jeunes en situation de handicap n'ont jamais pris part à un système d'éducation intégrée, lorsqu'ils apprennent l'existence d'un programme d'éducation complète à la sexualité, ils peuvent partir du principe qu'ils ne sont pas invités à y participer, quel que soit le degré d'inclusivité du programme.
3. Élaborer et proposer des programmes d'ECS pour les femmes et les jeunes en situation de handicap conformes aux critères établis par l'UNESCO dans la version révisée de ses *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle : une approche factuelle*⁵⁴⁰.
 4. Recourir à des techniques et des activités accessibles aux personnes en situation de handicap pour les former aux thèmes phares de la santé sexuelle.

► **EXEMPLE :**

*Ensemble, l'Institut inter-américain sur le handicap et le développement inclusif, l'Administration de l'éducation publique nationale d'Uruguay, l'UNFPA et l'UNICEF ont mis au point un support intitulé **Es Parte de la Vida: Material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia** (Cela fait partie de la vie – Matériel pédagogique sur l'éducation sexuelle et le handicap à partager en famille). L'objectif : offrir aux familles vivant en Amérique latine et aux Caraïbes un ensemble de conseils pratiques pour fournir à leurs enfants en situation de handicap une éducation complète à la sexualité⁵⁴¹.*

5. Garantir un environnement d'apprentissage sain et sûr, dépourvu d'intimidations, de discrimination, de harcèlement et de violence de la part des camarades, des éducateurs, des membres de la famille ou des personnes en charge⁵⁴².

Lignes directrices :

► **Disponibilité**

1. Prôner autant que nécessaire l'élaboration de lois, de politiques et de protocoles garantissant une éducation inclusive comprenant des programmes d'éducation complète à la sexualité.
2. Faire pression pour rendre l'éducation complète à la sexualité accessible à tous les niveaux scolaires, aussi bien dans les établissements pour élèves en situation de handicap intégrés que séparés.

6. Créer des programmes de santé sexuelle spécialement conçus pour les femmes et les jeunes en situation de handicap fournissant une plateforme d'échange et des outils pratiques pour mieux comprendre et explorer leur santé sexuelle, et la manière dont leur handicap affecte ou non leur vie sexuelle.

► **EXEMPLE :**

Les sujets de discussion suivants constituent un point de départ pour les femmes et les jeunes en situation

de handicap souhaitant entamer un dialogue avec leur partenaire sexuel⁵⁴³.

- Déterminer quel est l'endroit le plus pratique pour avoir des relations sexuelles.
 - Déterminer quelle est la position la plus confortable ou quelles sont les positions qui peuvent être douloureuses.
 - Aborder les répercussions de votre handicap sur votre corps et sur son fonctionnement.
 - Identifier comment votre partenaire et vous-même pouvez vous donner mutuellement du plaisir.
 - Si votre handicap influe sur votre niveau d'énergie, identifier quel est le moment le plus favorable pour avoir des rapports sexuels.
 - Identifier ce qui vous plaît et ce qui vous déplaît.
 - Si votre partenaire est aussi la personne qui s'occupe de vous, définir les limites entre le temps passé ensemble pour les soins et celui consacré aux relations sexuelles.
7. Utiliser et adapter les programmes existants destinés à l'éducation complète à la sexualité des élèves en situation de handicap.

► **EXEMPLE :**

Le programme intitulé **Cercles : éducation sur l'intimité et les relations**⁵⁴⁴ a été mis au point aux États-Unis pour apprendre aux élèves en situation de handicap à comprendre les frontières et les compétences sociales et relationnelles.

Lignes directrices :

► **Accessibilité**

1. Créer des espaces où les femmes et les jeunes en situation de handicap peuvent s'informer et discuter de leur santé sexuelle dans un cadre sûr, solidaire et pédagogique.

► **EXEMPLE :**

Le blog **Sexuality and Disability**⁵⁴⁵ illustre très bien la visibilité croissante accordée aux questions de

la sexualité et du handicap. Il offre également de nombreuses ressources et une communauté pour les femmes, qu'elles soient en situation de handicap ou non. Créé à l'initiative de la plateforme Point of View, basée à Bombay, et de l'organisation CREA, basée à New Delhi et à New York, ce blog couvre un large éventail de sujets autour de l'identité de genre, de la santé sexuelle et de la santé procréative pour les personnes en situation de handicap. Il s'organise en une série de questions abordées dans un format simple et facilement accessible. Il a été créé par et avec des femmes en situation de handicap, ainsi qu'avec des défenseurs des droits des personnes en situation de handicap et d'autres parties prenantes.

2. Créer des programmes adaptés aux besoins d'apprentissage et d'accessibilité des femmes et des jeunes en fonction de leur handicap. Parce que la santé et les droits sexuels et reproductifs peuvent constituer des sujets particulièrement sensibles, il est essentiel de créer des espaces de soutien accessibles et de petite taille adaptés à différents modes d'apprentissage et permettant aux femmes et aux jeunes de poser leurs questions sans éprouver de gêne.

► **EXEMPLE :**

En Inde, **Point of View** a organisé et animé un atelier dans le cadre de son projet Sexualité et Handicap pour informer les femmes et les jeunes filles souffrant d'un handicap visuel sur leur corps, les menstruations, la santé menstruelle, l'hygiène, les organes génitaux féminins, le sexe et l'utilisation de la contraception. L'organisation a utilisé des schémas de l'anatomie représentant en relief l'appareil génital féminin et les caractères sexuels secondaires pour permettre aux participantes de comprendre par le toucher quelles sont les différentes parties de leur corps ainsi que leur fonction. Des méthodes verbales ont été utilisées pour expliquer les règles et les soins menstruels, ainsi que des reproductions en argile des organes reproductifs et des explications sur les différents types de concepts génésiques. Par ailleurs, une activité d'éducation sexuelle utilisant des reproductions en caoutchouc du système

reproductif masculin a permis d'illustrer par le toucher les explications verbales et d'apprendre aux participantes comment mettre un préservatif⁵⁴⁶.

3. Mettre au point des supports d'éducation sexuelle accessibles, pouvant être utilisés chez soi et largement distribués aux femmes et aux jeunes en situation de handicap pour qu'ils puissent réviser leurs connaissances en privé. Les médias sociaux et numériques constituent également d'excellents supports et sources d'informations pour l'ECS dans un format parfaitement adaptable aux besoins d'accessibilité.

► **EXEMPLE :**

*En Uruguay, une application mobile a vu le jour : **Decímelo a mí!** Elle illustre l'efficacité des technologies pour la diffusion à grande échelle d'informations relatives à la SDRS auprès des femmes et des jeunes en situation de handicap. Cette application a vu le jour en Amérique latine afin d'améliorer l'accessibilité des informations relatives à la santé et aux droits sexuels et reproductifs pour la communauté sourde et malentendante. Le programme consistait notamment à ajouter sur les brochures et les affiches des codes-barres pouvant être scannés par l'application afin que l'utilisateur ait accès à des vidéos en langue des signes sur la santé sexuelle, la santé reproductive, la diversité et l'égalité des sexes, ainsi qu'à des vidéos dénonçant les mythes et les informations erronées sur ce type de sujets. Ce genre de technologie rend l'information publique plus accessible, simple d'utilisation, et inclusive des personnes en situation de handicap⁵⁴⁷.*

Lignes directrices :

► **Acceptabilité**

1. Promouvoir la mise en place de politiques et de plans nationaux sur l'ECS passant d'un côté par le développement de programmes d'éducation sexuelle et de matériels pédagogiques accessibles et inclusifs luttant contre les stéréotypes néfastes relatifs au genre, au handicap, à l'orientation

sexuelle, à l'identité de genre, de l'autre par la formation des enseignants, pour les aider à dispenser une ECS de qualité à tous les jeunes, en situation de handicap ou non.

2. Intégrer autant que possible les femmes et les jeunes en situation de handicap aux programmes traditionnels d'éducation complète à la sexualité. S'informer sur la sexualité dans un contexte intégré peut permettre de briser les préjugés et les stéréotypes néfastes sur la sexualité des personnes en situation de handicap.
3. Mettre au point des programmes d'éducation complète à la sexualité, et des formations pour éducateurs, inclusifs et tenant compte du handicap ; ou compléter les programmes déjà déployés. Utiliser des images de personnes en situation de handicap dans tous les supports des programmes d'éducation complète à la sexualité. L'intégration de telles images contribue non seulement à éliminer la discrimination autour de la sexualité des personnes en situation de handicap, mais aussi à renforcer leur propre confiance en elles.
4. S'assurer que les programmes d'éducation complète à la sexualité incluent les jeunes hommes, qu'ils soient en situation de handicap ou non⁵⁴⁸. L'adolescence est une période décisive pour sensibiliser les jeunes garçons et les jeunes hommes. La lutte contre les stéréotypes néfastes sur les rôles attribués à chacun des deux sexes peut aider les garçons et les jeunes hommes en situation de handicap à bâtir des relations saines.
5. Renforcer les capacités des femmes et des jeunes en situation de handicap à devenir pairs éducateurs, et encourager la formation de groupes d'auto-habilitation traitant de questions relatives à l'ECS.

► **EXEMPLE :**

Au Pakistan, le Forum national pour les femmes en situation de handicap (NFWWD) forme les femmes en situation de handicap à devenir paires

éducatrices pour les autres femmes au sein de leur communauté, qu'elles présentent un handicap ou non.⁵⁴⁹ Des informations supplémentaires sur le NFWWD et d'autres organisations entreprenant un travail relatif à la santé et aux droits sexuels et reproductifs sont disponibles dans le document **ARROW for Change — Women with Disabilities: Disabled, Sexual, Reproductive**, publié conjointement par CREA et par le Centre de recherche et de ressource pour les femmes d'Asie-Pacifique (ARROW)⁵⁵⁰.

6. Inviter les membres de la famille et les personnes en charge de jeunes en situation de handicap à s'engager dans des campagnes de sensibilisation et d'information tout en les éduquant à l'importance de faire participer les jeunes à des programmes d'éducation complète à la sexualité. Pour inciter les membres de la famille à dispenser une éducation sexuelle aux jeunes en situation de handicap ou à inscrire leurs enfants à des programmes, on peut fonder un argumentaire sur la « réduction des risques » (par exemple, les risques d'abus ou d'IST).

► **EXEMPLE :**

Un certain nombre de ressources destinées aux parents sont disponibles pour les aider à dispenser une éducation complète à la sexualité à leurs enfants en situation de handicap. Parmi elles figurent notamment les guides de la série **Healthy Bodies**, publiés par le Vanderbilt Kennedy Center⁵⁵¹. Destinés aux parents de garçons ou de filles en situation de handicap, ces guides facilitent l'accompagnement pendant la puberté grâce à des supports visuels et d'autres outils. On citera également le manuel de DiAnn L. Baxley et Anna L. Zendell intitulé **Sexuality Across the Lifespan — Sexuality Education for Children and Adolescents with Developmental Disabilities**. Adressé aux éducateurs ECS encadrant des élèves présentant des troubles du développement, cet ouvrage aborde notamment les sujets de l'abus sexuel et de la maltraitance physique⁵⁵².

7. Proposer des formations aux éducateurs et aux prestataires de services sur l'éducation complète à la sexualité accessible et inclusive.

► **EXEMPLE :**

Les prestataires de services doivent créer les conditions nécessaires pour recueillir les témoignages des femmes et des jeunes en situation de handicap sur leurs expériences, leurs inquiétudes et leurs besoins en matière de sexualité. Le projet de recherche intitulé **(S)exploring Disability: Intimacies, Sexualities, and Disabilities**⁵⁵³ s'est intéressé aux expériences des femmes et des hommes en situation de handicap en matière de sexualité. En voici les principales conclusions : « Les normes sexuelles ont provoqué un sentiment considérable d'impuissance chez les femmes et les hommes en situation de handicap ; les hommes en situation de handicap peuvent exercer un pouvoir sexuel plus important et bénéficient d'opportunités et de relations sexuelles plus fréquentes que les femmes en situation de handicap ; les femmes et les hommes en situation de handicap ont dû réaliser un travail dans divers domaines de leur vie privée et intime ; le handicap reste une préoccupation importante ; les participants en situation de handicap ont subi une oppression sexuelle et des discriminations psycho-émotionnelles considérables au quotidien dans leur vie intime et sexuelle »⁵⁵⁴.

8. Élaborer des programmes d'éducation sexuelle propres à la tranche d'âge du public ciblé, puisqu'une femme adulte et un jeune handicapé diffèrent dans leurs besoins, leurs sensibilités et leurs expériences.

- **Pour les jeunes :** Assurer une éducation complète à la sexualité auprès des jeunes en situation de handicap est essentiel pour les aider à comprendre les transformations de leurs corps et à prendre des habitudes saines. Les principaux thèmes relatifs à la santé sexuelle et reproductive des jeunes comprennent la puberté, la grossesse, l'accès à la contraception moderne, l'avortement

Concernant les jeunes en situation de handicap, leur offrir une éducation complète à la sexualité est essentiel pour les aider à comprendre leurs transformations corporelles et à prendre des habitudes saines.

clandestin, les violences (y compris les violences sexistes), le VIH et le sida, ainsi que les IST.⁵⁵⁵ D'autres points importants concernent l'influence des technologies (notamment les images en ligne, le cyberharcèlement, l'envoi de sextos), la fragilité mentale/émotionnelle, ainsi que l'alcool, le tabac et la drogue⁵⁵⁶.

- **Pour les adultes :** De nombreuses femmes en situation de handicap n'ont pas eu l'occasion de participer à un programme d'éducation sexuelle lors de leur adolescence ou ont reçu des informations inadaptées. Les programmes d'éducation complète à la sexualité destinés aux femmes en situation de handicap ayant été privées d'éducation sexuelle plus jeunes peuvent leur permettre de comprendre et d'exercer leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive, et peuvent encourager une sexualité et des relations saines dans le respect de leurs expériences de vie.
9. S'assurer que les personnes en situation de handicap sont prises en compte dans les campagnes d'information portant sur des thèmes de l'ECS, et que les questions spécifiquement liées au handicap sont également abordées dans les campagnes publiques d'information.
 10. Mettre au point des programmes transversaux recouvrant les secteurs formel et informel, les différentes tranches d'âge et les différents types de handicap pour garantir que les programmes d'éducation complète à la sexualité bénéficient à une large population de femmes et de jeunes en situation de handicap, notamment celles et ceux qui ne sont pas scolarisés ou qui souffrent

de handicaps lourds⁵⁵⁷. Il faut veiller à n'exclure aucun élève désireux de participer à un programme d'éducation complète à la sexualité sur la base de stéréotypes ou d'idées reçues selon lesquelles certaines personnes peuvent se passer d'une éducation complète à la sexualité.

Lignes directrices :

► **Qualité**

1. Élaborer des programmes et supports d'information sur la sexualité en accord avec les principes fondamentaux de l'UNFPA relatifs à une éducation sexuelle de qualité, à savoir : « Respect des droits de l'Homme et de la diversité, affirmation du droit à l'éducation à la sexualité ; compétences de réflexion critique, encouragement à la participation des jeunes personnes à la prise de décisions et renforcement de leurs aptitudes à la citoyenneté ; promotion de normes et d'attitudes favorables à l'égalité des genres et à l'inclusion ; prise en compte des vulnérabilités et de l'exclusion ; appropriation locale et pertinence culturelle ; approche positive et axée sur le cycle de vie de la sexualité »⁵⁵⁸.
2. S'assurer que les programmes d'éducation complète à la sexualité destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap prennent en compte les considérations de genre⁵⁵⁹. Pour ce faire, il faut garantir une couverture exhaustive des questions de genre (en tant que sujet principal ou à l'intérieur d'un programme plus vaste), promouvoir l'égalité des sexes et lutter contre les stéréotypes sur les rôles liés au genre, et encourager la communication et le développement de relations⁵⁶⁰.

3. S'assurer que les programmes d'éducation complète à la sexualité contiennent des informations objectives et scientifiquement précises.⁵⁶¹ Cela suppose de corriger toute information inexacte ayant été enseignée ou ayant été repérée par les femmes et les jeunes en situation de handicap.

▶ EXEMPLE :
Les Nations Unies ont publié des directives techniques détaillées en matière d'éducation sexuelle pouvant servir à élaborer et évaluer la qualité des programmes d'éducation complète à la sexualité. La version actualisée de 2018 des Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle : une approche factuelle⁵⁶², publiés par l'UNESCO, fournit des lignes directrices fondamentales pour « aider le système éducatif, le système de santé et d'autres autorités concernées à élaborer et mettre en œuvre des programmes et des outils destinés à l'éducation à la sexualité à l'école et en dehors de l'école. »⁵⁶³ Bien que ces principes directeurs ne soient pas spécifiquement adaptés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap, ils servent de référence quant à la qualité et au contenu indispensable de tout programme d'éducation complète à la sexualité qui leur sont destinés.
4. Utiliser des méthodes d'enseignement participatives pour personnaliser les informations et renforcer les compétences relatives à la communication, à la prise de décision et à l'esprit critique. Les compétences doivent inclure la communication, la négociation et la prise de décision.⁵⁶⁴
5. Dans la mesure du possible, inclure des prestataires de services liés à la violence fondée sur le genre dans l'ECS dispensée aux femmes et aux jeunes en situation de handicap pour réduire le risque d'exploitation, en particulier dans les situations d'urgence humanitaire. Dans les situations d'urgence, disposer de services d'éducation en dehors du milieu scolaire s'avère particulièrement efficace pour toucher un plus grand nombre de personnes en situation de handicap.
6. Les prestataires de services devraient examiner et comprendre la **Ligne directrice unifiée sur la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière sexuelle et reproductive**, publiée par l'OMS⁵⁶⁵. En 2017, l'OMS a publié une nouvelle ligne directrice regroupant des recommandations existantes pour renforcer la réalisation des droits à la santé sexuelle et reproductive des femmes vivant avec le VIH. La ligne directrice propose aux services améliorés une approche centrée sur les femmes. Le principe de cette approche : faire des femmes vivant avec le VIH les participantes actives et les bénéficiaires d'un système de santé holistique, réactif et respectueux de leur autonomie. Au moment de fournir des services aux femmes et aux jeunes en situation de handicap vivant avec le VIH, les prestataires de services et le personnel d'appui doivent appliquer les recommandations de l'OMS formulées dans cette ligne directrice.

GROS PLAN

L'éducation complète à la sexualité pour les élèves présentant un handicap intellectuel

Plusieurs modèles et stratégies permettent de dispenser une éducation complète à la sexualité aux adolescents présentant un handicap intellectuel. En voici quelques exemples :

- *Le modèle « information, motivation et habiletés comportementales » (IMHC) – Issu des Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle, ce modèle repose sur les trois éléments suivants : « Une information pertinente en matière de santé sexuelle et facile à intégrer à la vie quotidienne des individus ; la motivation pour mettre en application les connaissances acquises afin de favoriser leur santé sexuelle ; les habiletés comportementales nécessaires pour adopter des comportements sains ; les activités pratiques et les jeux de rôles sont considérés comme nécessaires ».*
- *Le modèle d'instruction direct – Utiliser des leçons « conçues en fonction de paliers d'apprentissage progressifs et de tâches pédagogiques clairement définies et établies. »*
- *L'utilisation des technologies – Les programmes multimédias interactifs se sont avérés particulièrement efficaces pour aider les personnes présentant un handicap intellectuel à améliorer leurs connaissances sur les sujets relatifs à la SDR.*
- *Délivrer l'information lentement pour garantir que les personnes puissent l'intégrer à leur rythme, poser des questions et engager des discussions.*
- *Mettre en pratique les enseignements par des jeux de rôles, des modélisations et la répétition.*
- *Commencer par aborder des informations élémentaires pour progresser vers des sujets plus complexes.*
- *Enseigner les compétences permettant de refuser.*
- *Pratiquer les marques d'affection appropriées.*
- *Parler de la masturbation (en quoi cela consiste ? quand s'agit-il d'une pratique appropriée ou non ? etc.). »⁵⁶⁶*

Remarque : les modèles et stratégies suggérés ci-dessus proviennent d'une revue de la littérature et n'ont donc pas forcément fait l'objet d'une utilisation ou d'une évaluation à grande échelle. Les prestataires de services devraient mener des recherches complémentaires en fonction des besoins.

En raison de stéréotypes et d'obstacles liés à l'accès, les femmes et les jeunes en situation de handicap peuvent se retrouver exclus des services relatifs aux IST.

4.5.3 Les indicateurs

Les indicateurs suivants peuvent être utilisés pour le suivi et l'évaluation des progrès réalisés dans la prestation de services d'ECS fondés sur les droits et destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap. Cette liste n'est pas exhaustive et vise à mettre en évidence la spécificité, les thèmes et la forme des indicateurs à utiliser dans le cadre de la prestation de services d'éducation complète à la sexualité. Les prestataires de services doivent adapter ces indicateurs selon le contexte et le niveau de leurs programmes, en détaillant notamment l'échelon auquel les données sont collectées et les intervenants en charge de cette tâche.

- Le pourcentage de jeunes en situation de handicap âgés de 15 à 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principaux mythes sur sa transmission (femmes et hommes confondus).
- Les supports d'éducation à la sexualité sont disponibles dans des formats accessibles aux personnes en situation de handicap.
- Les programmes scolaires d'éducation complète à la sexualité comprennent des références et des images relatives aux personnes en situation de handicap ; ils abordent également leur santé et leurs droits en matière de sexualité et de reproduction.
- Les élèves en situation de handicap reçoivent une éducation complète à la sexualité, que ce soit dans le cadre de programmes d'éducation spécialisée ou d'environnements d'éducation inclusive.

4.6 Services d'information, de dépistage et de traitement pour les infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH/sida, destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap

4.6.1 Présentation du problème

Les services d'information, de dépistage et de traitement liés aux infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH, sont essentiels pour protéger la santé et les droits des femmes et des jeunes en matière de sexualité et de reproduction, qu'ils soient en situation de handicap ou non.⁵⁶⁷ Les femmes et les jeunes en situation de handicap ont le même droit à ces services que les personnes non en situation de handicap. Les services essentiels liés aux IST comprennent : l'accès à des informations précises sur les infections sexuellement transmissibles et les moyens de les prévenir ; l'accès à des méthodes volontaires de prévention, traitement et soin ; la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) et l'hépatite B ; l'accès à un traitement prophylactique pour les personnes ayant potentiellement été exposées à un risque d'infection sexuellement transmissible, notamment pour les survivant(e)s de violences sexuelles ; le dépistage volontaire et confidentiel d'infections sexuellement transmissibles et la communication rapide des résultats ; l'accompagnement et le soutien psycho-social ; et, enfin, l'accès à des traitements antirétroviraux abordables pour les personnes vivant avec le VIH. Parmi les IST les plus répandues pour lesquelles les femmes et les jeunes doivent recevoir des informations et se faire dépister, elles comprennent : le VIH, la trichomonase, la gonorrhée et la chlamydia, la syphilis, la chancrelle, l'herpès et les verrues génitales, ainsi que l'hépatite B⁵⁶⁸. Du reste, l'accès aux préservatifs (masculins et féminins) et à l'information sur leur utilisation constitue un autre élément central des services de prévention et d'information en matière d'IST. Les stéréotypes selon lesquels les femmes et les jeunes en situation de handicap ne sont pas

exposés au risque d'infections sexuellement transmissibles, ainsi que les obstacles à l'accès aux services liés aux IST, peuvent mener à l'exclusion des femmes et des jeunes en situation de handicap de ce type de services. Les personnes vivant avec le VIH, qui peuvent se définir ou non comme personne handicapée, sont également exposées à un risque de violation de leurs droits et de leur santé en matière de sexualité et de reproduction, notamment de leur droit à devenir parent, à ne pas subir d'avortement ou de stérilisation forcés ou sous contrainte, et à accéder à des services de santé sexuelle et reproductive.

4.6.2 Lignes directrices relatives à la fourniture de services liés aux IST fondés sur les droits pour les femmes et les jeunes en situation de handicap

Cette section porte sur les principaux obstacles qui entravent fréquemment l'accès des femmes et des jeunes en situation de handicap à l'information, au dépistage et aux traitements liés aux IST. Les lignes directrices proposées livrent des orientations pour garantir la prestation de services d'information, de dépistage et de traitement liés aux IST qui soient complets, fondés sur les droits, disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité. Elles s'appuient sur les lignes directrices fondamentales décrites au **chapitre 2**. Quoique non exhaustives, elles constituent une base pour l'élaboration de services et de programmes tenant compte des personnes en situation de handicap.

Principales considérations

- Sur le terrain de la prévention des IST, les femmes et les jeunes en situation de handicap sont souvent exclus des campagnes publiques d'information. Une situation qui s'explique par la combinaison de divers facteurs comme les stéréotypes, l'isolement ou encore l'inaccessibilité de certains formats utilisés. De la même manière, l'absence d'une éducation complète à la sexualité accessible et inclusive empêche les femmes et les jeunes en situation de handicap d'apprendre à se protéger des IST.
- Les stéréotypes sur la sexualité des femmes et des jeunes en situation de handicap — notamment ceux véhiculant l'idée qu'ils sont asexués et qu'ils ne sont pas sexuellement actifs ou désirables — peuvent amener les prestataires de services et le personnel d'appui à penser qu'ils ne sont pas exposés aux IST. En conséquence, les prestataires de services omettent souvent de leur fournir des informations sur les méthodes de prévention existantes (comme les vaccins du VPH ou l'utilisation de préservatifs), ou encore de les informer sur le dépistage et de leur proposer des tests lors de consultations de routine.
- Quant aux membres de la famille ou personnes en charge des femmes et des jeunes en situation de handicap, d'aucuns refusent de les informer sur la santé sexuelle et reproductive, notamment sur les IST, de peur que leur activité sexuelle n'augmente.
- Face au manque de réglementations et de protocoles tenant compte du handicap dans les prophylaxies pré- et post-exposition des victimes/survivants de viols, les femmes et jeunes en situation de handicap peuvent se voir privés de traitements prophylactiques ou de dépistages. Naturellement, cette situation augmente leur risque de contracter une IST, ou qu'une infection ne soit pas traitée car restée inaperçue.
- Les femmes et les jeunes en situation de handicap sont plus susceptibles d'être victimes de pratiques néfastes, telles que le mariage des enfants et le viol de jeunes filles vierges, qui peuvent considérablement augmenter leur vulnérabilité face aux IST.⁵⁶⁹ De la prévention des violences sexistes à la punition de leurs auteurs, en passant par la protection des femmes, l'inadéquation des lois et des politiques renforce l'impunité et aggrave encore ce risque.
- Les femmes vivant avec le VIH sont particulièrement exposées au risque de

stérilisation ou d'avortement forcés, et la présence d'un handicap ne fait qu'accroître le danger.

- Lorsqu'une IST est détectée chez une femme ou un jeune en situation de handicap, les prestataires de services omettent souvent d'aborder les répercussions possibles sur les autres aspects de leur santé et de leurs droits en matière de sexualité et de reproduction, comme la façon d'entretenir des pratiques sexuelles sans risque ou de planifier une grossesse.
- De fait, ces entraves à la communication peuvent empêcher les femmes et les jeunes en situation de handicap d'accéder à des services d'accompagnement et de soutien psychologique essentiels lorsqu'ils décident de suivre une procédure de prévention, de dépistage ou de traitement liée aux IST.
- La pauvreté, l'inaccessibilité physique des centres de dépistage, et l'isolement peuvent également empêcher les femmes et les jeunes en situation de handicap de bénéficier de dépistages, de traitements et d'autres services connexes.

POINT DE DÉPART

ONUSIDA : Éradication de la discrimination dans les milieux de soins de santé

Pour bannir toute forme de discrimination dans les milieux de soins de santé, l'ONUSIDA s'est appuyé sur les enseignements de la lutte contre le sida pour établir les critères minimums suivants :

- « Fournir des soins de santé opportuns et de qualité indépendamment du sexe, de la nationalité, de l'âge, du handicap, de l'appartenance ethnique, de l'orientation sexuelle, de la religion, de la langue, du statut socio-économique, du statut séropositif ou d'autres problèmes de santé, de l'exercice du commerce du sexe, de la consommation de drogues et/ou de l'emprisonnement ;
- Interdire les dépistages ou les traitements obligatoires, ou les pratiques coercitives ;
- Respecter la vie privée et la confidentialité des patients ;
- Relier les populations marginalisées et les plus touchées à des fournisseurs de services supplémentaires, à des réseaux de soutien par les pairs, à des organismes communautaires, ou à des services juridiques au besoin ;
- Faire appel à des prestataires cliniques qui posent des questions concernant la santé ou effectuent des soins de santé pour informer activement les gens de leurs droits et leur fournir des soins de qualité sans porter de jugement ;
- Mettre en place des mécanismes de plaintes ainsi que de réparation et de responsabilisation liés à la discrimination et la violation des droits des patients ;
- Assurer la participation des communautés affectées à l'élaboration de politiques et de programmes promouvant l'égalité et la non-discrimination dans les soins de santé ».⁵⁷⁰

Lignes directrices :

► **Disponibilité**

1. Garantir la disponibilité de services accessibles aux femmes et aux jeunes présentant différents types de handicap à chaque étape de la chaîne des services de lutte contre les IST (prévention, dépistage, prise en charge, traitement, soins chroniques).⁵⁷¹ Pour en savoir plus sur la mise en œuvre stratégique du continuum de soins et sur les domaines d'actions prioritaires de lutte contre les IST, consultez le rapport de l'OMS **Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 : vers l'élimination des IST.**⁵⁷²
2. Créer des programmes adaptés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap sur les services d'éducation, de soutien et d'accompagnement liés aux IST.⁵⁷³ Améliorer l'accès à l'éducation complète à la sexualité pour les femmes et les jeunes en situation de handicap. Pour en savoir plus, consultez la section 4.5 sur l'éducation complète à la sexualité pour les femmes et les jeunes en situation de handicap.
3. Garantir l'accès à des services d'accompagnement et de dépistage des IST accessibles pour les femmes et les jeunes en situation de handicap.

Lignes directrices :

► **Accessibilité**

1. Proposer aux femmes et aux jeunes en situation de handicap des consultations leur donnant accès à des informations sur la transmission et la prévention des IST. Il sera également nécessaire de leur montrer comment utiliser des préservatifs masculins et féminins, et comment négocier leur utilisation avec leur partenaire. Dans le cadre de cette consultation, les prestataires de services devront également se renseigner sur les potentiels effets secondaires survenant chez les femmes et les jeunes en situation de handicap lors de la prise de certains traitements contre les IST. Si le patient est jeune, les prestataires de services peuvent expliquer aux parents que les enfants sensibilisés aux IST, notamment au VIH, opéreront des choix plus sûrs à l'adolescence et dans la vie adulte.⁵⁷⁴
2. Promouvoir des programmes d'enseignement par les pairs ou les agents de santé communautaires pour fournir une éducation et une information sur les IST qui soient gratuites et tiennent compte du handicap, au sein même de la communauté.
3. Mettre en place des campagnes de dépistage et d'information accessibles, ciblées et non-stigmatisantes concernant les IST⁵⁷⁵ (création d'une chronique radio, de brochures d'information accessibles...). Intégrer les femmes et les jeunes en situation de handicap dans les campagnes publiques d'information.
4. Garantir que les centres et les équipements de dépistage sont physiquement accessibles aux femmes et aux jeunes quel que soit leur handicap, notamment pour celles et ceux qui étant réticents aux aiguilles ou éprouvant des difficultés à rester immobiles pendant une certaine durée.
5. Proposer un accès gratuit ou abordable aux vaccins contre le VIH et l'hépatite B pour les femmes et les jeunes en situation de handicap aux revenus faibles ou vivant dans la pauvreté.
6. Lorsque les ressources le permettent, plaider pour la subvention des traitements antirétroviraux et des antibiotiques pour les individus n'ayant pas les moyens d'acheter les médicaments nécessaires.
7. Lorsque les ressources le permettent, proposer des préservatifs masculins et féminins gratuits ou à bas coût en plus d'une information et d'une formation accessibles sur leur utilisation. Des préservatifs devraient être disponibles dans les établissements des prestataires de services de santé, ainsi que dans les autres services prenant en charge les handicaps.

Le VPH et le cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus constitue l'une des plus grosses menaces pesant sur la vie des femmes à l'échelle mondiale. Il est principalement dû à une infection chronique ou persistante d'un ou de plusieurs types de virus de papillome humain (VPH) à risque élevé. La prévention du VPH par la vaccination est essentielle pour lutter contre le cancer du col de l'utérus. Les prestataires de services doivent s'assurer que ce vaccin est accessible aux femmes et aux adolescentes en situation de handicap. Toutes les adolescentes devraient être vaccinées avant

de devenir sexuellement actives. Les prestataires de services doivent également s'assurer de proposer la vaccination aux femmes en situation de handicap n'ayant pas été vaccinées pendant leur adolescence. Dans la mesure où ce vaccin ne protège pas contre tous les types de VPH et où de nombreuses femmes en situation de handicap n'ont pas été vaccinées avant le début de leur activité sexuelle, les prestataires de services doivent procéder au dépistage du cancer du col de l'utérus chez toutes les adolescentes et les femmes en situation de handicap⁵⁷⁶.

Lignes directrices :

► **Acceptabilité**

1. S'assurer que les programmes sont taillés pour les femmes et les jeunes en situation de handicap qui, du fait de l'isolement ou de formes de discriminations croisées, se retrouvent encore plus exposés aux risques d'IST. Cela inclut les femmes et les jeunes en situation de handicap vivant dans la pauvreté, celles et ceux vivant en institution, celles et ceux issus de communautés indigènes ou LGBTI, les travailleurs du sexe, ainsi que les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays.
2. Former les femmes et les jeunes en situation de handicap à devenir des éducateurs de santé pour leur communauté ou leurs pairs, et encourager la formation de groupes de soutien⁵⁷⁷. Chercher à engager le dialogue avec des groupes de femmes et de jeunes en situation de handicap déjà établis. Les chefs communautaires peuvent également collaborer avec les prestataires de services pour garantir que les services d'information, de dépistage et de traitement liés aux IST soient accessibles aux communautés de femmes et de jeunes présentant divers types de handicap⁵⁷⁸.
3. Former les prestataires de services et le personnel d'appui pour mettre en place des garde-fous garantissant le respect de la vie privée et la confidentialité des patients dans l'accompagnement et la communication des résultats liés aux IST, y compris pour les jeunes de moins de 18 ans. S'assurer que les résultats sont remis en privé, à moins que le patient n'ait personnellement et librement donné son consentement éclairé pour autoriser la présence d'un compagnon, d'un membre de la famille ou d'une personne en charge⁵⁷⁹.
4. Élaborer des programmes d'éducation destinés aux membres de la famille et aux personnes en charge pour les sensibiliser à l'importance de l'information, du dépistage et de la prévention liés aux IST. Former et aider les chefs des

communautés de soutien, les membres de la famille et les personnes en charge à sensibiliser les autres familles ou personnes en charge quant à l'importance de l'éducation et des dépistages relatifs aux IST⁵⁸⁰. Présenter l'information et l'éducation comme des facteurs de réduction des risques peut contribuer à favoriser le soutien.

Lignes directrices :

► **Qualité**

1. Fournir un accompagnement accessible et confidentiel en amont du dépistage, pour aider les femmes ou les jeunes en situation de handicap à faire leurs propres choix en matière de prévention et de dépistage des IST. L'accompagnement doit notamment aborder les avantages et les inconvénients du dépistage des IST, les suites à envisager en cas de résultats positifs, la disponibilité des traitements, et la possibilité de bénéficier d'un soutien psychosocial.
2. Fournir un accompagnement accessible et confidentiel après le dépistage. Voir les **Lignes**

directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH⁵⁸¹ de l'OMS pour obtenir des recommandations sur les conseils à prodiguer en fonction des résultats du dépistage.

3. Fournir un accompagnement, un soutien et des contraceptifs accessibles, adaptés et appropriés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap séropositifs pour répondre à leurs besoins non satisfaits en matière de soins, traitement et soutien liés au VIH⁵⁸².
4. Mettre en place des systèmes de coordination et d'orientation pour les femmes et les jeunes en situation de handicap souffrant des séquelles de violences ou de maltraitances. Pour obtenir des recommandations pratiques et en savoir plus sur les exigences légales locales, consultez le document de l'OMS ***Strengthening Health Systems to Respond to Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence: A Manual for Health Managers***⁵⁸³.

GROS PLAN

Le VIH et les violences sexuelles contre les femmes et les jeunes en situation de handicap

Certaines personnes nourrissent la croyance qu'il est possible de guérir du VIH en ayant des rapports sexuels avec une personne vierge. Un mythe funeste aussi désigné par l'expression « viol des vierges ». En raison des stéréotypes véhiculant l'idée que les personnes en situation de handicap sont asexuées, et par conséquent supposées vierges, les femmes et les jeunes en situation de handicap peuvent être particulièrement vulnérables à cette forme de violence sexuelle. Outre la dénonciation

de ces crimes auprès du système de justice pénale compétent, il est primordial de combattre activement ce mythe néfaste en menant des campagnes publiques d'éducation et de sensibilisation. L'éducation des femmes et des jeunes en situation de handicap est également essentielle pour les informer sur ce risque et sur l'importance de solliciter rapidement des services de santé pour recevoir un traitement prophylactique dans le cas où ils subiraient une quelconque violence sexuelle⁵⁸⁴.

4.6.3 Les indicateurs

Les indicateurs suivants peuvent être utilisés pour le suivi et l'évaluation des progrès dans la prestation de services liés aux IST fondés sur les droits et destinés aux femmes et aux jeunes en situation de handicap. Cette liste n'est pas exhaustive et vise à mettre en évidence la spécificité, les thèmes et la forme des indicateurs à utiliser dans le cadre de la prestation de services liés aux IST. Les prestataires de services doivent adapter ces indicateurs selon le contexte et le niveau de leurs programmes, en détaillant notamment l'échelon auquel les données sont collectées et les intervenants en charge de cette tâche.

- Le pourcentage de femmes et de jeunes en situation de handicap qui connaissent leur état sérologique.
- Le pourcentage de femmes et de jeunes en situation de handicap bénéficiant d'un test de dépistage des IST lors de leur première consultation chez un prestataire de service.
- Le pourcentage d'adolescentes en situation de handicap immunisées contre le VPH.
- Le pourcentage de femmes et de jeunes en situation de handicap ayant bénéficié d'un test de dépistage des IST et reçu leurs résultats l'année passée.
- Le pourcentage de femmes et de jeunes en situation de handicap ayant affirmé avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

4.7 Accès à d'autres informations et services en matière de santé pour les femmes et les adolescentes en situation de handicap

4.7.1 Présentation du problème

Les femmes et les adolescentes en situation de handicap ont le droit d'accéder à des services de santé essentiels de qualité au même titre que les hommes et les femmes non en situation de handicap⁵⁸⁵. Outre l'éventail de services mentionnés dans les sections précédentes de ce document,

les femmes et les adolescentes en situation de handicap ont besoin d'un accès systématique à toute une gamme de services de soins relatifs à leur santé sexuelle et reproductive, comme ceux liés à l'avortement (lorsqu'il est légal), les examens gynécologiques, les frottis vaginaux, les mammographies et les autres tests de dépistage du cancer. L'absence d'accès à ces soins, tout comme la fourniture en retard de ces services essentiels ou le diagnostic tardif de maladies potentiellement mortelles, peuvent avoir de lourdes conséquences sur la santé et la vie des femmes et des jeunes filles⁵⁸⁶.

Dans les pays où l'avortement est légal, il est capital de garantir aux adolescentes et aux femmes un accès aisé à des services d'avortement sécurisés et de bonne qualité⁵⁸⁷. Les avortements non sécurisés sont à l'origine de 13 % des décès maternels⁵⁸⁸. De son côté, l'OMS estime à environ 22 millions le nombre annuel d'avortements non médicalisés, et à 5 millions le nombre de complications nécessitant une hospitalisation⁵⁸⁹. Dans certains cas, ces hospitalisations peuvent mener à un handicap permanent⁵⁹⁰. Les femmes et les adolescentes en situation de handicap ont le droit de bénéficier de services d'avortement accessibles et sécurisés, lorsque ce dernier est légal, et, *a minima*, lorsque la grossesse met la santé ou la vie de la femme ou de l'adolescente enceinte en danger ou résulte d'un viol ou d'un inceste⁵⁹¹. Elles ont également le droit d'accéder à des soins après avortement, quel que soit le statut légal de cette pratique. Par ailleurs, les femmes et les adolescentes en situation de handicap sont également soumises à des avortements forcés qui constituent une forme de violence fondée sur le genre. Pour en savoir plus sur les violences sexistes subies par les femmes et les jeunes en situation de handicap, reportez-vous aux lignes directrices sur la fourniture de services liés à la violence fondée sur le genre (chapitre 3).

4.7.2 Lignes directrices relatives à la fourniture de services de santé fondés sur les droits destinés aux femmes et aux adolescentes en situation de handicap

La fourniture de services de santé de qualité repose sur un principe fondamental : assurer que les femmes et les adolescentes en situation de handicap sont traitées avec respect et dignité, et encouragées à donner leur avis sur leur propre santé.⁵⁹² La section suivante détaille les obstacles qui entravent l'accès des femmes et des jeunes filles en situation de handicap à des services de santé de qualité. Les lignes directrices proposées constituent des recommandations visant à garantir la disponibilité et l'accessibilité de services de santé qui soient acceptables, de qualité et fondés sur les droits pour les femmes et les jeunes filles en situation de handicap. Elles s'appuient sur les lignes directrices fondamentales décrites au **chapitre 2**. Quoique non exhaustives, elles constituent une base pour l'élaboration de services et de programmes tenant compte des personnes en situation de handicap.

Principales considérations

- L'exclusion des femmes et des adolescentes en situation de handicap des campagnes publiques de prévention et de promotion sanitaire, ainsi que l'absence d'informations accessibles et inclusives concernant les besoins des femmes et les services de santé qui leur sont destinés, les empêchent d'accéder aux services essentiels et de comprendre en quoi ils peuvent bénéficier à leur santé de manière générale.
- L'absence de clarté sur le statut légal de l'avortement et le manque de discernement sur la nécessité de rendre les soins après avortement accessibles, quel que soit son statut légal, peuvent dissuader les prestataires de services de proposer des avortements sécurisés, lorsqu'ils sont légaux, ou de fournir des soins après avortement, même lorsque cela s'avère primordial pour préserver la vie ou la santé de la femme ou la jeune fille concernée.
- Les faibles niveaux d'éducation et d'alphabétisation peuvent empêcher certaines femmes et certaines adolescentes en situation de handicap de comprendre les informations fournies sur les services de santé essentiels⁵⁹³. Par exemple, les femmes et les adolescentes en situation de handicap manquent souvent d'informations relatives à la grossesse, à l'avortement et aux services associés⁵⁹⁴. Par conséquent, elles peuvent manquer des informations nécessaires pour reconnaître les signes d'une grossesse et savoir vers quels services d'avortement légal se tourner au cours du premier trimestre. Dans le cas d'une grossesse non désirée, cela peut alors renforcer les obstacles financiers et légaux entre autres difficultés. Pour en savoir plus sur l'accessibilité de l'éducation complète à la sexualité, consultez la section 4.5 sur l'éducation complète à la sexualité pour les femmes et jeunes en situation de handicap.
- La pénalisation de l'avortement, ainsi que la stigmatisation qui l'entoure, peuvent entraîner des abus et des mauvais traitements sur les femmes et les adolescentes en situation de handicap qui recherchent des soins après avortement suite à des complications.
- En raison de facteurs divers, les femmes et les adolescentes en situation de handicap n'ont souvent pas accès aux tests de dépistage du cancer et aux autres services liés à la SDR. Parmi ces facteurs figurent notamment le manque de compétences au niveau des services, l'absence de directives procédurales tenant compte du genre et du handicap, l'inaccessibilité des équipements inaccessibles, ou encore l'insuffisance des ressources éducatives⁵⁹⁵.
- L'absence de formation standardisée destinée à tous les prestataires de services de santé et au personnel d'appui concernant la fourniture de services adaptés aux femmes et aux jeunes filles en situation de handicap peut contribuer à l'exclusion de ces dernières des services de santé essentiels et à l'inconfort des prestataires.

- Les rendez-vous médicaux requièrent souvent la mise en place d'une logistique complexe pour les personnes en situation de handicap afin d'obtenir les transports ou l'assistance nécessaires. Toutefois, les prestataires de services et le personnel d'appui sont rarement préparés à gérer les infrastructures nécessaires pour ces patients, si bien que les femmes ou les jeunes filles peuvent se voir refuser l'accès aux services ou contraintes de devoir revenir un autre jour, lorsqu'ils seront plus accessibles. Pour les personnes en situation de handicap, de telles situations peuvent non seulement coûter cher et requérir beaucoup de temps, mais aussi s'avérer discriminatoires au point de les dissuader de recourir aux services de santé essentiels.
- L'inaccessibilité des formulaires d'admission et les autres entraves à la communication peuvent empêcher les femmes et les adolescentes en situation de handicap d'informer les prestataires de services et le personnel d'appui de leurs symptômes, de leurs antécédents personnels ou familiaux, et de leurs expériences, ce qui complique le diagnostic précis de leurs besoins et des risques pour leur santé. De la même manière, les entraves à la communication peuvent empêcher les prestataires de services et le personnel d'appui d'informer efficacement les patients sur les examens médicaux nécessaires, les diagnostics et les traitements prévus⁵⁹⁶.
- Les entraves à la communication peuvent également priver les femmes et les adolescentes en situation de handicap à d'un accompagnement et d'un soutien psychologique essentiels pour prendre des décisions relatives à leur santé, comme l'acceptation ou le refus d'une chimiothérapie.
- Les barrières physiques liées aux infrastructures de santé et aux équipements médicaux, tels que les mammographes, privent effectivement les femmes et les adolescentes en situation de handicap d'accéder à des services essentiels et vitaux liés à la SDSR.
- Les frais formels et informels à engager pour bénéficier des infrastructures de santé, ainsi que le coût des transports, peuvent rendre les soins

de santé préventifs financièrement inaccessibles aux femmes et aux adolescentes en situation de handicap, les détournant des soins de santé courants essentiels

- Dans les situations d'urgence humanitaire, les femmes et les adolescentes en situation de handicap ont souvent plus de mal de s'en sortir et peuvent perdre l'accès à des médicaments ou à des appareils médicaux essentiels.

Lignes directrices :

► **Disponibilité**

1. Créer des programmes pour améliorer l'accès des femmes et des adolescentes en situation de handicap aux services de santé disponibles et pour les aider à mieux comprendre leurs besoins et leurs droits en matière de santé.

► **EXEMPLE :**

*L'Association canadienne pour l'intégration communautaire et le Réseau des femmes en situation de handicap du Canada (DAWN) ont élaboré le dossier **Notre santé est importante ! Améliorer l'accès aux soins de santé pour les personnes en situation de handicap et les personnes sourdes** afin de combler le manque de connaissances des personnes en situation de handicap ou sourdes en matière de soins de santé. L'un des modules de ce dossier est destiné aux personnes en situation de handicap et traite de leur droit à être en bonne santé en abordant plusieurs aspects sanitaires, y compris la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction. L'autre module est destiné aux prestataires de services de santé pour les aider à mieux comprendre les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de handicap et à chercher proactivement des solutions à ces problèmes⁵⁹⁷.*

2. Inclure les femmes et les adolescentes en situation de handicap dans les programmes de gestion de l'hygiène menstruelle et dans la distribution des ressources. Par exemple, cela peut concerner la

distribution de kits d'hygiène lors des interventions en situation d'urgence humanitaire. Élaborer des programmes spécifiquement destinés aux femmes adultes présentant un handicap intellectuel ou des troubles de l'apprentissage, pour leur donner l'occasion de comprendre la gestion de l'hygiène menstruelle et de poser des questions à ce sujet, sur lequel elles n'ont probablement jamais reçu d'informations accessibles.

► **EXEMPLE :**

*En Australie, le Centre for Developmental Disability Health a publié un guide pratique intitulé **Supporting Women : Information and Resources for Carers Supporting Women with Intellectual Disabilities to Manage their Menstruation**⁵⁹⁸. Ce guide comprend des recommandations complètes destinées aux soignants pour aborder les menstruations avec les femmes présentant un handicap intellectuel ou toutes autres questions auxquelles ces dernières peuvent être confrontées, de la prise en charge médicale jusqu'aux questions d'ordre juridique.*

3. Plaider en faveur de lois et de politiques claires concernant l'accès à l'avortement pour les victimes/survivantes de violences sexuelles et garantir que ces lois et ces politiques tiennent compte des femmes et les adolescentes en situation de handicap.
4. Plaider, le cas échéant, pour l'adoption de lois et de politiques nationales disposant clairement que l'accès à l'avortement sécurisé, là où il est légal, ne peut requérir le consentement d'un parent, d'un tuteur ou d'un époux⁵⁹⁹.
5. Privilégier et intégrer aux services liés à la SDSR l'accès aux premiers secours psychologiques et aux autres services de santé mentale pour les femmes et les jeunes en situation de handicap, notamment en contexte de crise. Ces dispositifs peuvent être mis en place directement ou par l'intermédiaire d'autres services. Selon les



Deux sœurs assises chez elles, près de la fenêtre.
© kali9/Getty Images

Directives du Comité permanent interorganisations concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, les principes fondamentaux des interventions psychosociales et de santé mentale en situation d'urgences sont : (1) la promotion du respect des droits humains et de l'équité ; (2) la promotion de la participation communautaire ; (3) l'absence de préjudice ; (4) l'exploitation des ressources et des capacités disponibles ; (5) l'intégration des activités et des programmes au sein de systèmes plus larges (tels que les programmes de santé, les programmes éducatifs, etc.) ; et (6) la mise en place d'une intervention à plusieurs niveaux⁶⁰⁰.

Lignes directrices :

► **Accessibilité**

1. Fournir des informations, une éducation et un accompagnement accessibles aux femmes et aux adolescentes en situation de handicap sur

leur santé et leurs droits en matière de sexualité et de reproduction, notamment concernant l'utilisation de la contraception pour prévenir les grossesses non désirées et la disponibilité des services d'avortement sécurisé, lorsqu'il est légal.⁶⁰¹ S'assurer que des conseils accessibles sur toutes les formes de contraception et que la possibilité de choisir son contraceptif soient disponibles pour toutes les femmes en situation de handicap qui cherchent à avorter ou à bénéficier de soins après avortement⁶⁰².

► **EXEMPLE :**

Au Nigéria, l'Association des femmes sourdes du Nigéria (DWAN) et l'Ipas ont mis en place un double programme de SDSR destiné aux personnes en situation de handicap afin de renforcer les capacités des interprètes en langue des signes.⁶⁰³ Grâce à des ateliers de sensibilisation centrés sur l'information, la communication les obstacles financiers, et des réunions de sensibilisation, ce projet a permis d'identifier trois enseignements clés tirés de la lutte pour l'accès des femmes sourdes aux services liés à la SDSR : « [1] L'accès aux interprètes en langue des signes sur les sites des services liés la santé sexuelle et reproductive est primordial pour promouvoir la mise à disposition de services de qualité pour les femmes sourdes et pour finalement réduire la morbidité et la mortalité maternelles au sein de cette communauté. [2] La fourniture de services d'interprétation gratuits en langue des signes pour aider les femmes sourdes à accéder aux soins de santé doit s'accompagner d'une collaboration avec les responsables des systèmes de santé pour obtenir du soutien et faciliter la mise en place de politiques (y compris la réduction de certains coûts) favorables à l'utilisation des services par les personnes en situation de handicap. [3] La participation des chefs des différentes communautés et des institutions est essentielle pour assurer l'appropriation du projet. »⁶⁰⁴

2. Adapter les services, tels que les examens, les procédures et les équipements pour répondre

aux besoins relatifs aux handicaps des femmes et des adolescentes. Dans la mesure du possible, mettre au point des services reposant sur des principes de conception universelle à tous les niveaux, de l'emplacement des services à l'ergonomie des fauteuils gynécologiques. Cela permet à ces services d'être utilisés par un plus grand nombre de personnes, et non pas uniquement par les personnes en situation de handicap.

► **EXEMPLE :**

La **Keela Cup** est une coupe menstruelle imaginée par une femme handicapée et conçue pour être accessible aux femmes en situation de handicap⁶⁰⁵.

► **EXEMPLE :**

Le manuel **Table Manners and Beyond: The Gynecological Exam for Women with Developmental Disabilities and Other Functional Limitations** (Adopter de bonnes manières sur la table d'examen et après : l'examen gynécologique chez les femmes présentant des troubles du développement et d'autres limitations fonctionnelles) fournit des conseils pratiques aux prestataires de services ainsi qu'au personnel d'appui afin d'aider les femmes en situation de handicap à mieux vivre l'examen gynécologique. Les recommandations de ce manuel portent sur l'évaluation des aménagements nécessaires, le déroulement de l'examen (notamment les autres positions possibles et les aménagements envisageables pour différents handicaps) et les étapes de suivi après l'examen⁶⁰⁶.

3. Concevoir des supports alternatifs et créatifs pour aider les femmes en situation de handicap à mieux comprendre leurs corps et les procédures, grâce à l'élaboration de modèles ou de guides illustrés.

► **EXEMPLE :**

Le kit **Kahani Her Mahine Ki** a été créé en Inde. Il se compose d'un modèle tactile et d'un



Basma et Dina, membres de l'orchestre Al Nour wal Amal (lumière et espoir) pour les femmes aveugles, après une répétition à l'hôtel avant leur concert à Segré lors d'une tournée européenne. © Fernando Molerres/Panos Pictures

*livret qui permet aux filles malvoyantes d'en apprendre davantage sur leur corps et sur les menstruations*⁶⁰⁷.

► **EXEMPLE :**

*En Australie, le Centre for Developmental Disability Health a élaboré un guide simple sur les frottis vaginaux, que les prestataires peuvent utiliser pour aider les patientes en situation de handicap. Ce guide s'intitule **Pap Tests: The Plain Facts** (Frottis vaginal : ce qu'il faut savoir). À l'aide de termes simples et de croquis, ce guide explique ce à quoi les femmes en situation de handicap peuvent s'attendre dans le cadre d'un frottis vaginal*⁶⁰⁸.

4. Former les prestataires de services de niveau intermédiaire pour qu'ils puissent fournir des services d'avortement médicalisé précoce, quand cette pratique est légale, afin de garantir l'accessibilité financière des services et de faciliter leur accès dans les zones rurales ou isolées⁶⁰⁹.
5. Proposer des services d'avortement de qualité, accessibles et rapides, lorsque cette pratique

est légale, au niveau communautaire, dans les établissements de soins primaires et dans les hôpitaux de recours⁶¹⁰.

6. Veiller à ce que les toilettes et les latrines soient accessibles, sécurisées et qu'elles tiennent compte des questions de genre, en particulier dans les situations d'urgence humanitaire. C'est là un élément indispensable pour garantir la dignité, l'intimité et la sécurité des femmes et des adolescentes en situation de handicap, mais aussi le respect de leur santé et de leurs droits en matière de sexualité et de reproduction et, plus largement, de leurs besoins en matière de santé.

► **EXEMPLE :**

*Publié par Hesperian Health Guides, l'ouvrage **A Health Handbook for Women with Disabilities** (Guide de santé à l'intention des femmes en situation de handicap) suggère plusieurs manières d'adapter les toilettes et les latrines afin de les rendre plus pratiques pour les femmes en situation de handicap, en particulier dans les milieux à faibles ressources :*

- « Si une personne a des difficultés à s'accroupir, fabriquez une simple barre d'appui ou un siège surélevé. Dans le cas de toilettes à la turque (situées au ras du sol), percez un trou dans le siège d'une chaise ou d'un tabouret, et placez ce dernier au-dessus des toilettes.
 - Si une personne a des difficultés à contrôler son corps, ajoutez des éléments d'appui pour le dos, les flancs et les jambes, ainsi qu'une ceinture ou une barre d'appui.
 - Utilisez une corde ou une clôture pour guider les personnes aveugles de la maison jusqu'aux toilettes.
 - Si une personne a du mal à ajuster ou retirer ses habits, adaptez-les de sorte qu'ils soient amples ou élastiques. Aménagez un espace propre et sec où la personne peut s'asseoir ou s'allonger et s'habiller.
 - Si une personne a des difficultés à s'asseoir, ajoutez des barres d'appui amovibles et des marches⁶¹¹. »
7. Veiller à ce que les femmes et les adolescentes en situation de handicap n'aient pas à supporter, sous la forme de frais officiels ou non, le coût des mesures visant à leur faciliter l'accès aux services de santé essentiels.

Lignes directrices :

► **Acceptabilité**

1. Élaborer des programmes de formation pratique et de mentorat, afin d'aider les prestataires de services et le personnel d'appui à gagner en assurance et à dissiper leurs inquiétudes concernant la prise en charge des femmes et des adolescentes en situation de handicap.
2. Créer des programmes types afin d'aider les prestataires à mieux prendre en charge les femmes et les adolescentes en situation de handicap, et à comprendre ce qu'est un programme inclusif.
3. Élaborer des procédures d'orientation qui répondent aux appréhensions ou aux interrogations des femmes et des adolescentes à propos d'un examen à venir. Par exemple⁶¹² :
 - Souligner l'importance de l'examen et expliquer les étapes du processus.
 - Créer des guides illustrant le déroulement des examens, en particulier des examens gynécologiques, à l'aide d'images, de modèles ou de vidéos.
 - Proposer une visite de l'établissement et des équipements pour mettre à l'aise la patiente avant l'examen.
 - Décrire le déroulement de l'examen et la procédure relative aux résultats du test.
 - Permettre à la patiente de simuler l'examen sous forme de jeu de rôle à l'aide de modèles ou de figurines.
4. Élaborer de vastes campagnes d'information à l'échelle de la communauté afin d'améliorer les connaissances sur les besoins des femmes en matière de santé, ainsi que sur les droits des femmes et des adolescentes en situation de handicap. Ces campagnes doivent mettre en avant des personnes en situation de handicap et cibler les professionnels de santé, les guérisseurs traditionnels, les chefs communautaires et religieux, les femmes et les adolescentes en situation de handicap, ainsi que les membres de la famille et les aidants qui peuvent restreindre l'accès aux services de santé essentiels.
5. Élaborer des programmes visant à lutter contre les stéréotypes néfastes et les préjugés des prestataires, notamment la crainte de complications pour les femmes et les adolescentes en situation de handicap.
6. Fournir des informations, dans un format susceptible d'être compris par la patiente, sur l'avortement chirurgical et médicamenteux, lorsque ces pratiques sont légales, ainsi que sur les risques et les avantages de chaque méthode en fonction des conditions de la grossesse, et veiller à ce que la méthode choisie par la patiente soit respectée⁶¹³.

7. Fournir un accompagnement accessible et confidentiel **avant l'avortement**, pour aider les femmes en situation de handicap à faire leurs propres choix en matière d'avortement, lorsque cette pratique est légale⁶¹⁴.

Lignes directrices :

► **Qualité**

1. Élaborer des supports de formation de base et des programmes intégrés dans les écoles de médecine afin que tous les prestataires de services médicaux aient connaissance des besoins des femmes et des adolescentes en situation de handicap ainsi que des mesures d'adaptation disponibles en vue d'améliorer la prise en charge de ce public. Il ne doit pas s'agir de programmes spécialisés ; au contraire, ils doivent être intégrés au cursus pour insister sur le fait que la prise en charge des personnes en situation de handicap relève de la responsabilité de tous les prestataires de services.
2. Accroître les capacités des prestataires de services de santé en matière de dépistage du cancer et d'autres maladies chez les femmes et les adolescentes en situation de handicap, en procédant aux aménagements nécessaires.
3. Former les prestataires de services et mettre en place des mesures de protection solides pour veiller à ce que les femmes et les adolescentes en situation de handicap n'avortent jamais sous la contrainte, mais toujours avec leur consentement éclairé⁶¹⁵. Les prestataires doivent veiller à ce que l'ensemble des prestataires de services et du personnel d'appui ait reçu une formation adéquate, pour garantir que les femmes et les adolescentes en situation de handicap décident librement et de manière éclairée d'avorter ou non. Ces femmes et ces adolescentes peuvent subir des pressions pour procéder à un avortement, ou ce dernier peut être réalisé sans leur consentement libre et éclairé. Derrière ces situations, on retrouve des raisons variées comme le mythe selon lequel une femme handicapée ne peut pas élever d'enfants, la crainte qu'elle donne naissance à un enfant handicapé, la prise de décision par les parents ou le tuteur, ou encore la volonté de dissimuler un abus sexuel. À l'inverse, les femmes et les adolescentes en situation de handicap peuvent se voir refuser l'accès à un avortement souhaité, même lorsque cette pratique n'est pas illégale. En cause, l'idée préconçue selon laquelle une femme handicapée ne peut pas prendre une telle décision par elle-même ou le fait que les parents ou le tuteur décident à la place de la femme concernée ; cette dernière peut également se voir imposer les croyances morales ou religieuses d'une autre personne.
4. Veiller à fournir les services minimums suivants, tels qu'identifiés par l'OMS, lorsque des femmes et des adolescentes en situation de handicap souhaitent recourir à des services d'avortement (lorsque ces derniers ne sont pas contraires à la loi) :
 - « [D]es informations médicales précises sur l'avortement sous une forme que la femme peut comprendre et dont elle peut se rappeler, et des conseils non directifs si la femme le souhaite afin de faciliter sa prise de décision éclairée ;
 - des soins liés à l'avortement dispensés sans délai [quand ce n'est pas illégal] ;
 - un traitement en temps utile des complications de l'avortement, y compris les complications d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité ;
 - des informations et des services en matière de contraception, ainsi que des transferts si besoin, pour éviter la répétition d'une grossesse non désirée et réduire la nécessité d'un autre avortement⁶¹⁶. »
5. Fournir un traitement immédiat et inconditionnel si des soins médicaux d'urgence sont nécessaires, y compris des soins post-avortement, et ce quel que soit le statut légal de l'avortement et indépendamment de la capacité de la patiente à payer ces services⁶¹⁷.

Mise en pratique

Amélioration du dépistage du cancer du sein

Le Réseau d'action des femmes handicapées (DAWN-RAFH) Canada et le Réseau canadien du cancer du sein ont mené une analyse des études et des documents d'orientation sur le cancer du sein et les femmes en situation de handicap. Des recommandations sont formulées concernant les points suivants :

1. adaptation de l'environnement physique – édifices et équipement ;
2. adaptation ou mise en place de nouvelles pratiques concernant les procédures et les processus. Par exemple, défenseurs des droits des patients, groupes de soutien, aide-mémoire pour les prestataires de soins de santé ;
3. formations visant à sensibiliser les prestataires de soins aux besoins particuliers des femmes en situation de handicap ;
4. diffusion, sensibilisation et promotion en matière de santé et de cancer du sein ciblant particulièrement les femmes en situation de handicap ;
5. recommandations/réformes concernant les politiques. Par exemple, faire de l'accessibilité un critère pour l'accréditation des établissements de santé ou adopter des directives nationales pour le dépistage du cancer tenant compte de l'accessibilité pour les personnes en situation de handicap.

Cette analyse a également identifié des ressources et des supports de formation utiles permettant de faire progresser les réformes en matière de dépistage du cancer du sein chez les femmes en situation de handicap⁶¹⁸.

4.7.3 Indicateurs

Les indicateurs suivants peuvent être utilisés pour le suivi et l'évaluation des progrès réalisés dans la prestation de services de santé fondés sur les droits destinés aux femmes et aux adolescentes en situation de handicap. Cette liste n'est pas exhaustive et vise à mettre en évidence la spécificité, les thèmes et la forme des indicateurs à utiliser dans le cadre de la prestation de services de santé destinés aux femmes. Les prestataires de services doivent adapter ces indicateurs selon le contexte et le niveau de leurs programmes, en détaillant notamment l'échelon auquel les données sont collectées et les intervenants chargés de cette tâche.

- Les services de santé sexuelle et reproductive destinés aux femmes et aux adolescentes

en situation de handicap sont inclus dans les programmes de formation initiale et continue des prestataires de services de santé et de services sociaux.

- Les protocoles de diagnostic des cancers du sein, de l'endomètre, du col de l'utérus et pelviens tiennent compte des femmes et des adolescentes en situation de handicap de manière explicite.
- L'établissement de santé dispose d'appareils de mammographie et d'échographie accessibles, ou d'un accès facilité à de tels appareils.
- L'établissement de santé dispose d'un protocole spécifique pour déterminer les besoins de la patiente en matière d'accessibilité et en informer le prestataire avant qu'elle ne se présente à son rendez-vous.

Pour garantir pleinement le respect de la SDR des jeunes en situation de handicap, sur un pied d'égalité avec les autres jeunes, les services doivent être adaptés à leur besoins spécifiques en matière de santé et de développement.

- Les femmes et les adolescentes en situation de handicap savent si l'avortement est légal ou illégal⁶¹⁹.

4.8 Accès des adolescents et des jeunes personnes en situation de handicap aux informations et aux services en matière de santé

4.8.1 Présentation du problème

La tranche d'âge comprise entre 10 et 24 ans est une période charnière du développement de tous les individus, en situation de handicap ou non. Durant cette période se produit la puberté, qui s'accompagne chez les garçons et les filles de changements physiques, psychiques et émotionnels importants. Pour garantir pleinement le respect de la SDR des jeunes en situation de handicap, sur un pied d'égalité avec ceux qui ne le sont pas, les services doivent être adaptés à leurs besoins spécifiques en matière de santé et de développement. Cela implique de faire en sorte que les adolescents et les jeunes personnes, en situation de handicap ou non, aient accès à une éducation et à des informations adaptées à leur âge et à leur développement, qui tiennent compte du handicap et des questions de genre, ainsi qu'à des services qui leur sont adaptés. Les informations et les services essentiels incluent l'éducation complète à la sexualité ; des informations, des conseils, des produits et des services relatifs à la contraception ; des informations, des conseils, des tests de dépistage et des traitements liés aux IST ; des services de santé maternelle et néonatale ; l'accès à des services d'avortement médicalisé (lorsque cette pratique est légale) et à des soins après avortement.

Si les adolescents et les jeunes personnes en situation de handicap sont susceptibles d'être sexuellement actifs au même titre que leurs pairs non en situation de handicap, ils se heurtent pourtant à des obstacles majeurs qui entravent leur accès à ces services essentiels. Une situation qui les prive non seulement des informations indispensables pour rester en bonne santé et apprendre à nouer des relations saines et sûres, mais qui leur inculque aussi l'idée que leur communauté ne considère pas l'investissement dans leur développement comme une priorité, et ce dès leur plus jeune âge.

4.8.2 Lignes directrices relatives à la prestation de services liés à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction, fondés sur les droits et adaptés aux adolescents et aux jeunes personnes en situation de handicap

Cette section porte sur les principaux obstacles qui entravent fréquemment l'accès des adolescents et des jeunes en situation de handicap aux services essentiels liés à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction. Les lignes directrices proposées constituent des recommandations visant à garantir la disponibilité et l'accessibilité de services qui soient acceptables, de qualité, fondés sur les droits et adaptés aux besoins et aux situations des jeunes et des adolescents en situation de handicap. Elles s'appuient sur les lignes directrices fondamentales décrites au **chapitre 2** ; elles ne sont pas exhaustives, mais constituent une base pour l'élaboration de services et de programmes tenant compte des handicaps.

Comprendre les jeunes et les adolescents

Les différentes étapes du développement des adolescents et des jeunes personnes entraînent des vulnérabilités particulières chez les garçons et les filles, en situation de handicap ou non. Les prestataires de services et le personnel d'appui doivent être conscients des vulnérabilités propres à chaque âge et à chaque période de développement, et veiller à ce que les adolescents et les jeunes personnes en situation de handicap soient intégrés aux programmes portant sur ces questions. La liste des vulnérabilités présentée ci-après est tirée du rapport *Adolescent Boys and Young Men*⁶²⁰ publié par l'UNFPA :

Début de l'adolescence : 10 à 14 ans

- Harcèlement et violence fondée sur le genre (filles et garçons)
- Grossesse non désirée et non planifiée (filles)
- Avortement pratiqué dans des conditions dangereuses (filles)
- Pratiques néfastes (filles)
- Pression des pairs incitant à devenir sexuellement actifs ou à ne pas utiliser de préservatifs (garçons)
- Tabous liés au recours aux services de santé (garçons)
- Enrôlement dans des groupes de garçons violents (garçons)
- Accès impossible aux informations et aux services liés à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction (filles et garçons)

Milieu de l'adolescence : 15 à 19 ans

- Pression incitant à reproduire les stéréotypes sexistes (caractère soumis pour les femmes et dominant pour les hommes) (filles et garçon)
- Violence fondée sur le genre (filles et garçons)
- Grossesse non désirée et non planifiée (filles et garçons)
- Avortement pratiqué dans des conditions dangereuses (filles)
- Pratiques néfastes (filles)
- Comportements à risque (filles et garçons)
- Rapports sexuels monnayés et travail du sexe (filles)
- Abus de tabac, d'alcool et de substances psychoactives (filles et garçons, mais les garçons sont généralement plus touchés)
- Dépression et suicide (filles et garçons)
- Anxiété liée à l'image corporelle (filles et garçons)

- Tabous liés au recours aux services de santé (garçons)
- Exposition à la violence au sein des relations (filles et garçons, mais les filles sont touchées de manière disproportionnée)
- Accès impossible ou limité aux informations et aux services liés à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction (filles et garçons)
- Infections sexuellement transmissibles (filles et garçons, mais les filles sont généralement plus touchées)

Début de l'âge adulte : 20 à 24 ans

- Violence fondée sur le genre (filles et garçons)
- Rapports sexuels monnayés et travail du sexe (filles)
- Pratiques néfastes (filles)
- Grossesse non désirée et non planifiée (filles)
- Avortement pratiqué dans des conditions dangereuses (filles)
- Tabous liés au recours aux services de santé (garçons)
- Enrôlement dans des gangs (garçons)
- Mauvaise santé mentale (garçons et filles)
- Chômage (garçons)
- Accès limité aux informations et aux services liés à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction (filles et garçons)
- Infections sexuellement transmissibles (filles et garçons, mais les filles sont généralement plus touchées)
- Abus de tabac, d'alcool et de substances psychoactives (filles et garçons, mais les garçons sont généralement plus touchés)

Principales considérations

- La participation insuffisante des jeunes en situation de handicap, et la faible prise en compte de leurs besoins dans l'élaboration des plans, politiques et programmes nationaux liés à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction se traduisent par leur exclusion de ces services essentiels.
- Les politiques ou les lois qui nécessitent d'informer des tiers ou d'obtenir leur autorisation, par exemple celles qui obligent à prévenir les parents ou à obtenir leur consentement pour que les jeunes personnes puissent participer à des programmes d'éducation complète à la sexualité ou obtenir des contraceptifs, peuvent les empêcher d'accéder aux informations et aux services essentiels liés à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction⁶²¹. Pour les jeunes en situation de handicap, ces obstacles sont encore plus importants.
- Les jeunes en situation de handicap sont plus susceptibles d'être victimes de pratiques néfastes, ce qui peut avoir des conséquences graves sur leur santé et leurs droits en matière de sexualité et de reproduction⁶²².
- Les prestataires de services ne reçoivent pas de formation appropriée et ne se sentent pas à l'aise pour fournir à des jeunes en situation de handicap des services liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs.
- La sexualité des adolescents et des jeunes personnes, en particulier des personnes en situation de handicap, est souvent considérée comme un sujet tabou. Cela favorise un contexte dans lequel la sexualité est perçue comme quelque chose de négatif, qui doit être réprimé.
- Les parents, tuteurs ou autres personnes en charge sont parfois surprotecteurs et peuvent refuser que les jeunes en situation de handicap en apprennent plus sur leur santé sexuelle et reproductive, de peur que cela n'augmente leur activité sexuelle. Ce type de comportement peut empêcher les adolescents et les jeunes en situation de handicap d'accéder aux services indispensables liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, et peut également les inciter à dissimuler des problèmes de santé⁶²³. En outre, les adolescents et les jeunes en situation de handicap n'ont généralement pas les moyens d'accéder ou de recourir à des services de santé sans l'aide de leur famille ou de leurs aidants.
- Les adolescents et les jeunes personnes en situation de handicap craignent d'accéder aux services parce qu'ils ont peur de se faire réprimander par les prestataires ou le personnel d'appui, de passer des examens douloureux ou que le secret médical ne soit pas respecté⁶²⁴.
- Le manque de discrétion ou de confidentialité lors de l'accès aux services liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, par exemple l'incapacité de bénéficier de ces services sans être vu d'autrui, peut dissuader les adolescents et les jeunes personnes en situation de handicap d'y recourir⁶²⁵.
- Les adolescents et les jeunes personnes, en situation de handicap ou non, n'ont souvent pas la possibilité de s'informer en toute confidentialité avec les prestataires de services liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. Le manque de confiance et de communication peut favoriser la propagation d'informations erronées sur la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction, ce qui peut avoir des répercussions sur la santé de ces jeunes.
- Les personnes en situation de handicap ayant vécu dans leur jeunesse de mauvaises expériences avec des prestataires de santé sont susceptibles d'éviter des soins médicaux importants plus tard dans leur vie⁶²⁶.

Lignes directrices :

► Disponibilité

1. Évaluer les besoins des jeunes en situation de handicap de votre communauté et élaborer des programmes adaptés pour améliorer leur santé et répondre à leurs besoins en la matière. Le document ***Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA !)* : orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays⁶²⁷**, publié par l'OMS et destiné aux décideurs et aux personnes chargées de l'élaboration des programmes, formule des

recommandations majeures qui permettront de renforcer la compréhension des besoins des adolescents dans le pays, d'analyser l'étendue de ce qui est fait actuellement, d'engager un processus consultatif afin de définir des priorités, et de planifier, de mettre en œuvre, de suivre et d'évaluer les programmes de santé nationaux. Ce document propose l'approche systématique suivante, qui peut fournir des orientations à la fois générales et précises aux prestataires de services pour les aider à élaborer des programmes efficaces à destination des jeunes personnes en situation de handicap ou à évaluer les programmes actuels, afin de déterminer s'ils répondent aux besoins de ces adolescents et jeunes :

- « Section 1 : Comprendre en quoi l'adolescence présente des caractéristiques particulières et pourquoi l'investissement dans la santé des adolescents est socialement bénéfique à long terme.
 - Section 2 : Comprendre les profils mondiaux et régionaux de santé des adolescents.
 - Section 3 : Comprendre ce qui donne des résultats – l'ensemble des interventions AA-HA ! fondées sur des bases factuelles.
 - Section 4 : Comprendre le profil de santé des adolescents propre au pays concerné. Entreprendre une analyse globale. Engager un processus consultatif pour définir les priorités sur la base de critères explicites.
 - Section 5 : Planifier et mettre en œuvre les programmes nationaux.
 - Section 6 : Renforcer la responsabilisation en matière de santé des adolescents : suivi et évaluation des programmes en faveur de la santé des adolescents ; priorités de la recherche sur la santé des adolescents. »
 - Chacune de ces sections est étayée par les éléments suivants : « Rôle moteur et participation des adolescents et des jeunes » et « Répondre aux besoins sanitaires des adolescents en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité »⁶²⁸.
2. Veiller à ce que des services adaptés aux adolescents et aux jeunes et fondés sur des bases

factuelles soient disponibles. Former les éducateurs à la mise en œuvre des recommandations liées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs pour les adolescents et les jeunes en situation de handicap. L'OMS a formulé des lignes directrices concernant la mise en place de services adaptés aux adolescents dans le document **Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents : guide pour la mise en œuvre d'une stratégie fondée sur des normes afin d'améliorer la qualité des services de santé pour les adolescents**⁶²⁹. Les prestataires de services et le personnel d'appui peuvent utiliser ce document pour mieux comprendre les normes relatives à la mise en place et à la fourniture de services adaptés aux jeunes. Bien qu'elles ne ciblent pas explicitement les jeunes en situation de handicap, ces normes s'appliquent à tous de manière équitable ; les prestataires de services et le personnel d'appui doivent s'assurer du respect des normes suivantes afin de garantir la disponibilité des services de santé. Ce document énonce huit critères qui définissent le niveau de qualité requis dans la fourniture des services :

- « Connaissances des adolescents en matière de santé ;
- Soutien de la communauté ;
- Ensemble approprié de services ;
- Compétences des prestataires ;
- Caractéristiques de l'établissement ;
- Égalité et non-discrimination ;
- Données et amélioration de la qualité ;
- Participation des adolescents. »⁶³⁰

Lignes directrices :

► **Accessibilité**

1. Appuyer la création d'organisations dirigées par des jeunes personnes en situation de handicap et de groupes d'entraide, et soutenir et impliquer ceux qui existent. Ces dispositifs constituent des relais essentiels pour diffuser des informations sur la santé et les droits sexuels et reproductifs, ainsi que pour favoriser l'accès des jeunes en situation de handicap aux services associés. Ces organisations doivent être

intégrées afin d'encourager la création de réseaux de pairs et de favoriser la compréhension entre les jeunes, en situation de handicap ou non.

► **EXEMPLE :**

*L'Association de planification familiale israélienne (Israel Family Planning Association – IFPA), a mis au point un programme d'éducation par les pairs à destination des jeunes présentant des déficiences physiques ou sensorielles.⁶³¹ À l'issue d'un programme de formation et d'éducation complète à la sexualité, de jeunes en situation de handicap se sont associés à des pairs éducateurs non en situation de handicap afin d'animer plus de cinquante ateliers et conférences à destination d'autres jeunes, des parents et des professionnels. Ils ont également fourni des conseils et donné des interviews dans les médias⁶³². Plus d'informations concernant ce programme et d'autres bonnes pratiques favorisant l'inclusion des adultes et des jeunes en situation de handicap dans les programmes liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs sont disponibles dans le document **Everybody Matters**⁶³³ (Tout le monde compte) publié par la Coalition néerlandaise pour le handicap et le développement (Dutch Coalition on Disability and Development – DCDD) et Share-Net International.*

2. Mettre en place des lignes d'assistance téléphonique accessibles adaptées aux jeunes afin de leur fournir des informations et de les orienter efficacement pour tout ce qui a trait à la santé et aux droits sexuels et reproductifs.
3. Proposer des services à domicile ou dans un autre lieu sûr et accessible de la communauté, pour éviter aux jeunes en situation de handicap de dépendre de leur famille ou de leurs aidants pour se rendre dans un établissement ou une clinique afin de bénéficier des services.
4. Créer des programmes et des supports qui aident les jeunes femmes présentant des déficiences intellectuelles ou des troubles de l'apprentissage à comprendre les menstruations et à savoir quoi faire

quand elles ont leurs règles. Les programmes doivent utiliser un langage simple et/ou des documents faciles à lire, et laisser aux jeunes femmes le temps de comprendre les principes d'hygiène menstruelle. Dans le cas où des guides illustrés sont disponibles, ceux-ci peuvent s'avérer particulièrement utiles.

► **EXEMPLE :**

*Down's Syndrome Scotland (association écossaise de trisomie 21) a réalisé un livret gratuit intitulé **Let's Talk about Periods** (Les règles, parlons-en) afin d'aider les filles en situation de handicap à en apprendre plus sur les menstruations. Ce livret utilise un vocabulaire simple et s'appuie sur des images et des schémas⁶³⁴.*

► **EXEMPLE :**

*Hesperian Health Guides a publié un guide intitulé **A Health Handbook for Women with Disabilities** (Guide de santé à l'intention des femmes en situation de handicap). Pour aider une jeune femme présentant des difficultés de compréhension ou d'apprentissage à mieux comprendre son cycle menstruel, les auteurs suggèrent qu'un membre de la famille ou un ami de confiance s'appuie sur les étapes suivantes :*

- Utiliser le même type de protections ou de serviettes hygiéniques que celles généralement utilisées.
- Montrer à la jeune femme où sont rangées les réserves de protections hygiéniques.
- Montrer à la jeune femme où déposer les serviettes ou les protections utilisées afin de les jeter ou de les laver.
- Montrer à la jeune femme comment mettre en place une serviette ou une protection hygiénique dans ses sous-vêtements, pour qu'elle puisse s'entraîner à les utiliser et à les porter.
- Lui suggérer de porter des vêtements sombres, si elle le souhaite et si elle en possède, pour éviter que d'éventuelles taches ne soient visibles. Lui expliquer toutefois qu'il est normal que ses vêtements soient tachés de sang quand elle a ses règles⁶³⁵.

Lignes directrices :

► **Acceptabilité**

1. Investir dans l'élaboration de programmes ciblés et dans l'organisation de services de proximité à destination des jeunes adolescents en situation de handicap, garçons et filles (10 à 14 ans). Le début de l'adolescence est la période au cours de laquelle les adolescents ont le moins accès aux informations et aux services liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs.
2. Élaborer des programmes visant à aider les adolescents et les jeunes en situation de handicap à en apprendre plus sur les menstruations ; ces programmes doivent présenter les informations de manière claire et directe, et permettre aux adolescents de mettre en pratique ce qu'ils ont appris⁶³⁶. En parallèle, il convient d'intégrer les jeunes femmes en situation de handicap aux programmes généraux de gestion de l'hygiène menstruelle, ainsi qu'au processus de distribution des ressources.

► **EXEMPLE :**

Dans la région de Tanga, en Tanzanie, l'ONG Femme International (FI) et le Youth with Disabilities Community Program ont élaboré un projet visant à déployer le **programme d'autonomisation en faveur de la santé des femmes** (Feminine Health Empowerment Program) de FI auprès des filles en situation de handicap de la communauté. Les filles en situation de handicap de la région de Tanga, en particulier celles qui présentent des déficiences intellectuelles, ont du mal à comprendre le fonctionnement des menstruations, notamment à cause de la tradition locale qui veut que ce savoir soit transmis par une femme plus âgée. Le programme vise à expliquer aux filles et aux garçons en situation de handicap et valides comment fonctionne leur corps, ce qu'est le cycle menstruel, et comment faire des choix sûrs et sains autour de leur santé et de leurs droits en matière de sexualité et de ⁶³⁷.

3. Élaborer des programmes de mobilisation des jeunes en situation de handicap afin de promouvoir

leur participation et la prise en compte de leurs points de vue dans la conception des programmes.

► **EXEMPLE :**

L'UNICEF a mis au point un outil intitulé **Adolescent Kit for Expression and Innovation** (Kit pour l'expression et l'innovation à destination des adolescents). À travers ce kit et les recommandations qui l'accompagnent, l'UNICEF entend aider les prestataires de services et le personnel d'appui à impliquer les jeunes dans les situations d'urgence. Ce kit inclut des conseils, des outils et du matériel visant à « aider les programmes de pays à atteindre et à mobiliser les adolescents âgés de 10 à 18 ans touchés par des conflits et d'autres crises grâce à des initiatives éducatives ou liées à la protection de l'enfance, au développement de la jeunesse et/ou à la consolidation de la paix⁶³⁸. » Pour en savoir plus et commander ce kit, rendez-vous sur le site <http://adolescentkit.org/>.

4. Collaborer avec les adolescents et les jeunes personnes en situation de handicap afin d'élaborer des outils innovants permettant de partager des informations liées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, et de déterminer comment intégrer ces outils dans leur vie quotidienne. L'UNICEF a identifié plusieurs critères favorisant une participation de haute qualité des adolescents et des jeunes en situation de handicap dans l'élaboration de services de santé adaptés aux jeunes :

- « La participation des jeunes en situation de handicap est ancrée dans la culture et les pratiques de l'organisation.
- Les jeunes en situation de handicap disposent d'un large éventail d'opportunités pour participer au sein de l'organisation.
- Les opportunités de participation sont inclusives.
- Les activités participatives sont accessibles.
- Les jeunes en situation de handicap définissent le programme.

- La participation est une expérience positive et significative pour les jeunes en situation de handicap.
 - Le personnel a une attitude, des connaissances et des compétences appropriées.
 - La participation est surveillée et évaluée.
 - La participation des jeunes en situation de handicap occasionne des changements.
 - L'organisation montre qu'elle valorise la participation des jeunes en situation de handicap⁶³⁹. »
5. Témoigner du respect envers les jeunes en situation de handicap qui souhaitent bénéficier de services et protéger leur confidentialité. Les adolescents et les jeunes personnes du monde entier ont souligné l'importance de ces aspects dans la prestation de services adaptés aux jeunes⁶⁴⁰. Promouvoir, si nécessaire, des lois, des politiques et des directives d'éthique qui protègent la confidentialité des adolescents et des jeunes personnes qui bénéficient de services liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs.
 6. Accompagner et former les jeunes en situation de handicap pour qu'ils deviennent des pairs éducateurs dans le domaine de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction.
 7. Concevoir des campagnes et des programmes qui renforcent la compréhension et la visibilité de la sexualité chez les jeunes, y compris chez les jeunes en situation de handicap. Ces campagnes et programmes doivent lutter contre la discrimination et s'attaquer aux idées reçues sur la sexualité des personnes en situation de handicap, notamment le mythe selon lequel celles-ci sont dans l'incapacité d'avoir des relations épanouissantes ou une vie sexuelle active. Il convient de sensibiliser les adolescents et les jeunes personnes en situation de handicap, ainsi que leur famille, les aidants et le personnel de santé, aux droits des jeunes en situation de handicap et à l'importance d'accéder aux services liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs⁶⁴¹.
 8. Utiliser la technologie pour communiquer des informations aux jeunes, en situation de handicap ou non. Intégrer les jeunes en situation de handicap aux campagnes sur les réseaux sociaux. Utiliser les SMS et d'autres outils de messagerie pour encourager le partage d'informations et d'expériences au sein de groupes de pairs ; cette approche s'est révélée particulièrement efficace pour les jeunes personnes sourdes. Inclure des mécanismes qui permettent d'obtenir plus d'informations grâce à des liens et à des codes, afin d'encourager un apprentissage plus poussé⁶⁴².

Lignes directrices :

► **Qualité**

1. Adapter les orientations du document **Compétences de base en santé et développement de l'adolescent pour les prestataires de soins primaires**⁶⁴³, publié par l'OMS, en collaboration avec des jeunes en situation de handicap, afin de former les prestataires de services de santé à la prise en charge des adolescents en situation de handicap.
2. Recueillir des données et les ventiler par âge, sexe et type de handicap afin d'évaluer les services de santé destinés aux jeunes en situation de handicap. Le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible a publié un rapport sur les droits des adolescents, qui expose en détail les besoins de ces derniers dans les domaines de la santé mentale, et de la santé et des droits sexuels et reproductifs. Le Rapporteur spécial révèle que l'absence de données ventilées par âge, sexe et type de handicap est l'un des plus grands obstacles à la promotion des droits des adolescents⁶⁴⁴. Ce rapport souligne également la nécessité de mettre en place des services adaptés au handicap et à l'âge des personnes⁶⁴⁵. Les recommandations formulées dans ce rapport fournissent des orientations supplémentaires pour concrétiser le droit des jeunes en situation de handicap à la santé⁶⁴⁶.

SITUATIONS DE CRISE HUMANITAIRE

Accès des jeunes aux informations et aux services liés à la santé

Tous les services proposés et fournis aux jeunes en situation de handicap lors de situations de crise humanitaire doivent respecter ces normes minimales. L'UNFPA et Save the Children USA ont défini un ensemble complet de normes et de services minimaux liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs pour les adolescents en situation d'urgence, en complément du **Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire**⁶⁴⁷. Ces lignes directrices n'étant pas adaptées aux personnes en situation de handicap, les prestataires de services doivent collaborer avec les jeunes en situation de handicap pour définir les adaptations et les aménagements nécessaires à leur mise en œuvre auprès de ce public.

Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire : document accompagnant le Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire⁶⁴⁸ – Dispositif minimum d'urgence :

- « Services cliniques adaptés aux adolescents ;
- Prise en charge clinique des victimes de violence sexuelle ;
- Traitement et orientation des patients vers les soins obstétricaux d'urgence ;
- Précautions standard ;
- Distribution de préservatifs⁶⁴⁹. »

Utiliser les techniques suivantes pour améliorer la prestation de services auprès des jeunes en situation de handicap en situation de crise humanitaire :

- Créer ou identifier des lieux sûrs pour les adolescents⁶⁵⁰.
- Assurer la disponibilité des services cliniques 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.
- Prévoir des espaces d'orientation distincts pour respecter la vie privée des patients.
- Faire en sorte que les prestataires de services et le personnel d'appui soient de même sexe que le patient.
- Limiter les examens au speculum vaginal chez les jeunes filles prépubères.
- Former les prestataires de services et le personnel d'appui de sorte qu'ils ne portent pas de jugement, afin de respecter la vie privée et la dignité des jeunes victimes/survivants.
- Mettre en place des services confidentiels qui ne nécessitent pas l'accord des parents.
- Former les prestataires de service et le personnel d'appui afin qu'ils sachent identifier les cas d'agression sexuelle chez des patients de sexe masculin⁶⁵¹.

4.8.3 Indicateurs

Les indicateurs suivants peuvent être utilisés pour le suivi et l'évaluation des progrès réalisés dans la prestation de services liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, fondés sur les droits et destinés aux jeunes en situation de handicap.

Cette liste n'est pas exhaustive et vise à mettre en évidence la spécificité, les thèmes et la forme des indicateurs à utiliser dans le cadre de la prestation de services adaptés aux jeunes dans les domaines de la santé et des droits sexuels et reproductifs. Les prestataires de services doivent adapter ces indicateurs selon le contexte et le niveau de leurs programmes, en détaillant notamment l'échelon auquel les données sont collectées et les intervenants chargés de cette tâche.

- Pourcentage d'adolescents et de jeunes en situation de handicap âgés de 15 à 19 ans possédant des connaissances approfondies sur le VIH/sida.⁶⁵²
- Nombre et répartition des établissements de santé proposant des services de base adaptés aux adolescents, pour 10 000 adolescents⁶⁵³.
- Pourcentage d'adolescentes en situation de handicap âgées de 9 à 13 ans ayant été vaccinées contre le virus du papillome humain⁶⁵⁴.
- Pourcentage de contraceptifs et de préservatifs distribués par âge.
- Perception du service et niveau de satisfaction des jeunes en situation de handicap
- Pourcentage de prestataires de services formés à fournir aux adolescents en situation de handicap des services de santé adaptés aux jeunes.



Glossaire et ressources

5.1 Glossaire

Adolescents : désigne les garçons et les filles âgés de 10 à 19 ans. Cette période de la vie s'accompagne de changements physiques, cognitifs, comportementaux et psychosociaux ; elle se caractérise également par un affermissement de l'identité, une plus grande confiance en soi et une indépendance accrue⁶⁵⁵.

Aménagement raisonnable : terme défini dans la CDPH comme « les modifications et ajustements nécessaires et appropriés n'imposant pas de charge disproportionnée ou induite apportés, en fonction des besoins dans une situation donnée, pour assurer aux personnes handicapées la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'Homme et de toutes les libertés fondamentales⁶⁵⁶. »

Approche à deux volets : telle que définie par le Comité des droits des personnes handicapées, approche consistant, d'une part, à tenir « systématiquement compte des intérêts et des droits des femmes et des filles handicapées dans toutes les stratégies et politiques et tous les plans d'action nationaux relatifs aux femmes, à l'enfance et au handicap, ainsi que dans les plans sectoriels concernant, par exemple, l'égalité de genre, la santé, la violence, l'éducation, la participation à la vie politique, l'emploi, l'accès à la justice et la protection sociale » et, d'autre part, à lancer « une action ciblée et encadrée portant spécifiquement sur les femmes handicapées⁶⁵⁷. »

Capacité juridique : se rapporte au droit des personnes en situation de handicap à la

reconnaissance en tous lieux de leur personnalité juridique. En vertu du droit international des droits humains, les personnes en situation de handicap ont droit à la capacité juridique (qui est différente et indépendante de la capacité mentale) au même titre que les autres personnes. Des mécanismes de prise de décisions assistée peuvent être nécessaires afin de donner aux personnes en situation de handicap les moyens d'exercer leur droit à la capacité juridique⁶⁵⁸.

Capacité : désigne généralement « l'aptitude du patient à comprendre les bénéfices et les risques majeurs des soins de santé proposés ainsi que les alternatives existantes, à prendre une décision concernant sa santé et à l'exprimer. Cette aptitude est propre à une question et à une décision en particulier et doit être documentée pour chaque décision prise. La capacité à donner son consentement doit être évaluée et documentée pour chaque traitement ou programme de traitement. Un individu est présumé capable de prendre une décision concernant sa santé, de donner des instructions ou de changer d'avis, et de désigner ou d'écarter une solution alternative⁶⁵⁹. » Toutefois, les prestataires de services et le personnel d'appui doivent vérifier les normes professionnelles et les systèmes juridiques nationaux et locaux pour connaître la définition applicable dans leur cas.

Consentement éclairé : se rapporte au processus de communication entre le prestataire de services et le bénéficiaire des services, par lequel ce dernier consent de son plein gré, sans menace, intimidation ou incitation, à recevoir un service, à être orienté ou à ce que ses informations personnelles soient diffusées. Le bénéficiaire des services doit recevoir des informations sur les services disponibles et les autres possibilités existantes, d'une manière et en des termes compréhensibles par le bénéficiaire des services.

Droits en matière de reproduction : désigne les droits fondamentaux de la personne reconnus dans des législations nationales, la législation

internationale et des documents internationaux relatifs aux droits humains. Ils garantissent le droit de tous les individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants ainsi que de la survenue et de l'espacement des naissances, et de disposer des informations et des moyens nécessaires pour ce faire, ainsi que le droit de tous d'accéder à une bonne santé en matière de sexualité et de reproduction. Les femmes et les jeunes personnes en situation de handicap doivent être libres de prendre ces décisions sans discrimination, contrainte ni violence, au même titre que tous les détenteurs de droits⁶⁶⁰.

Éducation complète à la sexualité (ECS) : désigne une approche fondée sur les droits, qui aide les personnes à acquérir des informations précises et adaptées à leur âge sur tous les aspects de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction ; à découvrir la sexualité de manière saine ; à gagner en autonomie ; et à adopter une vision positive de la sexualité et de la santé et des droits sexuels et reproductifs. L'ECS favorise par ailleurs l'acquisition de compétences positives pour la vie courante et le développement de relations saines⁶⁶¹.

Éléments de preuve médico-légaux : désigne des preuves médicales utilisées lors de procédures judiciaires, en particulier dans les cas de violence sexuelle. L'OMS définit les éléments de preuve médico-légaux comme : « les blessures ano-génitales et autres [...] et l'état émotionnel documentés [...], ainsi que les "échantillons et les spécimens prélevés [sur le corps ou les vêtements de la victime] uniquement à des fins juridiques". Ce type de preuve comprend la salive, le liquide séminal [...], les cheveux, les poils pubiens [...], le sang, l'urine [...], les fibres, les débris et la terre [...]»⁶⁶².

Handicap psychosocial : se rapporte aux personnes qui présentent ce que l'on appelle également une « incapacité mentale ». Le terme « handicap psychosocial » est défini par le World Network of Users and Survivors of Psychiatry comme « l'interaction

entre les composantes psychologique et sociale/culturelle de notre handicap. La composante psychologique fait référence à des façons de penser et de traiter nos expériences et notre perception du monde qui nous entoure. La composante sociale et culturelle fait référence aux limites sociales et culturelles du comportement qui interagissent avec ces différences psychologiques ou la folie, ainsi qu'à la stigmatisation que la société associe à l'étiquette de personnes handicapées⁶⁶³. » Bien que le terme « incapacité mentale » soit employé dans la CDPH pour désigner les personnes présentant des troubles psychiatriques, ces dernières préfèrent le terme « handicap psychosocial »⁶⁶⁴. Ce terme n'a aucun lien avec le mouvement de réadaptation psychosociale.

Jeunes personnes : désigne les jeunes femmes et les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans⁶⁶⁵.

Jeunes : se rapporte aux filles, aux garçons, aux jeunes femmes et aux jeunes hommes âgés de 10 à 24 ans, et inclut donc les définitions généralement acceptées des termes « adolescent » (10 à 19 ans) et « jeune personne » (15 à 24 ans)⁶⁶⁶.

Mariage d'enfants : aussi appelé mariage précoce ou mariage forcé, désigne une situation où au moins l'un des deux époux a moins de 18 ans et n'est par conséquent pas prêt pour le mariage, ni physiquement, ni physiologiquement, ni psychologiquement. Par ailleurs, l'enfant n'est pas en mesure de donner son consentement à une telle union⁶⁶⁷.

Mariage forcé : désigne un mariage où au moins l'un des deux époux n'a pas consenti à être officiellement uni(e) par les liens du mariage. Le mariage d'enfants, ou mariage précoce, est une forme de mariage forcé. Les femmes et les jeunes en situation de handicap de plus de 18 ans peuvent également subir un mariage forcé.

Mutilations génitales féminines : également connues sous le nom d'excision, « recouvrent

toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales⁶⁶⁸. » Les mutilations génitales féminines sont largement reconnues comme une violation des droits fondamentaux de la personne⁶⁶⁹.

Personne handicapée : terme employé par la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), qui met en avant la personne, pour désigner des individus présentant un certain type d'incapacité physique, intellectuelle, mentale, cognitive ou sensorielle, dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres⁶⁷⁰.

Pratiques néfastes : désigne les pratiques, comportements et attitudes, généralement fondés sur la culture, la religion ou la superstition, qui ont un effet négatif sur les droits de la personne et les libertés fondamentales des femmes et des jeunes en situation de handicap⁶⁷¹. Les pratiques néfastes incluent notamment le mariage d'enfants et le mariage forcé, les mutilations génitales féminines ainsi que les crimes d'honneur.

Prestataires de services de santé : désigne tout individu assurant des services de santé de manière systémique. Il s'agit notamment de médecins, de sages-femmes, du personnel infirmier, d'agents de santé communautaires et d'autres personnes formées à la prestation de services de santé⁶⁷².

Régimes de prise de décisions assistée : se réfère aux régimes qui ont remplacé les modèles de prise de décisions substitutive, comme la tutelle et la curatelle. Un régime de prise de décisions assistée « comprend diverses possibilités d'accompagnement qui donnent la priorité à la volonté et aux préférences de la personne et qui respectent les normes relatives aux droits humains. Il doit assurer la protection de tous les droits, y compris ceux liés

à l'autonomie (droit à la capacité juridique, droit à la reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité, droit de choisir son lieu de vie, etc.) et ceux liés au droit de ne pas être victime de violences et de mauvais traitements (droit à la vie, droit à l'intégrité physique, etc.)⁶⁷³. » Les modèles de prise de décisions substitutive perpétuent un déséquilibre des pouvoirs, ce qui peut rendre les femmes et les jeunes personnes en situation de handicap particulièrement vulnérables à la violence fondée sur le genre et à d'autres formes de violences et de mauvais traitements⁶⁷⁴.

Santé en matière de reproduction : se rapporte au bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. La santé en matière de reproduction comprend la capacité à procréer et mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, et d'avoir la liberté et la capacité juridique de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent que la personne le désire. Pour les femmes et les jeunes personnes en situation de handicap, cela se rapporte au droit de ne subir aucune stérilisation ni aucun avortement forcé, et de ne prendre aucune contraception sous la contrainte ; de disposer d'informations accessibles sur la santé reproductive et d'accéder à des méthodes de planification familiale sûres, efficaces, abordables et acceptables ; et de bénéficier de services de santé maternelle et néonatale accessibles et de qualité.

Santé en matière de sexualité : se définit comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé en matière de sexualité requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute contrainte,

discrimination ou violence. Pour garantir une bonne santé en matière de sexualité, les droits en matière de sexualité de tous les individus doivent être respectés, protégés et concrétisés⁶⁷⁵. »

Services axés sur les survivants : services qui donnent « la priorité à leurs droits, à leurs besoins, à leur dignité et à leurs choix, y compris celui de faire appel ou non aux services juridiques et judiciaires⁶⁷⁶. »

Situations de crise humanitaire : se réfère aux situations de conflits armés, de catastrophes naturelles et aux autres situations de risque entraînant la nécessité de services humanitaires et impliquant souvent des populations déplacées ou réfugiées⁶⁷⁷. En cas de situation d'urgence, les États sont tenus de remplir leurs obligations légales internationales ; ils doivent notamment prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir la protection et la sécurité des personnes en situation de handicap⁶⁷⁸.

Système de santé : terme défini par l'OMS comme « l'ensemble des activités qui ont pour mission principale de promouvoir, restaurer et/ou préserver la santé », ainsi que « les personnes, les institutions et les ressources organisées conformément aux politiques établies afin d'améliorer la santé des populations qui bénéficient de leurs services »⁶⁷⁹.

Système judiciaire : se réfère aux systèmes de justice tant officiels qu'informels. Dans les systèmes judiciaires officiels, la justice est administrée par des agents de l'État chargés de faire respecter et d'appliquer les lois. Parmi les mécanismes employés figurent notamment la détection et la répression, les systèmes de justice pénale, les tribunaux et les juges⁶⁸⁰. Les systèmes de justice informels se rapportent à un éventail de mécanismes présentant divers degrés de formalité permettant d'accéder à la justice et à l'état de droit, qui existent toutefois en dehors de la structure judiciaire traditionnelle de l'État. Les systèmes de justice informels peuvent être ou ne pas être associés à l'État ou acceptés

par ce dernier. Les mécanismes employés incluent notamment « la résolution de conflits et la régulation de comportements grâce au jugement ou à l'aide d'un tiers neutre qui [...] n'appartient pas au système judiciaire établi par la loi et/ou dont les fondations concrètes, procédurales ou structurelles ne reposent principalement pas sur la législation⁶⁸¹. »

Victime/survivant : désigne une personne qui a subi ou qui est en train de subir des actes de violence fondée sur le genre. L'utilisation des mots « victime » et « survivant » a soulevé des débats.

L'Étude approfondie sur toutes les formes de violence à l'égard des femmes menée par le Secrétaire général des Nations Unies explique que certains estiment « qu'il conviendrait d'éviter le terme "victime" qui suggère une passivité, une faiblesse et une vulnérabilité intrinsèques sans traduire la capacité de résistance et les moyens d'action des femmes dans la réalité. Pour d'autres, le terme de "survivant" pose problème dans la mesure où il nie la position de victime des femmes qui ont été les cibles de crimes violents⁶⁸². »

Viol des vierges : aussi connu sous l'expression « guérison par une vierge », se rapporte à « la croyance selon laquelle un individu ayant contracté une infection sexuellement transmissible peut guérir de la maladie en ayant un rapport sexuel avec une personne vierge et en lui transmettant l'organisme infectieux⁶⁸³. » Une variante plus récente de cette pratique a également été documentée, des personnes en situation de handicap ayant été la cible d'individus croyant être infectés par le VIH⁶⁸⁴. On estime que les personnes en situation de handicap sont ciblées parce que leurs agresseurs pensent à tort qu'elles sont certainement vierges et parce qu'elles constituent des proies faciles.

Violence à l'égard des femmes : désigne « tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes,

la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée⁶⁸⁵. » Cette définition inclut les nombreuses formes de violence dont peuvent être victimes les femmes en situation de handicap, notamment la violence au sein du couple, les violences commises par les aidants, les violences médicales (par exemple, la stérilisation forcée et autres pratiques, la médication forcée ou la surmédication), la violence sexuelle, la violence psychologique, la violence économique, la violence en milieu institutionnel et la violence dans les situations d'urgence.

Violence au sein du couple : englobe les multiples actes de violence sexuelle, psychologique et physique qui peuvent être commis contre des femmes et des jeunes personnes en situation de handicap, sans leur consentement, par un partenaire intime ou un ancien partenaire intime. Pour les personnes en situation de handicap, la violence au sein du couple est fréquemment le fait de partenaires qui jouent aussi le rôle d'aidants, ce qui empêche souvent l'identification de cette forme de violence.

Violence économique : situation qui consiste à nier à une personne le droit d'accéder aux ressources financières de base et d'en avoir la libre disposition⁶⁸⁶. Les personnes en situation de handicap peuvent être victimes de cette forme de violence, car beaucoup d'entre elles ne se voient pas confier la gestion de leurs finances.

Violence fondée sur le genre : se réfère à tout acte de violence « perpétré contre le gré d'une personne, et qui est basé sur des différences socialement prescrites entre hommes et femmes. Le terme sert principalement à souligner le fait que le déséquilibre structurel des rapports de force entre hommes et femmes à travers le monde, fondé sur le genre, expose les femmes au risque de multiples formes de violence. Comme défini dans la *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes* (1993), cela englobe les actes qui causent un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou

psychologiques, ainsi que la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. Le terme est également utilisé par certains pour décrire certaines formes de violence sexuelle à l'égard des garçons et des hommes ou de violence ciblant les populations LGBTI⁶⁸⁷. »

Violence hors du couple : se rapporte aux violences commises par un aidant (qui n'est pas un partenaire intime), un membre de la famille, un ami, une connaissance, un voisin, un collègue ou un étranger. Souvent, ce type de violence est le fait d'une personne connue des victimes/survivant(e)s. Pour les personnes en situation de handicap, les agresseurs peuvent être les individus qui s'occupent d'elles à leur domicile ou en institution.

Violence psychologique : se réfère à un comportement visant à dominer, à isoler, à humilier ou à mettre mal à l'aise une personne, et qui entraîne chez la personne victime un préjudice psychologique⁶⁸⁸.

Violence sexuelle : désigne toute agression sexuelle forçant une personne à se livrer à un acte sexuel, ainsi que tout acte sexuel ou tentative d'acte sexuel avec une personne incapable de donner son consentement. La violence sexuelle peut prendre de nombreuses formes et inclut notamment tout acte sexuel non consenti ou non désiré, le harcèlement sexuel et les actes de violence. Une personne peut être incapable de donner son consentement à cause de son handicap (en revanche, le fait d'être handicapé ne signifie pas nécessairement que l'individu est incapable de consentir à une relation sexuelle de son plein gré). Une personne peut être incapable de consentir à un acte sexuel pour d'autres raisons, notamment le fait d'être endormie, inconsciente, malade, sous pression ou sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue⁶⁸⁹.

5.2 Ressources

Ann M. Starrs et al., « *Accelerate Progress - Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher-Lancet Commission* », The Lancet, p. 7-57, 9 mai 2018, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext?code=lancet-site](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext?code=lancet-site)

The Adolescent Kit For Expression and Innovation, <http://adolescentkit.org/> Canadian Disability Policy Alliance, Primary Care Accessibility Checklist, 2008, <http://69.89.31.83/~disabio5/wp-content/uploads/2012/09/FHT-access-chk1st-24-Jun-111.pdf>

Carolyn Frohmader et Stephanie Ortoleva, Issues Paper: The Sexual and Reproductive Rights of Women and Girls with Disabilities, 1^{er} juillet 2013, http://womenenabled.org/pdfs/issues_paper_srr_women_and_girls_with_disabilities_final.pdf.

Cathy Hoog, Model Protocol on Screening Practices for Domestic Violence Victims with Disabilities, Washington State Coalition Against Domestic Violence, janvier 2010, https://wscadv.org/wpcontent/uploads/2015/06/protocol_disability_identification.pdf

Caroline van Slobbe, Dutch Coalition on Disability and Development, Share-Net International, Everybody Matters: Good Practices for Inclusion of People with Disabilities in Sexual and Reproductive Health and Rights Programmes (rédaction : Claire Stout, Bianca Tolboom et Lieke Scheewe), 2017, <http://share-netinternational.org/everybody-matters/>

Centre des organismes communautaires, Accessibility Checklist for Organizers and Facilitators, 2015, <http://coco-net.org/wp-content/uploads/2016/01/Access-Checklist-EN.pdf>

« Circle Curriculum », James Stanfield: K-12 Specialists in Special Education, 2017, <https://www.stanfield.com/product/circles-curriculum-bundle-w1037-3/>
 Channtey Heng et. al., Challenging Discrimination Against Women with Disabilities: A Community Toolkit, novembre 2012, <http://banteaysrei.info/wp-content/uploads/2013/03/A-Community-Training-Toolkit-EN.pdf>

DiAnn L. Baxley et Anna L. Zendell, Sexuality Across the Lifespan: Sexuality Education for Children and Adolescents with Developmental Disabilities. An Instructional Manual for Educators of Individuals with Developmental Disabilities, 2011, <http://www.fddc.org/sites/default/files/file/publications/Sexuality%20Guide-Educators-English.pdf>

DisAbleD Women's Network Canada / Réseau d'action des femmes handicapées Canada (DAWN/RAFH), Our Health Matters! Improving Access to Cancer Identification & General Healthcare for People with Disabilities & Deaf People Toolkit, 2012, <http://www.dawncanada.net/main/wp-content/uploads/2014/10/Our-Health-Matters.pdf>

Doris Rajan, DAWN/RAFH Canada, Femme en situation de handicap et cancer du sein : une analyse de contexte. Problèmes identifiés, stratégies et prochaines étapes recommandées, 2012.

Guttmacher Institute, Fiche d'information : l'avortement provoqué dans le monde, mars 2018, <https://www.guttmacher.org/fr/fact-sheet/avortement-provoque-dans-le-monde>

Handicap International - humanité et inclusion, Gender and Disability Intersectionality in Practice: Women and Girls with Disabilities Addressing Discrimination and Violence in Africa, 2018, https://admin.makingitwork-crpd.org/sites/default/files/2018-06/MIW_GenderAndDisability_Report-June2018.pdf

Human Rights Watch, What to do if someone hurts you or does bad things to you: Information about Gender-Based Violence for People with Disabilities, mars 2015, https://www.hrw.org/sites/default/files/accessible_document/gender_based_violence_etr_final.pdf

Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), Les aspects éthiques de la gynécologie et de l'obstétrique par le Comité de la FIGO pour l'étude des problèmes éthiques en reproduction humaine, octobre 2012, <https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/French%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf>

Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), Société internationale des chirurgiens de la fistule obstétricale (ISOFs), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), EngenderHealth et Collège royal des obstétriciens et des gynécologues (RCOG), Manuel de formation à la chirurgie réparatrice de la fistule, juin 2011, https://www.figo.org/sites/default/files/Aug%202011%20French_version_FIGO_Global_Compency-Based_Fistula_Surgery_Training_Manual_0.pdf

Comité permanent interorganisations (IASC), Le Guide des genres pour les actions humanitaires, 2^e édition, 2017, https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_le_guide_des_genres_pour_les_actions_humanitaires.pdf

Comité permanent interorganisations (IASC), Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence fondée sur le genre dans l'action humanitaire, août 2015, https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VBG_version-francaise.pdf

Comité permanent interorganisations (IASC), Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, 2007, https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/IASC%20Guidelines%20MHPSS%20French.pdf

Groupe de référence du CPI sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence : ce que les acteurs de santé humanitaires doivent savoir, 2010, http://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know_french.pdf

Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise, **DMU (MISP) en Français**, 2011, <http://iawg.net/minimum-initial-service-package/dmu-misp-en-francais/>

Illinois Coalition Against Sexual Assault (ICASA), Illinois Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Picture Guides, <http://www.icasa.org/index.aspx?PageID=1045>

Illinois Imagines Project, Our Rights, Right Now: Women with Disabilities and Sexual Violence Education Guide, mai 2010, <http://www.icasa.org/docs/illinois%20imagines/mini%20module%204%20education%20guide.pdf>

IPAS, *Access for Everybody: Disability Inclusion in Abortion and Contraceptive Care – GUIDE*, 2018, file:///Users/alr/Downloads/AEDIG-E18_lr.pdf

Jane Maxwell, Julia Watts Belser et Darlena David, Hesperian Health Guides, *A Health Handbook for Women with Disabilities*, 2007, <http://hesperian.org/books-and-resources/#>

Nancy Smith et. al., Vera Institute of Justice, *Measuring Capacity to Serve Survivors with Disabilities: Domestic Violence/ Rape Crisis Dual Agencies*, septembre 2015, <https://www.vera.org/publications/measuring-capacity-to-serve-survivors-with-disabilities>

Pacific Disability Forum et Fiji Disabled Peoples' Federation, *Toolkit on Eliminating Violence Against Women and Girls with Disabilities in Fiji*, 2014, [http://www.pacificdisability.org/getattachment/Resources/PDF-Resources/Toolkit-on-Eliminating-Violence-Against-Women-And-Girls-With-Disabilities-In-Fiji-\(1\).pdf.aspx](http://www.pacificdisability.org/getattachment/Resources/PDF-Resources/Toolkit-on-Eliminating-Violence-Against-Women-And-Girls-With-Disabilities-In-Fiji-(1).pdf.aspx)

Plan International, International Centre for Evidence and Disability, SAME et London School of Hygiene and Tropical Medicine, *Protect Us! Inclusion of children with disabilities in child protection*, 2016, <https://plan-international.org/publications/protect-us>

Programa de Educación Sexual (ANEP- CODICEN), Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo (iiDi), UNFPA, UNICEF, *Es Parte De La Vida: Material de Apoyo Sobre Educación Sexual y Discapacidad para Compartir en Familia*, 2012, http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/972_pdf.pdf

Safe Austin, *In My Jurisdiction: Responding to Crimes Against People with Disabilities, Deaf Individuals, and Older Adults*, 2007, <http://safeaustin.org/wp-content/uploads/2013/12/Law-Enforcement-Curriculum-packaged.pdf>

Shelah S. Bloom et USAID, *Violence Against Women and Girls- A Compendium of Monitoring and Evaluation Indicators. Measure Evaluation*, 2008, <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/gender/violence-against-women-and-girls-compendium-of-indicators>

Stephanie Ortoleva, « Inaccessible Justice: Human Rights, Persons with Disabilities and the Legal System », *ILSA Journal of International and Comparative Law*, vol. 17, p. 281, 2011.

Plusieurs auteurs, *Sexuality and Disability*, <http://blog.sexualityanddisability.org/>

Katherine M. Simpson (dir.), *Table Manners and Beyond: The Gynecological Exam for Women with Developmental Disabilities and Other Functional Limitations*, mai 2001

ONUSIDA, *Agenda for Zero-Discrimination in Health Care*, 2016, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Agenda-zero-discrimination-healthcare_en.pdf

Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (DAES), Division des politiques sociales et du développement social (DSPD), *Toolkit on Disability for Africa: Module 8 - Access to Justice for Persons with Disabilities*, <http://www.un.org/esa/socdev/documents/disability/Toolkit/Access-to-justice.pdf>

Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), *Revised Edition - International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach*, p. 16, 2018, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ITGSE_en.pdf

Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Promundo et MenEngage Alliance, *Strengthening Civil Society Organizations and Government Partnerships to Scale Up Approaches - Engaging Men and Boys for Gender Equality and Sexual and Reproductive Health and Rights: A Tool for Action*, décembre 2016, <http://www.unfpa.org/publications/strengthening-civil-society-organizations-and-government-partnerships-scale-approaches>

Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et Promundo, *Adolescent Boys and Young Men: Engaging Them as Supporters of Gender Equality and Health and Understanding their Vulnerabilities*, mars 2016, <http://www.unfpa.org/publications/adolescent-boys-and-young-men>

Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), ONU-Femmes, Organisation mondiale de la Santé (OMS), Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), *Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence*, 2015, <http://www.unfpa.org/publications/essential-services-package-women-and-girls-subject-violence>

Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), *Normes minimales pour la prévention et la réponse à la violence fondée sur le genre dans les situations d'urgence*, 2015, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/16-092_Minimum_Standards_Report_FRENCH_proof.FINAL_.pdf

Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Danish Institute for Human Rights et Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), *Reproductive Rights are Human Rights: A Handbook for National Human Rights Institutions*, document officiel de l'ONU HR/PUB/14/16, 2014, <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/NHRIHandbook.pdf>

Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), *Orientations opérationnelles de l'UNFPA pour l'éducation complète à la sexualité : une approche axée sur les droits de l'homme et l'égalité des genres*, 2014, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_OperationalGuidance_FR%20-Website_0.pdf

Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), *Addressing Violence against Women and Girls in Sexual and Reproductive Health Services*, 2010, <http://www.unfpa.org/publications/addressing-violence-against-women-and-girls-sexual-and-reproductive-health-services>

Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et Save the Children USA, *Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire : Document accompagnant le Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, septembre 2009, <http://www.unfpa.org/publications/adolescent-sexual-and-reproductive-health-toolkit-humanitarian-settings>

Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities*, 2009, <http://www.unfpa.org/publications/promoting-sexual-and-reproductive-health-persons-disabilities>

Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), *Changer les choses : 10 messages clés de plaidoyer pour la prévention du VIH chez les filles et les jeunes femmes*, 2007, <http://www.unfpa.org/publications/make-it-matter>

Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), *Minimum Initial Service Package (MISP)*, avril 2015, https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/MISP_Objectives.pdf

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), *Travailler avec les personnes handicapées dans les situations de déplacement forcé*, 2011, <http://www.refworld.org/cgi-bin/tehis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4f06a8452>

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), *La violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées : principes directeurs pour la prévention et l'intervention*, mai 2003, <http://www.refworld.org/cgi-bin/tehis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=476b9d762>

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), *Mettre un terme à la violence envers les enfants: six stratégies d'action*, septembre 2014, https://www.unicef.org/french/publications/files/UNICEF_Ending_Violence_French_WEB_110315.pdf

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), *Prenez-nous au sérieux ! L'implication des enfants handicapés aux décisions qui affectent leurs vies*, 2012, https://www.unicef.org/disabilities/files/take-us-seriously_french_rev1.pdf

USAID et Handicap International, *Disability Inclusive Sexual and Reproductive Health Component: Training of Trainers Manual on Disability - Inclusive HIV and Sexual Reproductive Health for Health Workers*, septembre 2011.

Vanderbilt Kennedy Center for Excellence in Developmental Disabilities, *Health Care for Adults with Intellectual and Developmental Disabilities: Toolkit for Primary Care Providers*, 2017, <http://vkc.mc.vanderbilt.edu/etoolkit/>

Vanderbilt Kennedy Center, *The Healthy Bodies Toolkit*, juin 2013, <http://vkc.mc.vanderbilt.edu/healthybodies/index.html>

Wisconsin's Violence Against Women with Disabilities and Deaf Women Project, *A Practical Guide for Creating Trauma-Informed Disability, Domestic Violence and Sexual Assault Organizations*, décembre 2011, <https://www.endabusepwd.org/publications/guide-for-creating-trauma-informed-organizations/>

White Ribbon Alliance, Le respect dans les soins de maternité : les droits universels des femmes lors de la période périnatale, octobre 2011, <https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/RespectfulCareCharterFrench.pdf>

Organisation mondiale de la Santé (OMS), *WHO Recommendations Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*, 2018, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

Organisation mondiale de la Santé (OMS), Ligne directrice unifiée sur la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière sexuelle et reproductive : résumé d'orientation, 2017, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260444/WHO-RHR-17.03-fre.pdf?sequence=1>

Organisation mondiale de la Santé (OMS), *WHO Recommendations on Maternal Health*, 2017, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/maternal-health-recommendations/en/

Organisation mondiale de la Santé (OMS), *WHO Recommendations on Newborn Health*, 2017, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/maternal-health-recommendations/en/

Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Quality of Care in Contraceptive Information and Services, Based on Human Rights Standards: A Checklist for Health Care Providers*, 2017, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254826/9789241512091-eng.pdf?sequence=1>

Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Strengthening Health Systems to Respond to Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence: A Manual for Health Managers*, 2017, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259489/9789241513005-eng.pdf?sequence=1>

Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*, 2016, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259584/9789242549911-fre.pdf?sequence=1>

Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), *Ensuring Human Rights within Contraceptive Service Delivery: Implementation Guide*, mars 2015, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/hr-contraceptive-service-delivery/en/

Organisation mondiale de la Santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice*, 3^e édition, 2015, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/

Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Safe Abortion: Technical & Policy Guidance for Health Systems - Legal and Policy Considerations*, 2015, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/sa_legal_policy_considerations/en/

Organisation mondiale de la Santé (OMS), *WHO Recommendations on Health Promotion Interventions for Maternal and Newborn Health* 2015, 2015, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/health-promotion-interventions/en/

Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion*, 2014, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/en/

Organisation mondiale de la Santé (OMS), *La lutte contre le cancer du col de l'utérus : Guide des pratiques essentielles*, 2^e édition, décembre 2014, <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/fr/>

Organisation mondiale de la Santé (OMS), Conseil pour la prise en charge de la santé maternelle et néonatale : Manuel pour le renforcement des compétences, 2013, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241547628/fr/

Organisation mondiale de la Santé (OMS), Note d'orientation sur la gestion du handicap et des risques liés aux situations d'urgence pour la santé (rédaction : Jonathan Abrahams, Natalie Jessup, Alana Officer, Peta Sandison et Valérie Scherrer), 2013, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/127847/9789242506242_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organisation mondiale de la Santé (OMS), Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines, 2013, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf

Organisation mondiale de la Santé (OMS), Making Health Services Adolescent Friendly: Developing National Quality Standards for Adolescent Friendly Health Services, 2012, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/

Organisation mondiale de la Santé (OMS), Safe Abortion: directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, 2e édition, 2012, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78413/9789242548433_fre.pdf?sequence=1

Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Groupe de la Banque mondiale, Rapport mondial sur le handicap, 2011, http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/

Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Collaborer avec les individus, les familles et les communautés pour améliorer la santé maternelle et néonatale*, 2010, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_rhr_0311/fr/

Organisation mondiale de la Santé (OMS), Fistule obstétrique : principes directeurs pour la prise en charge clinique et le développement de programmes (rédaction : Gwyneth Lewis et Luc de Bernis), 2006, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44099/9789242593679_fre.pdf?sequence=1

The American College of Obstetricians and Gynecologists, *Women with Disabilities*, <https://www.acog.org/About-ACOG/ACOG-Departments/Women-with-Disabilities>

Women with Disabilities Australia (WWDA), More than Just a Ramp: A Guide for Women's Refuges to Develop Disabilities Discrimination Act Action Plans, 2007, http://wwda.org.au/wp-content/uploads/2013/12/More_Than_Just_A_Ramp.pdf.

Commission des femmes pour les réfugiés (WRC), Strengthening the Role of Women with Disabilities in Humanitarian Action: A Facilitator's Guide, février 2017, <https://www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1443-humanitarian-facilitators-guide>

Commission des femmes pour les réfugiés (WRC) et ChildFund, Violence fondée sur le genre à l'encontre des enfants et des jeunes handicapés : une boîte à outils à l'attention des acteurs de la protection de l'enfance, février 2016, <https://www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1289-youth-disabilities-toolkit>

Commission des femmes pour les réfugiés (WRC) et Comité international de secours (IRC), Renforcement des capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes contre les violences fondées sur le genre dans le contexte humanitaire : Outil à destination des professionnels VBG, 2015, <https://www.womensrefugeecommission.org/component/zdocs/document/download/1206>

Commission des femmes pour les réfugiés (WRC) et Comité international de secours (IRC), « Je vois que cela est possible » : Renforcer les capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la violence fondée sur le genre dans les environnements humanitaires, mai 2015, <https://www.womensrefugeecommission.org/component/zdocs/document/945-building-capacity-for-disability-inclusion-gender-based-violence-gbv-programming-in-humanitarian-settings>

Commission des femmes pour les réfugiés (WRC), L'inclusion du handicap : mettre en pratique les politiques dans l'action humanitaire, mars 2014, <https://www.womensrefugeecommission.org/disabilities/disability-inclusion>

Notes de fin

- 1 Convention relative aux droits des personnes handicapées, article premier, Résolution 61/106 de l'Assemblée générale des Nations Unies, Document A/RES/61/106 (13 décembre 2006) [ci-après CDPH]
- 2 UNICEF, Prenez-nous au sérieux ! L'implication des enfants handicapés aux décisions qui affectent leurs vies, p. 6, 2012, https://www.unicef.org/disabilities/files/take-us-seriously_french_rev1.pdf.
- 3 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Handicap et santé : aide-mémoire* (novembre 2016), <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>.
- 4 OMS et Groupe de la Banque mondiale, Rapport mondial sur le handicap, p. 31, 2011, http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/fr/ [ci-après Rapport mondial sur le handicap].
- 5 Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (UNDESA), Fact Sheet: Youth with Disabilities (fiche d'information sur les jeunes personnes handicapées), p. 1-2, <https://social.un.org/youthyear/docs/Fact%20sheet%20youth%20with%20disabilities.pdf>
- 6 L'estimation de 9,84 millions de personnes a été calculée à l'aide des données du Rapport mondial sur le handicap de l'OMS et de la Banque mondiale (15 % de la population mondiale présentent un handicap) et du rapport de 2016 Global Trends (Tendances mondiales) du HCR sur le déplacement forcé (65,6 millions de personnes sont victimes de déplacement forcé dans le monde). Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), Global Trends: Forced Displacement in 2016 (Tendances mondiales : le déplacement forcé en 2016), p. 5, 2017, <http://www.unhcr.org/afr/statistics/unhcrstats/5943e8a34/global-trends-forced-displacement-2016.html> ; Rapport mondial sur le handicap, voir la note 4, p. 7.
- 7 HelpAge International et Handicap International, Hidden victims of the Syrian crisis: disabled, injured and older refugees, p. 6, avril 2014, *disponible à l'adresse suivante* :<http://www.refworld.org/docid/538855b24.html>.
- 8 CDPH, voir la note 1, article 2.
- 9 Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), ONU-Femmes, Organisation mondiale de la Santé (OMS), Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), et Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence (Module 1), p. 21, 2015, <http://www.unfpa.org/publications/essential-services-package-women-and-girls-subject-violence> [ci-après Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence].
- 10 Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence (Module 1), voir la note 9, p. 21.
- 11 Voir Rashida Manjoo (Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes), *Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences : femmes handicapées*, § 31, Nations Unies, Document A/67/227 (3 août 2012), <http://undocs.org/A/67/227> [ci-après *Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes handicapées*] ; Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap, § 37, Nations Unies, Document A/HRC/20/5 (30 mars 2012). <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G12/125/81/pdf/G1212581.pdf?OpenElement>
- 12 Carolyn Frohmader et Stephanie Ortoleva, Issues Paper: The Sexual and Reproductive Rights of Women and Girls with Disabilities, p. 7, 1^{er} juillet 2013, http://womenenabled.org/pdfs/issues_paper_srr_women_and_girls_with_disabilities_final.pdf.
- 13 *Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes handicapées*, voir la note 11, § 34, 43.
- 14 *Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes handicapées*, voir la note 11, § 34, 41 à 45 ; Karen Hughes, Mark A Bellis, Lisa Jones, Sara Wood, Geoff Bates, Lindsay Eckley, Ellie McCoy, Christopher Mikton, Tom Shakespeare, & Alana Officer, *Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies*, 379 The Lancet 1621, 1626-28 (28 février 2012).
- 15 Human Rights Watch, « As if we weren't human »: Discrimination and Violence Against Women with Disabilities in Northern Uganda , 2010, <https://www.hrw.org/report/2010/08/26/if-we-werent-human/discrimination-and-violence-against-women-disabilities-northern> ; Commission des femmes pour les réfugiés, Gender-based Violence Among Displaced Women and Girls: Findings from Field Visits 2011-2012 (25 février 2013), https://www.womensrefugeecommission.org/images/zdocs/GBV_and_disability_field_visit_findings_022513.pdf
- 16 International Women's Health Coalition, Sexual & Reproductive Health & Rights: What Does an Essential Package of Policies and Programs Look Like? (avril 2012), <https://iwhc.org/wp-content/uploads/2013/11/essential-package-sexual-reproductive-health-rights.pdf>
- 17 Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, § 7.6, 8.25, 13.14(b), Nations Unies, Document A/CONF.171/13/Rev.1 (5-13 septembre 1994) [ci-après Programme d'action de la CIPD].
- 18 Voir Guttamacher Institute, Fiche d'information : L'avortement provoqué dans le monde (mars 2018), <https://www.guttamacher.org/fr/fact-sheet/avortement-provoque-dans-le-monde>

- 19 Frohmader & Ortoleva, Issues Paper: The Sexual and Reproductive Rights of Women and Girls with Disabilities, voir la note 12, p. 3-4.
- 20 Stephanie Ortoleva et Hope Lewis, *Forgotten Sisters: A Report on Violence Against Women with Disabilities: An Overview of its Nature, Scope, Causes and Consequences*, 2012, <http://womenenabled.org/pdfs/Ortoleva%20Stephanie%20Lewis%20Hope%20et%20al%20Forgotten%20Sisters%20A%20Report%20on%20ViolenceAgainst%20Women%20Girls%20with%20Disabilities%20August%202012.pdf?attredirects=0> [ci-après *Forgotten Sisters*].
- 21 Frohmader & Ortoleva, Issues Paper: The Sexual and Reproductive Rights of Women and Girls with Disabilities, voir la note 12, p. 5-6.
- 22 Commission des femmes pour les réfugiés, *Disabilities Among Refugee and Conflict-affected populations*, 2010, <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/609-disabilities-among-refugees-and-conflict-affected-populations>.
- 23 Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence (Module 1), voir la note 9, p. 14.
- 24 Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence (Module 1), voir la note 9, p. 14.
- 25 UNFPA et OMS, *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities* (Promouvoir la santé sexuelle et reproductive pour les personnes handicapées), p. 11, 2009, <http://www.unfpa.org/publications/promoting-sexual-and-reproductive-health-persons-disabilities> [ci-après *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities*].
- 26 *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities*, voir la note 25, p. 11.
- 27 Monika Mitra *et al*, *Prevalence and Characteristics of Sexual Violence against Men with Disabilities*, 50(3) *Am. J. Prev. Med.* 311, 314-16 (mars 2016) [ci-après *Violence against Men with Disabilities*]
- 28 Voir Allison Hastings & Sandra Harrellet, Vera Institute of Justice, *Sexual Victimization of Men with Disabilities and Deaf Men: A National Snapshot* (octobre 2017), <https://www.vera.org/publications/measuring-capacity-to-serve-survivors-with-disabilities>
- 29 *Violence against Men with Disabilities*, voir la note 27, pages 314-16 ; Vera Institute, *Sexual Victimization of Men with Disabilities and Deaf Men* voir la note 28, p. 3-4.
- 30 Vera Institute, *Sexual Victimization of Men with Disabilities and Deaf Men* voir la note 28, p. 4 (citant Sven Schild & Constance J. Dalenberg, *Trauma Exposure and Traumatic Symptoms in Deaf Adults*, p. 4 *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, & Policy* p. 117-127, 2012).
- 31 Voir Commission des femmes pour les réfugiés, *L'inclusion du handicap : Mettre en pratique les politiques dans l'action humanitaire* p. 14, mars 2014, <https://www.womensrefugeecommission.org/disabilities/disability-inclusion> ; Commission des femmes pour les réfugiés (WRC) et Comité international de secours (IRC), « Je vois que cela est possible : » Renforcer les capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la violence fondée sur le genre dans les environnements humanitaires, p. 12-13, mai 2015, <https://www.womensrefugeecommission.org/component/zdocs/document/945-building-capacity-for-disability-inclusion-gender-based-violence-gbv-programming-in-humanitarian-settings> [ci-après WRC & IRC, « Je vois que cela est possible »].
- 32 *Violence against Men with Disabilities*, voir la note 27, page 317 ; *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities*, voir la note 25, p. 11.
- 33 *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities*, voir la note 25, p. 11.
- 34 *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities*, voir la note 25, p. 11.
- 35 *Centre virtuel de connaissances pour mettre fin à la violence contre les femmes et les filles : Indicateurs*, ONU-FEMMES, 2012, <http://www.endvawnow.org/fr/articles/336-indicators.html>
- 36 Comité des droits économiques, sociaux et culturels (Comité DESC), *Observation générale no 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint* (article 12, § 29, Nations Unies, Document E/C.12/2000/4 (11 août 2000) [ci-après Comité DESC, *Observation générale no 14*] ; Comité DESC, *Observation générale no 22* (2016) *sur le droit à la santé sexuelle et procréative* (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, § 12-21, Nations Unies, Document E/C.12/GC/22 (mai 2016) [ci-après Comité DESC, *Observation générale no 22*]. Voir également Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, § 8.3, Nations Unies, Document A/CONF.171/13/Rev.1 (5-13 septembre 1994) [ci-après Programme d'action de la CIPD].
- 37 The Advocates for Human Rights & ONU Femmes, *Working with the Justice Sector to End Violence against Women and Girls* p. 62-64 (Décembre 2011), <http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1325624043.pdf> [ci-après *Advocates & ONU Femmes, Working with the Justice Sector*].
- 38 Il est important de reconnaître que ces obligations imposent des restrictions sur les mesures que l'État et ses représentants peuvent prendre, en plus d'exiger des acteurs gouvernementaux qu'ils prennent des mesures spécifiques pour rendre effectifs les droits protégés. En outre, les États ne doivent pas revenir sur tout progrès déjà accompli en vue de s'acquitter de leurs obligations liées aux droits fondamentaux, un principe appelé la « non-régression ».
- 39 Comité des droits des personnes handicapées (Comité CDPH), *Observations générales n° 3* (2016) Article 6 : *les femmes et les filles handicapées*, § 25, Nations Unies, Document CRPD/C/GC/3 (25 novembre 2016) [ci-après Comité CDPH, *Observations générales no 3*].
- 40 Comité DESC, *Observation générale n° 22*, voir la note 36, § 41.

- 41 Comité CDPH, *Observations générales n° 3*, voir la note 39, § 26.
- 42 Voir Comité DESC, *Observation générale n° 22*, voir la note 36, § 42.
- 43 Comité DESC, *Observation générale n° 22*, voir la note 36, § 48. Voir également Comité CDPH, *Observations générales n° 3*, voir la note 39, § 27.
- 44 Comité DESC, *Observation générale n° 22*, voir la note 36, § 45.
- 45 Comité CDPH, *Observations générales n° 3*, voir la note 39, § 27.
- 46 Comité CDPH, *Observations générales n° 3*, voir la note 39, § 27.
- 47 Comité CDPH, *Observations générales n° 3*, voir la note 39, § 27. Voir également Rapport mondial sur le handicap, voir la note 4, p. 294 ; HCHD, Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap, voir la note 11, § 52.
- 48 Comité CDPH, *Observations générales n° 3*, voir la note 39, § 27.
- 49 CBM, Inclusion Made Easy: A Quick Program Guide to Disability in Development (Part A) p. 24, 2012, http://www.cbm.org/article/downloads/78851/CBM_Inclusion_Made_Easy_-_complete_guide.pdf
- 50 CBM, Inclusion Made Easy (Part A), voir la note 49, p. 23.
- 51 CBM, Inclusion Made Easy (Part A), voir la note 49, p. 23.
- 52 CBM, Inclusion Made Easy (Part A), voir la note 49, p. 23-24 ; CBM, Inclusion Made Easy: A Quick Program Guide to Disability in Development (Part B) p. 7, 2012, http://www.cbm.org/article/downloads/78851/CBM_Inclusion_Made_Easy_-_complete_guide.pdf [ci-après CBM, Inclusion Made Easy (Part B)].
- 53 HCR, Travailler avec les personnes handicapées dans les situations de déplacement forcé, 2011, <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opensslpdf.pdf?reldoc=y&docid=4f06a8452>
- 54 CBM, Inclusion Made Easy (Part A), voir la note 49, p. 25.
- 55 CBM, Inclusion Made Easy (Part A), voir la note 49, p. 43.
- 56 Déclaration universelle des droits de l'homme, articles 6-7, Résolution 217A de l'AG, préambule, Nations Unies, GAOR, 3^e Session, 1^{re} réunion plénière, p. 71, Nations Unies, Doc. A/810 (10 déc. 1948) ; Pacte international relatif aux droits civils et politiques, adopté le 16 déc. 1966, articles 14, 16 et 26, 1948, Résolution 2200A (XXI) de l'AG des Nations Unies, GAOR, 21^e Session, Supp no 16, Nations Unies Document A/6316 (1966), 999 RTNU 171 (*entrée en vigueur* le 23 mars 1976) [ci-après PIDCP] ; Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), adoptée le 18 décembre 1979, article 15, Résolution 34/180 de l'AG des Nations Unies, GAOR, 34^e Session, Supp. no 46, p. 193, Nations Unies, Document A/34/46, RTNU 13 (*entrée en vigueur* le 3 septembre 1981) [ci-après CEDAW].
- 57 Comité CDPH, *Observation générale n° 1* (2014) Article 12 : Reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité, § 19, Nations Unies, Document CRPD/C/GC/1 (19 mai 2014) [ci-après Comité CPDH, *Observation générale n° 1*].
- 58 CDPH, voir la note 1, article 12(1).
- 59 CDPH, voir la note 1, article 12(2) (emphase ajoutée).
- 60 CDPH, voir la note 1, article 12(3).
- 61 CDPH, voir la note 1, article 12(4) (emphase ajoutée).
- 62 CDPH, voir la note 1, article 12(5).
- 63 Comité CDPH, *Observation générale n° 1*, voir la note 57, § 12.
- 64 Comité CDPH, *Observation générale n° 1*, voir la note 57, § 29.
- 65 Comité CDPH, *Observation générale n° 1*, voir la note 57, § 15.
- 66 Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), Les aspects éthiques de la gynécologie et de l'obstétrique par le Comité de la FIGO pour l'étude des problèmes éthiques en reproduction humaine, p. 161 (octobre 2012), <https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/French%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf> [ci-après FIGO, Les aspects éthiques de la gynécologie et de l'obstétrique]
- 67 Comité des droits de l'enfant, *Observation générale n° 20* (2016) sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence, § 39, Nations Unies, Document CRC/C/GC/20 (20 avril 2017). Les adolescents sont les garçons et les filles âgés de 10 à 19 ans. UNFPA et Save the Children USA, « Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire : Document accompagnant le Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire p. 5-6 (septembre 2009), <http://www.unfpa.org/publications/adolescent-sexual-and-reproductive-health-toolkit-humanitarian-settings> [ci-après Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents].
- 68 FIGO, Les aspects éthiques de la gynécologie et de l'obstétrique, voir la note 66, p. 160-161.
- 69 FIGO, Les aspects éthiques de la gynécologie et de l'obstétrique, voir la note 66, p. 161.
- 70 Commission des femmes pour les réfugiés (WRC) et Comité international de secours (IRC), Renforcement des capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes contre les violences basées sur le genre dans le contexte humanitaire : Outil à destination des professionnels VBG p. 59 - 63, 2015, [ci-après WRC et IRC, Outil à destination des professionnels VBG].
- 71 WRC et IRC, Outil à destination des professionnels VBG, voir la note 70, p. 75.

- 72 Vanderbilt Kennedy Center for Excellence in Developmental Disabilities, *Informed Consent in Adults with Intellectual or Developmental Disabilities*, Health Care for Adults with Intellectual and Developmental Disabilities: Toolkit for Primary Care Providers (2017), <http://vkc.mc.vanderbilt.edu/etoolkit/general-issues/informed-consent/> [ci-après Vanderbilt, *Informed Consent in Adults with Intellectual or Developmental Disabilities*]
- 73 Vanderbilt, *Informed Consent in Adults with Intellectual or Developmental Disabilities*, voir la note 72.
- 74 Vanderbilt, *Informed Consent in Adults with Intellectual or Developmental Disabilities*, voir la note 72.
- 75 Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), et al., *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: An interagency statement (Déclaration interagences sur l'élimination de la stérilisation forcée et contrainte et de toute autre forme de stérilisation non volontaire) - HCDH, ONU-Femmes, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNICEF et OMS*, p. 9, 2014.
- 76 Vanderbilt, *Informed Consent in Adults with Intellectual or Developmental Disabilities*, voir la note 72.
- 77 FIGO, Les aspects éthiques de la gynécologie et de l'obstétrique, voir la note 66, p. 161 ; Comité des droits de l'enfant, *Observation générale n° 20 (2016) sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence*, § 39, Nations Unies, Document CRC/C/GC/20 (20 avril 2017).
- 78 Comité CDPH, *Observation générale n° 1*, voir la note 57, § 29.
- 79 Elizabeth Pell, Virginia Mulkern, Human Services Research Institute, Supported Decision Making Pilot: Pilot Program Evaluation Year 2 Report p. 4, 2016, http://supporteddecisions.org/wp-content/uploads/2016/11/Evaluation-Year-2-Report_HSRI-2016_FINAL-2-1.pdf
- 80 Ctr. for Public Representation et Nonotuck Resource Assocs. Inc., Pilot Project: The Supported Decision-Making Pilot Project, Supported Decision Making Pilot Project, 2017, <http://supporteddecisions.org/pilot-project/>
- 81 Pell & Mulkern, voir la note 79, p. 14.
- 82 Pell & Mulkern, voir la note 79, p. 4.
- 83 Comité CDPH, *Observation générale n° 1*, voir la note 57, § 29(a)-(i).
- 84 Voir *Representation Agreements*, Nidus Personal Planning Resources Ctr. and Registry (dernière mise à jour en 2017), http://www.nidus.ca/?page_id=46
- 85 Voir HCDH, La protection juridique internationale des droits de l'homme dans les conflits armés, p. 6, Publication des Nations Unies HR/PUB/11/01 Numéro de vente F.11.XIV.3, 2011 ; https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HR_in_armed_conflict_FR.pdf
- 86 CDPH, voir la note 1, article 11 HCDH, Étude thématique sur les droits des personnes handicapées au titre de l'article 11 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, sur les situations de risque et les situations d'urgence humanitaire, § 56 à 62, Nations Unies, Document A/HRC/31/30 (30 novembre 2015), <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/271/75/pdf/G1527175.pdf?OpenElement>
- 87 Charte pour l'inclusion de personnes handicapées dans l'action humanitaire, 2017, <http://humanitariandisabilitycharter.org/>
- 88 CDPH, *op. cit.* note 1, article 4(3).
- 90 Sofía Minieri, REDI, El Derecho De Las Personas Con Discapacidad a la Salud Sexual y Reproductiva: 20 Preguntas Fundamentales Sobre Las Políticas Públicas Del Estado Argentino (novembre 2017), http://www.redi.org.ar/Documentos/Publicaciones/Derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-mujeres/Derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-mujeres_20-preguntas.pdf
- 91 *Illinois Domestic Violence Act of 1986*, 750 Ill. Comp. Stat. Ann. § 60/103(6) (2013).
- 92 Loi de 2012 sur la parentalité responsable et la santé reproductive, Rep. Act n° 10354, 21 décembre 2012.
- 93 Jane Maxwell, Julia Watts Belser et Darlena David, *Hesperian Health Guides, A Health Handbook for Women with Disabilities* p. 25, 2007, <http://hesperian.org/books-and-resources/#> [ci-après Maxwell et al., *Health Handbook*]
- 94 Americans with Disabilities Act (ADA) of 1990, 42 U.S.C. § 12181 et seq. (2008).
- 95 Red Por Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad (REDI), <http://www.redi.org.ar/index.php>.
- 96 Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Union interparlementaire, *Guide à l'usage des parlementaires : la Convention relative aux droits des personnes handicapées et son Protocole facultatif*, HR/PUB/07/6, U.N. Sales n°14-2007 (2007), <https://www.un.org/development/desa/disabilities/resources/handbook-for-parliamentarians-on-the-convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
- 97 Voir Stephanie Ortoleva, « Who's Missing? Women with Disabilities in U.N. Security Council Resolution 1325 National Action Plans », 18:2 ILSA Journal of International and Comparative Law p. 395, p. 397-399, 2012.
- 98 Résolution 2250 du Conseil de sécurité (9 décembre 2015).
- 99 Ministère des services sociaux du Gouvernement australien, *National Plan to Reduce Violence Against Women and their Children, Fact Sheet: How the Third Action Plan supports Women with Disability* (octobre 2016), <https://www.dss.gov.au/women/programs-services/reducing-violence/fact-sheet-how-the-third-action-plan-supports-women-with-disability>

- 100 OMS, *WHO Essential Medicines and Health Products: Annual Report 2016* (août 2017), http://www.who.int/medicines/publications/annual-reports/emp_annual-report2016/en/
- 101 Partenariat des Nations Unies pour la promotion des droits des personnes handicapées, UNPRPD Fund: 2016 Annual Report p. 17, 2016, disponible à l'adresse <http://mptf.undp.org/document/download/18125>
- 102 Voir Comité des droits des personnes handicapées, *Observations finales concernant le rapport initial de l'Ukraine*, § 23, Doc. CRPD/C/UKR/CO/1 (2 octobre 2015).
- 103 Résolution 1325 du Conseil de sécurité (31 octobre 2000).
- 104 Doivent également être rattachées à cet énoncé les personnes qui subissent des violences et des discriminations du fait de leur sexualité réelle ou apparente, de leur identité de genre ou de leurs caractéristiques sexuelles.
- 105 Voir WRC et IRC, « Je vois que cela est possible », *op. cit.* note 31.
- 106 Voir WRC et ChildFund International, *Violence fondée sur le genre à l'encontre des enfants et des jeunes handicapés : Une boîte à outils à l'attention des acteurs de la protection de l'enfance*, février 2016, <https://www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1289-youth-disabilities-toolkit>.
- 107 Voir par exemple Collège américain d'obstétriciens et de gynécologues, *Women with Disabilities*, <https://www.acog.org/About-ACOG/ACOG-Departments/Women-with-Disabilities> (ressources pour les obstétriciens et les gynécologues visant à faire mieux connaître les besoins des femmes handicapées, dont un site interactif pour les cliniciens et une formation vidéo sur les soins de santé destinés aux femmes atteintes de troubles du développement).
- 108 Comité permanent interorganisations (IASC), *Le Guide des genres pour les actions humanitaires* (2^e éd., 2017), https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_le_guide_des_genres_pour_les_actions_humanitaires.pdf
- 109 Voir Comité des droits des personnes handicapées, *Observations finales concernant le rapport initial de l'Azerbaïdjan*, § 25, Document CRPD/C/AZE/CO/1 (12 mai 2014) ; Comité des droits des personnes handicapées, *Observations finales concernant le rapport initial du Mexique*, § 22(c), Document CRPD/C/MEX/CO/1 (27 octobre 2014).
- 110 Voir *Observations finales du Comité des droits de l'homme : République démocratique du Congo*, § 13, Document CPR/COD/CO/3 (26 avril 2006).
- 111 Voir WRC et IRC, « Je vois que cela est possible », *op. cit.* note 31, § 4-6.
- 112 WRC, *Strengthening the Role of Women with Disabilities in Humanitarian Action: A Facilitator's Guide* (février 2017), <https://www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1443-humanitarian-facilitators-guide>
- 113 WRC et IRC, « Je vois que cela est possible », *op. cit.* note 31.
- 114 Voir Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), *Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes, des filles et du handicap*, § 53, Document A/HRC/20/5 (30 mars 2012), <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session20/A.HRC.20.5.FRA.pdf> ; CDPH, *op. cit.* note 1, articles 9 et 25(c).
- 115 Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et ICF Macro, *Expanding Contraceptive Choice to the Underserved through Mobile Outreach Services: A Handbook for Program Planners*, p. 1, 2010, disponible à l'adresse <https://www.k4health.org/toolkits/communitybasedfp/expanding-contraceptive-choice-underserved-through-delivery-mobile>
- 116 Voir OMS et UNFPA, *Ensuring Human Rights within Contraceptive Service Delivery: Implementation Guide* p. 22, mars 2015, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/hr-contraceptive-service-delivery/en/
- 117 HCDH, *Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap*, *op. cit.* note 11, § 35.
- 118 Voir UNFPA, ONU Femmes, OMS, PNUD et ONUDC, *Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence (Module 4)*, p. 17, 2015, <https://www.unfpa.org/fr/node/16960> [ci-après « Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence » (Module 4)].
- 119 Réseau communautaire de réadaptation Ethiopia, Lumière pour le monde, Berhan Lehetsanet et Addis Development Vision, *Her Body, Her Rights: Making Sex Education Work for Young Women with Intellectual Disabilities* (décembre 2016), https://www.light-for-the-world.org/sites/ldfw_org/files/download_files/her_body_her_rights_web.pdf [ci-après « Her Body, Her Rights »]
- 120 Her Body, Her Rights, *op. cit.* note 119, p. 7-15.
- 121 Voir OMS, *Strengthening Health Systems to Respond to Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence: A Manual for Health Managers* (2017), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259489/9789241513005-eng.pdf?sequence=1> ; OMS, ONU Femmes et UNFPA, *Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle : Manuel clinique*, WHO/RHR/14.26 (décembre 2015), <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/fr/>.
- 122 Voir Vera Institute of Justice, *Provide Staff with Protocols, Resources, and Other Tools*, End Abuse of People with Disabilities (dernière mise à jour en 2018), http://accessingsafe.wpengine.com/?page_id=370
- 123 Voir par exemple Collège américain d'obstétriciens et de gynécologues, *Abuse Assessment Screen*, <https://www.acog.org/About-ACOG/ACOG-Departments/Women-with-Disabilities/Abuse-Assessment-Screen>

- 124 Voir Cathy Hoog, Model Protocol on Safety Planning for Domestic Violence Victims with Disabilities, Coalition contre la violence domestique de l'État de Washington (janvier 2010), https://wscadv.org/wp-content/uploads/2015/06/Protocol_disability_safety_planning_rev-2010.pdf
- 125 CDPH, *op. cit.* note 1, article 2.
- 126 OMS, *Incapacités et réadaptation : Aides techniques aux personnes handicapées*, <http://www.who.int/disabilities/technology/fr/>
- 127 OMS, *Liste des produits et aides techniques prioritaires* (2016), <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22396fr/s22396fr.pdf>
- 128 Alliance canadienne concernant les politiques reliées au handicap, *Primary Care Accessibility Checklist* (2008), <http://69.89.31.83/-disabio5/wp-content/uploads/2012/09/FHT-access-chklist-24-Jun-11.pdf> ci-après Alliance canadienne concernant les politiques reliées au handicap, *Accessibility Checklist*].
- 129 Alliance canadienne concernant les politiques reliées au handicap, *Accessibility Checklist*, *op. cit.* note 127.
- 130 Alliance canadienne concernant les politiques reliées au handicap, *Accessibility Checklist*, *op. cit.* note 127.
- 131 Secrétaire général des Nations Unies, *Plan directeur pour le suivi du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement au-delà de 2014*, § 58, Document A/69/62 (12 février 2014), <http://undocs.org/fr/A/69/62>
- 132 Cathy Vaughan, Alexandra Devine, Raquel Ignacio, Wanet Lacsamana *et al.*, « Building Capacity for a Disability-Inclusive Response to Violence against Women and Girls: Experiences from the W-DARE Project in the Philippines », *Gender & Development*, vol. 24, n° 2, 2016, p. 245-260, p. 256, 15 juin 2016, <http://dx.doi.org/10.1080/13552074.2016.1194031>
- 133 HCDH et OMS, *Fiche d'information n° 31 : le droit à la santé*, p. 4, juin 2008, *disponible à l'adresse* https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31_fr.pdf [ci-après HCDH et OMS, *Fiche d'information n° 31*]
- 134 HCDH et OMS, *Fiche d'information n° 31*, *op. cit.* note 133, p. 5.
- 135 HCDH et OMS, *Fiche d'information n° 31*, *op. cit.* note 133, p. 5.
- 136 HCDH et OMS, *Fiche d'information n° 31*, *op. cit.* note 133, p. 5.
- 137 HCDH et OMS, *Fiche d'information n° 31*, *op. cit.* note 133, p. 5.
- 138 HCDH et OMS, *Fiche d'information n° 31*, *op. cit.* note 133, p. 5.
- 139 CDPH, *op. cit.* note 1, article 25(d).
- 140 HCDH et OMS, *Fiche d'information n° 31*, *op. cit.* note 133, p. 5 ; voir également Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Observations finales : Inde, § 41, Nations Unies, Document CEDAW/C/IND/CO/3, 2007.
- 141 Vanderbilt Kennedy Center, *Health Care for Adults with Intellectual and Developmental Disabilities* (2017), <http://vkc.mc.vanderbilt.edu/etoolkit/>
- 142 WRC et IRC, *Renforcement des capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes contre les violences basées sur le genre dans le contexte humanitaire: Outil à destination des professionnels VBG*, p. 76-78, 2015, [ci-après WRC et IRC, *Outil à destination des professionnels VBG*].
- 143 Comité permanent interorganisations (IASC), *Le Guide des genres pour les actions humanitaires*, p. 66 (2^e éd., 2017), https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_le_guide_des_genres_pour_les_actions_humanitaires.pdf
- 144 Cecil Begley *et al.*, « Women with Disabilities: Barriers and Facilitators to Accessing Services during Pregnancy, Childbirth and Early Motherhood », *School of Nursing and Midwifery* p. 69-73, 8 septembre 2009, <https://nursing-midwifery.tcd.ie/assets/publications/pdf/nda-literature-review.pdf> [ci-après Begley *et al.*, *Barriers and Facilitators to Accessing Service*].
- 145 Voir Comité des droits des personnes handicapées, *Concluding Observations on the Initial Report of Kenya*, §22(c), Document CRPD/C/KEN/CO/1 (30 septembre 2015).
- 146 CDPH, *op. cit.* note 1, alinéa (v) du préambule et article 9.
- 147 Paul Hunt et Judith Bueno de Mesquita, *The Rights to Sexual and Reproductive Health* University of Essex Human Rights Centre, p. 9, 2007, <http://repository.essex.ac.uk/9718/1/right-sexual-reproductive-health.pdf>
- 148 Département des affaires économiques et sociales (DAES) et Division des politiques sociales et du développement social (DSPD) des Nations Unies, *Outils sur le handicap en Afrique : Module 8 - Accès à la justice pour les personnes handicapées*, p. 16, https://www.un.org/development/desa/technical-cooperation/wp-content/uploads/sites/38/2016/11/module_8_FR.pdf
- 149 Initiative Safety First, *Accessibility and Responsiveness Review Tool* (2011), *disponible à l'adresse* <https://www.endabusepwd.org/publications/safety-first-initiative-accessibility-and-responsiveness-review-tool/> ; Initiative Safety First, *Accessibility and Responsiveness Review Scoring Tool*, *disponible à l'adresse* <https://www.endabusepwd.org/publications/safety-first-initiative-accessibility-and-responsiveness-review-scoring-tool/>
- 150 Organisation internationale de normalisation, *ISO 21542:2011 Construction immobilière - Accessibilité et facilité d'utilisation de l'environnement bâti* (décembre 2011), *disponible à l'adresse* <https://www.iso.org/fr/standard/50498.html>
- 151 CDPH, *op. cit.* note 1, article 9(1).
- 152 CDPH, *op. cit.* note 1, article
- 153 Alliance canadienne concernant les politiques reliées au handicap, *Accessibility Checklist*, *op. cit.* note 127.
- 154 Adaptive Design Association, *Vision, Mission and Practices*, <http://www.adaptivedesign.org/copy-of-vision-mission-practices>
- 155 Adaptive Design NYC, YouTube, <https://www.youtube.com/user/adaptivedesignnyc/feed>
- 156 Begley, *et. al.*, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, *op. cit.* note 144, p. 69-73.
- 157 Alliance canadienne concernant les politiques reliées au handicap, *Accessibility Checklist*, *op. cit.* note 127.

- 158 HCR, Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons, Guidelines for Prevention and Response, p. 42 (mai 2003), <http://www.unhcr.org/en-us/protection/women/3f696bcc4/sexualgender-based-violence-againstrefugees-returnees-internallydisplaced.html> [ci-après HCR, Sexual and GBV against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons].
- 159 Voir Comité des droits de l'homme, *Observations finales concernant le deuxième rapport périodique du Tchad*, § 21, Document CCPR/C/TCD/CO/2 (15 avril 2014).
- 160 Voir par exemple Organisation internationale pour les migrations (OIM), IOM Mobile Clinics, Transitional and Temporary Health Facilities (août 2014), https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/MP_infosheets/August%202014%20IOM%20Mobile%20Temporary%20TransitionaHealth%20Facilities.pdf
- 161 Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, *All Under One Roof Disability-inclusive Shelter and Settlements in Emergencies* (2015), http://www.ifrc.org/Global/Documents/Secretariat/Shelter/All-under-one-roof_EN.pdf
- 162 Centre des organismes communautaires, *Accessibility Checklist for Organizers and Facilitators*, p. 2, 2015, <http://coco-net.org/wp-content/uploads/2016/01/Access-Checklist-EN.pdf> [ci-après COCo, *Accessibility Checklist*]
- 163 COCo, *Accessibility Checklist*, op. cit. note 162, p. 2.
- 164 COCo, *Accessibility Checklist*, op. cit. note 162, p. 2.
- 165 COCo, *Accessibility Checklist*, op. cit. note 162, p. 2.
- 166 COCo, *Accessibility Checklist*, op. cit. note 162, p. 2.
- 167 COCo, *Accessibility Checklist*, op. cit. note 162, p. 2.
- 168 USAID et Handicap International, *Disability Inclusive Sexual and Reproductive Health Component: Training of Trainers Manual on Disability – Inclusive HIV and Sexual Reproductive Health for Health Workers* (sections 4 et 5), p. 38, septembre 2011 [ci-après USAID et HI, *Reproductive Health Training Manual* (sections 4 et 5)].
- 169 WRC et IRC, *Renforcement des capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes contre les violences basées sur le genre dans le contexte humanitaire: Outil à destination des professionnels VBG* (2015), [ci-après WRC et IRC, *Outil à destination des professionnels VBG*].
- 170 Voir COCo, *Accessibility Checklist*, op. cit. note 162, p. 8.
- 171 Voir *Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence (Module 4)*, op. cit. note 118, p. 17.
- 172 Voir COCo, *Accessibility Checklist*, op. cit. note 162, p. 8.
- 173 Voir COCo, *Accessibility Checklist*, op. cit. note 162, p. 2.
- 174 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 175 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 176 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 177 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 178 Katherine M. Simpson (dir.), *Table Manners and Beyond: The Gynecological Exam for Women with Developmental Disabilities and Other Functional Limitations* (mai 2001), p. 25 [ci-après *Table Manners and Beyond*]
- 179 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 180 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 181 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 182 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 183 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 184 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, op. cit. note 144, p. 85-87.
- 185 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, op. cit. note 144, p. 85-87.
- 186 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, op. cit. note 144, p. 85-87.
- 187 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 188 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 189 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 190 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 191 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 192 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, op. cit. note 144, p. 85-87.
- 193 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, op. cit. note 144, p. 85-87.
- 194 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 195 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 196 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 197 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 198 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 199 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 200 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 201 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 202 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 93, p. 43.
- 203 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, op. cit. note 144, p. 109-112.
- 204 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, op. cit. note 144, p. 109-112.
- 205 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, op. cit. note 144, p. 109.
- 206 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, op. cit. note 144, p. 109-112.
- 207 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, op. cit. note 144, p. 109-112.

- 208 Comité permanent interorganisations (IASC), *Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence fondée sur le genre dans l'action humanitaire* 322 (août 2015), https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VBG_version-francaise.pdf
- 209 Les garçons et les jeunes hommes ont aussi le droit de ne pas subir de violences, y compris sexuelles et familiales. Ce droit est ancré dans le droit à l'intégrité physique et mentale, notamment dans les textes suivants : Déclaration universelle des droits de l'homme, articles 1 et 5, résolution de l'Assemblée Générale 217A, préambule, documents officiels de l'Assemblée Générale des Nations Unies, 3^e session, 1^{er} réunion plénière, p. 71, document A/810 (10 décembre 1948) ; Pacte international relative aux droits civils et politique, adopté le 16 décembre 1966, articles 7 et 9, résolution de l'Assemblée Générale des Nations Unies 2200A (XXI), documents officiels de l'Assemblée Générale des Nations Unies, 21^e session, supplément n° 16, document A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (entré en vigueur le 23 mars 1976) ; Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée le 20 novembre 1989, articles 19, 37 et 39, Résolution de l'Assemblée Générale 44/25, annexe, documents officiels de l'Assemblée Générale des Nations Unies, 44^e session, supplément n° 49, document A/44/49 (1989) (entrée en vigueur le 2 septembre 1990) ; Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, article 1, résolution de l'Assemblée Générale 39/46 (10 décembre 1984) ; CDPH, art. 16, résolution de l'Assemblée Générale 61/106, document A/RES/61/106 (13 décembre 2006).
- 210 Bureau du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes, des filles et du handicap, § 22, U.N. Doc. A/HRC/20/5 (30 mars 2012). <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session20/A.HRC.20.5.FRA.pdf>
- 211 Karen Hughes, Mark Bellis, Lisa Jones, Sara Wood, Geoff Bates, Lindsay Eckley, Ellie McCoy, Christopher Mikton, Tom Shakespeare et Alana Officer, *Prevalence and Risk of Violence against Adults with Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies*, 379 *The Lancet* 1621, 1627 (28 fév. 2012).
- 212 Management Sciences for Health & UNFPA, *We Decide Young Persons with Disabilities: Equal Rights and a Life Free of Violence* (mai 2016), https://www.msh.org/sites/msh.org/files/we_decide_infographic.pdf
- 213 MSH et UNFPA, *We Decide*, *op. cit.* note 212.
- 214 Dick Sobsey, *Violence and Abuse in the Lives of People with Disabilities: The End of Silent Acceptance* (2 janv. 1994).
- 215 MSH et UNFPA, *We Decide*, *op. cit.* note 212.
- 216 MSH et UNFPA, *We Decide*, *op. cit.* note 212.
- 217 HCDH, Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap, *op. cit.* note 11, § 23.
- 218 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), *La situation des enfants dans le monde 2013 : Les enfants handicapés 45* (mai 2013), https://www.unicef.org/french/sowc2013/files/FRENCH_SOWC2013_Lo_res.pdf
- 219 UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 2013*, *op. cit.* note 218, p. 44.
- 220 Voir Karen Hughes, Mark Bellis, Lisa Jones, Sara Wood, Geoff Bates, Lindsay Eckley, Ellie McCoy, Christopher Mikton, Tom Shakespeare et Alana Officer, *Prevalence and Risk of Violence against Adults with Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies*, 379 *The Lancet* 1621, 1626-28 (28 fév. 2012).
- 221 HCDH, Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap, *op. cit.* note 11, § 17.
- 222 Comité permanent interorganisations (IASC), *Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence fondée sur le genre dans l'action humanitaire* 1-8 (août 2015), https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VBG_version-francaise.pdf
- 223 Voir WRC et IRC, « Je vois que cela est possible », *op. cit.* note 31, p. 1.
- 224 Voir WRC et IRC, « Je vois que cela est possible », *op. cit.* note 31, p. 14-17.
- 225 OMS, *Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines*, p. vii (2013), http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf [ci-après WHO, *Responding to Intimate Partner Violence*].
- 226 Secrétaire général des Nations Unies, Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes : *Rapport du Secrétaire général*, § 21, Nations Unies, Document A/61/122/Add.1, 6 juillet 2006, http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A%2F61%2F122%2FAAdd.1
- 227 Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Recommandation générale n° 19 : Violence à l'égard des femmes (onzième session, 1992)*, § 1, 7, U.N. Doc. A/47/38, 1992 [ci-après Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Recommandation générale n° 19*].
- 228 Convention relative aux droits des personnes handicapées, art. 6, Résolution 61/106 de l'Assemblée Générale, Nations Unies, Document A/RES/61/106 (13 décembre 2006), [ci-après CDPH]. Voir également Comité des droits des personnes handicapées (Comité CDPH), *Observation générale n° 3 (2016), Article 6 : les femmes et les filles handicapées*, U.N. Doc. CRPD/C/GC/3, 25 novembre 2016 [ci-après Comité CDPH, *Observation générale n° 3*].

- 229 Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, adoptée le 18 décembre 1979, art. 5 et 6, Résolution 34/180 de l'Assemblée Générale, Documents officiels de l'Assemblée générale, 34^e session, Supp. no 46, p. 193, Nations Unies, Document A/34/46, U.N.T.S., p. 13 (appliqué le 3 septembre 1981) [ci-après CEDAW]. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Recommandation générale n° 19 : Violence à l'égard des femmes (onzième session, 1992)*, U.N. Doc. A/47/38, 1992 [ci-après Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Recommandation générale n° 19*] ; A.T. v. Hungary, Comm. 2/2003, U.N. Doc. A/60/38 (2005), <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/protocol/decisions-views/CEDAW%20Decision%20on%20AT%20vs%20Hungary%20English.pdf>
- 230 Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée le 20 novembre 1989, art. 19 et 34, Résolution 44/25 de l'Assemblée Générale, annexe, Documents officiels de l'Assemblée générale, 44^e session., Supp. n° 49, Nations Unies, Document A/44/49 (1989) (entrée en vigueur le 2 septembre 1990) [ci-après CDE]. Voir également Comité des droits de l'enfant (Comité CDE), *Observation générale No 13 (2011), Le droit de l'enfant d'être protégé contre toutes les formes de violence*, U.N. Doc. CRC/C/GC/13 (18 avril 2011).
- 231 CDPH, *op.cit.* note 228, art. 16(4).
- 232 CDE, *op. cit.* note 230, art. 39.
- 233 Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP), adopté le 16 décembre 1966, art. 2(1), Résolution 2200A (XXI) de l'Assemblée Générale, Documents officiels de l'Assemblée générale, 21^e session, Supp.no 16, Nations Unies, Document A/6316 (1966), 999 U.N.T.S., p. 171 (entré en vigueur le 23 mars 1976) [ci-après PIDCP].
- 234 Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 2(2), Résolution 2200A (XXI) de l'Assemblée Générale, Documents officiels de l'Assemblée générale des Nations, Supp. n° 16, Nations Unies, Document A/6316 (1966) [ci-après PIDESC].
- 235 CDPH, *op. cit.* note 228, art. 5, 6(1), 7.
- 236 CEDAW, *op. cit.* note 229, art. 1, 3.
- 237 PIDCP, *op. cit.* note 233, art. 6(1).
- 238 CDPH, *op.cit.* note 228, art. 10.
- 239 CDE, *op. cit.* note 230, art. 6(1), 24(1).
- 240 PIDCP, *op. cit.* note 233, art. 7.
- 241 Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, art. 2(1), 16(1), Résolution 39/46 de l'Assemblée Générale, 10 décembre 1984, [ci-après CCT].
- 242 CDPH, *op.cit.* note 228, art. 15.
- 243 CDE, *op. cit.* note 230, art. 37(a).
- 244 PIDCP, *op. cit.* note 233, art. 9(1).
- 245 CDPH, *op.cit.* note 228, art. 14.
- 246 PIDCP, *op. cit.* note 233, art. 23.
- 247 PIDESC, *op. cit.* note 234, art. 10(1).
- 248 CEDAW, *op. cit.* note 229, art. 16.
- 249 CDPH, *op.cit.* note 228, art. 23(1).
- 250 CDPH, *op. cit.* note 228, art. 6, 8(1) (b). Voir également Comité CDPH, *Observations générales n° 3, op.cit.* note 228.
- 251 CEDAW, *op. cit.* note 229, art. 2, 5.
- 252 CDE, *op. cit.* note 230, art. 24.
- 253 PIDCP, *op. cit.* note 233, art. 26.
- 254 CDPH, *op. cit.* note 228, art. 12, 13.
- 255 PIDESC, *op. cit.* note 234, art. 11.
- 256 CDPH, *op.cit.* note 228, art. 28.
- 257 CDPH, *op.cit.* note 228, art. 11.
- 258 Voir p. ex. CDPH, *op.cit.* note 228, art. 9 ; Commission des droits de l'homme de l'ONU, *Rapport du Rapporteur spécial sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences concernant le critère de la diligence due en tant que moyen de mettre un terme à la violence contre les femmes*, Nations Unies, Document E/CN.4/2006/61 (20 janv. 2006), par Yakin Ertürk ; Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre les femmes art. 7, 33 I.L.M. 1534 ; Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, 2^e Sess. ordinaire, Conférence de l'Union, adopté le 11 juillet 2003, art. 4, 23 ; Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, art. 5 (entrée en vigueur le 1^{er} août 2014).
- 259 Comité des droits de l'homme, *Observations finales : Belgique*, § 9, Nations Unies, Document CCPR/C/BEL/CO/5, 2010 ; *Brésil*, § 5, Nations Unies, Document CCPR/C/BRA/CO/2, 2005 ; *Burundi*, § 12, Nations Unies, Document CCPR/C/BDI/CO/2, 2014 ; *Cameroun*, § 11, Nations Unies, Document CCPR/C/CMR/CO/4, 2010 ; *Chine (Macao)*, § 10, Nations Unies, Document CCPR/C/CHN-MAC/CO/1, 2013 ; *République tchèque*, § 14, Nations Unies, Document CCPR/CO/72/CZE, 2001 ; *République démocratique du Congo*, § 12, Nations Unies, Document CCPR/C/COD/CO/3, 2006 ; *Finlande*, § 7, Nations Unies, Document CCPR/C/FIN/CO/6, 2013 ; *Géorgie*, § 14, Nations Unies, Document CCPR/CO/74/GEO, 2002 ; *Haiti*, § 13, Nations Unies, Document, CCPR/C/HTI/CO/1, 2014 ; *Irlande*, § 9, Nations Unies, Document CCPR/C/IRL/CO/3, 2008 ; *Jordanie*, § 8, Nations Unies, Document, CCPR/C/JOR/CO/4, 2010 ; *Kenya*, § 11, Nations Unies, Document CCPR/CO/83/KEN, 2005 ; *Lettonie*, § 13, Nations Unies, Document CCPR/CO/79/LVA/, 2003 ; *Libye*, § 10, Nations Unies, Document CCPR/C/LBY/CO/4, 2007 ; *Lituanie*, § 9, Nations Unies, Document CCPR/CO/80/LTU, 2004 ; *Malawi*, § 14, Nations Unies, Document CCPR/C/MWI/CO/1/Add.1, 2014 ; *Mali*, § 12, Nations Unies, Document CCPR/CO/77/MLI, 2003 ; *Monaco*, § 14, Nations Unies, Document CCPR/C/MCO/CO/2, 2008 ; *Paraguay*, § 12, Nations Unies, Document CCPR/C/PRY/CO/3, 2013 ; *Russie*, § 10, Nations Unies, Document CCPR/C/RUS/CO/6, 2009 ; *Slovaquie*, § 9, Nations Unies, Document CCPR/CO/78/SVK, 2003 ; *Slovénie*, § 7, Nations Unies, Document CCPR/CO/84/SVN, 2005 ; *Suriname*, § 12, Nations Unies, Document CCPR/CO/80/SUR, 2004 ; *Thaïlande*, § 12, Nations Unies, Document CCPR/CO/84/TH, 2005 ; *Togo*, § 11, Nations Unies, Document CCPR/C/TGO/CO/4, 2011 ; *Ukraine*, § 14, Nations Unies, Document CCPR/C/UKR/CO/7, 2013 ; *Ouzbékistan*, § 13, Nations Unies, Document CCPR/C/UZB/CO/3, 2010 ; *Yémen*, § 12, Nations Unies, Document CCPR/CO/84/YEM, 2005.

- 260 Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Recommandation générale n° 19 : Violence à l'égard des femmes (onzième session, 1992)*, § 24(a), Nations Unies, Document A/47/38, 1992.
- 261 Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Recommandation générale n° 35 sur la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre, portant actualisation de la recommandation générale no 19*, § 31(c), Nations Unies, Document CEDAW/C/GC/35 (14 juillet 2017) [Comité CEDAW, *Recommandation générale No 35*].
- 262 Comité CEDAW, *Recommandation générale N° 35, op. cit. note 261*, § 34, 35.
- 263 Comité CEDAW, *Recommandation générale N° 19, op. cit. note 227*, § 24(b).
- 264 Comité CEDAW, *Recommandation générale N° 19, op. cit. note 227*, § 24(f).
- 265 Comité CDPH, *Observation générale n° 3*, voir la note 228, § 29.
- 266 Comité des droits de l'enfant, *Observation générale n° 20 (2016) sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence*, § 49, U.N. Doc CRC/C/GC/20 (20 avril 2017).
- 267 Comité CRC, *Observation générale n° 20, op. cit. note 266*, § 49.
- 268 Comité permanent interorganisations (IASC), *Le Guide des genres pour les actions humanitaires (2^e éd., 2017)*, https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_le_guide_des_genres_pour_les_actions_humanitaires.pdf
- 269 UNFPA, Normes minimales pour la prévention et la réponse à la violence fondée sur le genre dans les situations d'urgence (2015), https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/GBViE.MinimumStandards.FAQ_4.0_French.Nov2016.pdf [ci-après UNFPA, Normes minimales en matière de violence sexiste ; Comité permanent interorganisations (IASC), Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence fondée sur le genre dans l'action humanitaire : réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement 241-262 (août 2015), https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VBG_version-francaise.pdf [ci-après IASC, Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence fondée sur le genre].
- 270 UNFPA, Normes minimales en matière de violence sexiste, *op. cit. note 269*, p. xii-xiii.
- 271 UNFPA, Normes minimales de VBG, *op. cit. note 269*, p. xii-xiii.
- 272 IASC, Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence fondée sur le genre, *op. cit. note 269*, p. 241-262.
- 273 IASC, Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence fondée sur le genre, *op. cit. note 269*, p. 248.
- 274 UNFPA, *Addressing Violence against Women and Girls in Sexual and Reproductive Health Services* p. 33-34, 2010, <http://www.unfpa.org/publications/addressing-violence-against-women-and-girls-sexual-and-reproductive-health-services> [ci-après UNFPA, *Addressing Violence*].
- 275 OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, p. 154-155 (Étienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi ET Rafael Lozano, 2002. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42545/9242545619_fre.pdf
- 276 Mary Ann Curry et al., *Facilitators and barriers to disclosing abuse among women with disabilities*, 26(4) *Violence and Victims* 430, 442 (2011).
- 277 Human Rights Watch, *What to do if someone hurts you or does bad things to you: Information about Gender-Based Violence for People with Disabilities* (mars 2015), https://www.hrw.org/sites/default/files/accessible_document/gender_based_violence_etr_final.pdf
- 278 Comité DESC, *Observation générale n° 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, § 7, U.N. Doc. E/C.12/GC/22 (mai 2016) [ci-après Comité DESC, *Observation générale no 22*].*
- 279 Réseau d'action des femmes handicapées (DAWN) et Association canadienne pour l'intégration communautaire (CAACL), « Our Right to be Safe! Building Safe Communities for People with Disabilities and Deaf People » (2015) (document non publié en possession des auteurs).
- 280 Save the Children et Handicap International, *Out of the Shadows: Sexual Violence against Children with Disabilities*, p. 22, 2011, http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/out_of_the_shadows_5.pdf
- 281 Chantney Heng et. al., *Challenging Discrimination Against Women with Disabilities: A Community Toolkit* (nov. 2012), <http://banteaysrei.info/wp-content/uploads/2013/03/A-Community-Training-Toolkit-EN.pdf>
- 282 Comité CDPH, *Observations finales : Maurice*, § 28, U.N. Doc. CRPD/C/MUS/CO/1 (2015) ; Comité CDPH, *Observations finales : Suède*, § 42, U.N. Doc. CRPD/C/SWE/CO/1 (2014).
- 283 Comité CDPH, *Observations finales : Îles Cook*, § 30, U.N. Doc. CRPD/C/COK/CO/1 (2015) ; Comité CDPH, *Observations finales : El Salvador*, § 30, U.N. Doc. CRPD/C/SLV/CO/1 (2014) ; Comité CDPH, *Observations finales : Suède*, § 42, U.N. Doc. CRPD/C/SWE/CO/1 (2014).
- 284 Comité des droits de l'homme, *Observations finales : Albanie*, § 20, U.N. Doc. CCPR/CO/82/ALB (2004).
- 285 Comité CDPH, *Observations finales : Tunisie*, § 27, U.N. Doc. CRPD/C/TUN/CO/1 (2011) ; Comité des droits de l'homme, *Observations finales : Suède*, § 8, U.N. Doc. CCPR/C/SWE/CO/1 (2009).

- pour le développement (PNUD), Access to Justice: Practice Note p. 3, 3 septembre 2004, http://www.undp.org/governance/docs/Justice_PN_English.pdf.
- 308 Hilary Brown, *Sexual Assault: Facing Facts*, vol. 87, Nursing Times, p. 65, 1991 ; Jeanine Benedet et Isabel Grant, *Hearing the Sexual Assault Complaints of Women with Mental Disabilities: Evidentiary and Procedural Issues*, 52 McGill L.J. 515, 523 (2007) ; Rashida Manjoo (Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes), *Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences : femmes handicapées*, § 60, U.N. Doc. A/67/227 (3 août 2012), <http://undocs.org/A/67/227> [ci-après *Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes handicapées*].
- 309 *Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes handicapées*, *op.cit.* note 11, § 42.
- 310 *Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes handicapées*, *op.cit.* note 11, § 42.
- 311 Doris Rajan et Institute for Research and Development on Inclusion and Society (IRIS), People with Mental Health and Cognitive Disabilities & Access to the Justice System: Report on a Review of the Literature (26 mars 2015) [ci-après Rajan et IRIS, Access to the Justice Literature Review].
- 312 Rajan et IRIS, Access to the Justice Literature Review, *op.cit.* note 311.
- 313 Safe Austin, In My Jurisdiction: Responding to Crimes Against People with Disabilities, Deaf Individuals, and Older Adults (2007), <http://safeaustin.org/wp-content/uploads/2013/12/Law-Enforcement-Curriculum-packaged.pdf>
- 314 Cathy Vaughan, Alexandra Devine, Raquel Ignacio, Wanet Lacsamana, M^e Jesusa Marco, Jerome Zayas et Carolyn Sobritchea, *Building capacity for a disability-inclusive response to violence against women and girls: experiences from the W-DARE project in the Philippines*, 24 Gender & Development 2, 257-258 (15 juin 2016), <http://dx.doi.org/10.1080/13552074.2016.1194031>
- 315 Shanah Shamim, Paralegals Supporting Girls and Women with Disabilities, National Union of Women with Disabilities of Uganda, May 19, 2017, <https://nuwoduganda.org/2017/05/19/paralegals-supporting-girls-and-women-with-disabilities/>
- 316 *Sexual Abuse Victim Empowerment [SAVE]*, Cape Mental Health (2017), <http://www.capementalhealth.co.za/save.html>.
- 317 Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (DAES), Division des politiques sociales et du développement social (DSPD), *Toolkit on Disability for Africa: Module 8 - Access to Justice for Persons with Disabilities* p. 15-16, <http://www.un.org/esa/socdev/documents/disability/Toolkit/Access-to-justice.pdf> [ci-après DAES DSPD, *Toolkit on Disability for Africa*].
- 318 Règles de Brasilia sur l'accès à la justice des personnes vulnérables (mars 2008), <http://www.osce.org/odihr/68082?download=true>
- 319 Comité des droits de l'homme, *Observations finales : Tchad*, § 21, U.N. Doc. CCPR/C/TCD/CO/2 (2014).
- 320 Advocates et ONU-Femmes, Working with the Justice Sector, *op.cit.* note 37, p. 25.
- 321 Leonard Cheshire Disability Zimbabwe, Access to Justice for Girls and Women with Disabilities Project (2016) (document non publié en possession des auteurs). Pour de plus amples informations sur ce projet, voir *Access to Justice for Disabled Women*, The Zimbabwean, 25 mai 2015, consultable à l'adresse <http://reliefweb.int/report/zimbabwe/access-justice-disabled-women>
- 322 DAES DSPD, *Toolkit on Disability for Africa*, *op.cit.* note 327, p. 15.
- 323 Comité contre la torture, observations finales : États-Unis, document de l'ONU CAT/C/USA/CO/2, para. 32 (25 juillet 2006) ; Comité contre la torture Torture, commentaire général n° 2 : mise en œuvre de l'article 2 par les États parties, document de l'ONU CAT/C/GC/2, para. 18 (24 jan. 2008).
- 324 Comité des droits de l'homme, *Observations finales : Colombie*, § 18, U.N. Doc. CCPR/C/COL/CO/6 (2010) ; Comité des droits de l'homme, *Observations finales : Kenya*, § 12, U.N. Doc. CCPR/C/KEN/CO/3 (2012).
- 325 Shelah S. Bloom et USAID, *Violence Against Women and Girls- A Compendium of Monitoring and Evaluation Indicators: Measure Evaluation*, p. 128-129, 2008 <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/gender/violence-against-women-and-girls-compendium-of-indicators>
- 326 Vera Institute, Measuring Capacity to Serve Survivors with Disabilities, *op.cit.* note 305, p. 54-55 (« ...notamment : des ressources pour les avocats qui expliquent comment faire valoir auprès du procureur le handicap du survivant comme circonstance aggravante des faits commis ; un guide illustré servant à familiariser un survivant souffrant de déficiences intellectuelles avec la salle du tribunal et le déroulement d'une audience ; une fiche d'information à remettre aux procureurs qui met en évidence les besoins et les considérations spécifiques aux survivants en situation de handicap ; une fiche d'information expliquant aux survivants comment gérer le stress émotionnel que suscite leur implication dans des démarches judiciaires ».)
- 327 Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, art. 4(g), Résolution 48/104 de l'Assemblée Générale, Nations Unies, Document A/RES/48/104 (20 décembre 1993) [ci-après Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes].

- 328 Voir p. ex. Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, *op. cit.* note 309, art. 4(c); Commission des droits de l'homme de l'ONU, *Rapport du Rapporteur spécial sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences concernant le critère de la diligence due en tant que moyen de mettre un terme à la violence contre les femmes*, U.N. Doc. E/CN.4/2006/61, § 38-55 (20 janv. 2006), par Yakin Ertürk ; Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre les femmes art. 7, 33 I.L.M. 1534 ; Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, 2^e session ordinaire, Conférence de l'Union, adopté le 11 juillet 2003, art. 4, 23 ; Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, art. 5 (entrée en vigueur le 1^{er} août 2014).
- 329 UNFPA, *Addressing Violence*, *op. cit.* note 274, p. 33-34.
- 330 UNFPA, *Addressing Violence*, *op. cit.* note 274, p. 33-34.
- 331 *Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes handicapées*, *op. cit.* note 11, paragraphes 59, 62.
- 332 HCDH, *Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap*, *op. cit.* note 11, § 16.
- 333 HCDH, *Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap*, *op. cit.* note 11, § 16.
- 334 HCDH, *Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap*, *op. cit.* note 11, § 14.
- 335 HCDH, *Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap*, *op. cit.* note 11, § 17.
- 336 HCDH, *Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap*, *op. cit.* note 11, § 14.
- 337 HCDH, *Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap*, *op. cit.* note 11, § 16.
- 338 HCDH, *Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap*, *op. cit.* note 314, § 16, 37.
- 339 Voir p. ex. UNFPA Pacific Sub Regional Office, *An Assessment of the State of Violence against Women in Fiji* p. 33 (2008), http://www.un.org/womenwatch/ianwge/taskforces/vaw/Fiji_VAW_Assessment_2008.pdf
- 340 Women with Disabilities Australia (WWDA), *More than Just a Ramp: A Guide for Women's Refuges to Develop Disability Discrimination Act Action Plans*, p. 48-73 (2007), http://wwda.org.au/wp-content/uploads/2013/12/More_Than_Just_A_Ramp.pdf.
- 341 Project CARE, *Advocate Guide: Safety Planning for People with Disabilities* (2007), consultable à l'adresse <https://www.endabusepwd.org/publications/project-care-advocate-guide-safety-planning-disabilities/>
- 342 HCDH, *Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap*, *op. cit.* note 11, § 36.
- 343 Vera Institute, *Measuring Capacity to Serve Survivors with Disabilities*, *op. cit.* note 305, p. 34.
- 344 Vera Institute, *Measuring Capacity to Serve Survivors with Disabilities*, *op. cit.* note 305, p. 37-38.
- 345 Vera Institute, *Measuring Capacity to Serve Survivors with Disabilities*, *op. cit.* note 305, p. 34.
- 346 CDPH, *op. cit.* note 117, art. 26 ; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Observations finales : Jordanie*, § 28, 40, U.N. Doc. CEDAW/C/JOR/CO/5 (2012) ; Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, art. 4(g), G.A. Res. 48/104, U.N. Doc. A/RES/48/104 (20 décembre 1993).
- 347 Voir Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence (Module 4), *op. cit.* note 118, p. 10.
- 348 Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (IASC) pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence : ce que les acteurs de santé humanitaires doivent savoir p. 1, 2010, http://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know_french.pdf
- 349 Comité des droits de l'homme, *Observations finales : Angola*, § 10, U.N. Doc. CCPR/C/AGO/CO/1 (2013) ; *Irlande*, § 9, U.N. Doc. CCPR/C/IRL/CO/3 (2008) ; *Japon*, § 9, U.N. Doc. CCPR/C/JPN/CO/5 (2008) ; *République kirghize*, § 14, U.N. Doc. CCPR/C/69/KGZ (2000) ; *Maldives*, § 11, U.N. Doc. CCPR/C/MDV/CO/1 (2012) ; *Mexique*, § 8, U.N. Doc. CCPR/C/MEX/CO/5 (2010) ; *Ukraine*, § 10, U.N. Doc. CCPR/C/UKR/CO/6 (2006) ; *États-Unis*, § 16, U.N. Doc. CCPR/C/USA/CO/4 (2014).
- 350 Voir UNFPA, *Mise en œuvre du cadre international et régional des droits de la personne en vue de l'élimination des mutilations génitales féminines* p. 33, novembre 2014, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Human%20rights%20and%20FGM_final_FR.pdf [ci-après UNFPA, *Cadre des droits de la personne pour l'élimination des mutilations génitales féminines*].
- 351 Voir *Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence (Module 4)*, *op. cit.* note 118, p. 15.
- 352 Voir *Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence (Module 4)*, *op. cit.* note 118, p. 15.
- 353 Illinois Imagines Project, *Our Rights, Right Now: Women with Disabilities and Sexual Violence Education Guide* (mai 2010), <http://www.icasa.org/docs/illinois%20imagines/mini%20module%204%20education%20guide.pdf>
- 354 Voir *Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence (Module 4)*, *op. cit.* note 118, p. 17.
- 355 UNFPA, *Addressing Violence*, *op. cit.* note 274, p. 44-45.

- 356 Voir UNFPA, *Addressing Violence*, op. cit. note 274, p. 9.
- 357 Wisconsin's Violence Against Women with Disabilities and Deaf Women Project, *A Practical Guide for Creating Trauma-Informed Disability, Domestic Violence and Sexual Assault Organizations* (décembre 2011), disponible à l'adresse <https://www.endabusepwd.org/publications/guide-for-creating-trauma-informed-organizations/>.
- 358 Commission des femmes pour les réfugiés (WRC) et Comité international de secours (IRC), *Renforcement des capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes contre les violences basées sur le genre dans le contexte humanitaire : outil à destination des professionnels VBG* (2015) file:///Users/alr/Downloads/GBV-Disability-Toolkit-French.pdf [ci-après WRC et IRC, *Outil à destination des professionnels VBG*].
- 359 Voir *Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence* (Module 4), op. cit. note 118, p. 15.
- 360 Voir *Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence* (Module 4), op. cit. note 118, p. 17.
- 361 Groupe de référence du CPI sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgences, Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence : ce que les acteurs de santé humanitaires doivent savoir 3 (2010), http://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know_french.pdf
- 362 CPI, Santé mentale et soutien psychosocial, op. cit. note 361, p. 3.
- 363 Vera Institute, *Measuring Capacity to Serve Survivors with Disabilities*, op. cit. note 305, p. 31.
- 364 *Disabilities and Rehabilitation: Violence Against Adults and Children with Disabilities*, OMS, 2017, <http://www.who.int/disabilities/violence/en/> [ci-après OMS, *Violence Against Adults and Children with Disabilities*] (« Le placement des personnes handicapées en institution accroît également leur vulnérabilité à la violence. Dans ce contexte comme ailleurs, les personnes présentant des troubles de la communication ont d'autant plus de difficultés à faire connaître les violences dont elles ont été victimes ») ; HCHD, Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap, op. cit. note 11, § 15.
- 365 Rapport sur la situation des femmes issues de groupes minoritaires dans l'Union européenne ((2003/2109(INI)), Parl. eur. Doc. (A5-0102/2004) 13, 24 février 2004, <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A5-2004-0102+0+DOC+PDF+VO//FR>
- 366 Rapport sur la situation des femmes issues de groupes minoritaires dans l'Union européenne, op. cit. note 365, p. 14.
- 367 CDPH, op. cit. note 228, art. 16(3).
- 368 SOS Villages d'enfants, *From a Whisper to a Shout: A Call to End Violence against Children in Alternative Care*, p. 11, <https://www.sos-childrevillages.org/getmedia/345ec018-7dd1-4ad1-a387-48fdabfb7297/From-a-whisper-to-a-shout-A4-EN-WEB-final.pdf> [ci-après SOS Village, *Du murmure au cri*].
- 369 Juan E. Méndez (Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants), *rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, Juan E. Méndez, Doc. ONU A/HRC/28/68, 5 mars 2015, http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session28/Documents/A_HRC_28_68_E.doc [ci-après *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, Juan E. Méndez, 2015]. Pour en savoir plus sur les applications de ce rapport concernant les enfants en situation de handicap, voir Eric Rosenthal, *A Mandate to End Placement of Children in Institutions and Orphanages: The Duty of Governments and Donors to Prevent Segregation and Torture*, 1 Publications « Perspectives on human rights » de l'Institut des droits de l'homme de la faculté de droit de l'Université de Georgetown 3, janvier 2017, <https://www.law.georgetown.edu/academics/centers-institutes/human-rights-institute/our-work/research/upload/Perspectives-on-Human-Rights-Rosenthal.pdf>
- 370 HCHD, *Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap*, op. cit. note 11, § 38
- 371 HCHD, *Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap*, op. cit. note 11, § 38
- 372 Réseau d'action des femmes handicapées (DAWN-RAFH) Canada, Fiche d'information : Femmes en situation de handicap et violence, janvier 2014, https://www.dawnCanada.net/media/uploads/page_data/page-267/francais_-_violence_-_january_2014.pdf
- 373 HCHD, *Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap*, op. cit. note 11, § 15.
- 374 *Disabilities and Rehabilitation: Violence Against Adults and Children with Disabilities (Incapacités et réadaptation : la violence à l'égard des adultes et des enfants handicapés)*, OMS, dernière mise à jour en 2017, <http://www.who.int/disabilities/violence/en/>
- 375 Sense, *A Right to Friendship: Challenging the Barriers to Friendship for People with Disabilities* p. 4, 2015, <https://www.sense.org.uk/umbraco/surface/download/download?filepath=/media/1591/campaign-loneliness-a-right-to-friendship.pdf>
- 376 Sense, *A Right to Friendship*, op. cit. note 375, p. 4.
- 377 Lao Disabled Women's Developmental Centre, <http://laodisabledwomen.com/about-us-2/>
- 378 Voir *Inde : Des femmes en situation de handicap sont enfermées et victimes d'abus - Il faut mettre fin au placement forcé en institution, aux violences sexuelles et physiques, et aux traitements imposés*, Human Rights Watch, 3 déc. 2014 12:45AM EST, <https://www.hrw.org/fr/news/2014/12/03/inde-des-femmes-en-situation-de-handicap-sont-enfermees-et-victimes-dabus>

- 379 Réseau d'action des femmes handicapées (DAWN-RAFH) Canada, Fiche d'information : *Femmes en situation de handicap et violence*, janvier 2014, https://www.dawncanada.net/media/uploads/page_data/page-267/francais_-_violence_-_january_2014.pdf
- 380 Voir Priscila Rodriguez, et al., Disability Rights International, No Justice: Torture, Trafficking and Segregation in Mexico p. 16, 22 juillet 2015, https://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/Sin-Justicia-MexRep_21_Abr_english-1.pdf [ci-après DRI, No Justice]
- 381 Voir SOS Villages d'enfants, Du murmure au cri, *op. cit.* note 368, p. 12-13.
- 382 Voir SOS Villages d'enfants, Du murmure au cri, *op. cit.* note 368, p. 11.
- 383 Voir SOS Villages d'enfants, Du murmure au cri, *op. cit.* note 368, p. 11.
- 384 Voir SOS Villages d'enfants, Du murmure au cri, *op. cit.* note 368, p. 11.
- 385 *Lignes directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants*, AG Res. 64/142, Doc. Doc. A/RES/64/142 (24 fév. 2010), disponible à l'adresse <https://www.unicef.org/protection/files/100426-UNGuidelines-French.pdf>
- 386 Partenariat des Nations Unies pour la promotion des droits des personnes handicapées (PPDPH), *Connections: Building Partnerships for Disability Rights. An Overview of Results from the first UNPRPD Funding Round* p. 41-47 Mai 2016, <http://mptf.undp.org/document/download/16578>
- 387 Voir *Disabilities and Rehabilitation: Violence Against Adults and Children with Disabilities (Incapacités et réadaptation : la violence à l'égard des adultes et des enfants en situation de handicap)*, OMS (dernière mise à jour en 2017), <http://www.who.int/disabilities/violence/en/> ; HCHD, *Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap*, *op. cit.* note 11, § 15 ; DRI, No Justice, *op. cit.* note 380.
- 388 UNFPA, *Changer les choses : 10 messages clés de plaidoyer pour la prévention du VIH chez les filles et les jeunes femmes*, 2007, <http://www.unfpa.org/publications/make-it-matter> [ci-après désigné par l'expression UNFPA, *Changer les choses*]
- 389 UNFPA et Save the Children USA, Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire : Document accompagnant le Manuel de terrain interorganisations sur la santé procréative en situations de crise humanitaire p. 7-8 , septembre 2009, <http://www.unfpa.org/publications/adolescent-sexual-and-reproductive-health-toolkit-humanitarian-settings> [ci-après UNFPA, Boîte à outils pour la santé sexuelle et procréative des adolescents].
- 390 Voir UNICEF, *Mettre fin à la violence envers les enfants : six stratégies d'action* p. 12, septembre 2014, https://www.unicef.org/french/publications/index_74866.html [ci-après désigné par UNICEF, *Mettre fin à la violence envers les enfants*].
- 391 Voir UNICEF, *Mettre fin à la violence envers les enfants*, *op. cit.* note 390, p. 12.
- 392 Département des affaires économiques et sociales, Division de la promotion de la femme désormais rattaché à ONU-Femmes, Supplément au manuel de législation sur la violence à l'égard des femmes : « pratiques préjudiciables » à l'égard des femmes p. 29, mars 2011, <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook/Supplement-to-Handbook-French.pdf>
- 393 UNFPA, *Addressing Violence*, *op. cit.* note 274, p. 85.
- 394 Voir UNICEF, *Summary Report Violence against Disabled Children: UN Secretary General's Report on Violence against Children Thematic Group on Violence against Disabled Children - Findings and Recommendations* p. 22-29, 28 juillet 2005, https://www.unicef.org/videoaudio/PDFs/UNICEF_Violence_Against_Disabled_Children_Report_Distributed_Version.pdf [ci-après UNICEF, *Summary Report Violence against Disabled Children*] ; Plan International, International Centre for Evidence and Disability, SAME et London School of Hygiene and Tropical Medicine, Protect Us! Inclusion of children with disabilities in child protection, 2016, <https://plan-international.org/publications/protect-us> [ci-après Plan International et al. Protect Us!] ; Save the Children et Handicap International, *Out of the Shadows: Sexual Violence against Children with Disabilities* p. 21, 2011, http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/out_of_the_shadows_5.pdf
- 395 Voir Comité des droits des personnes handicapées, *Observations finales concernant le rapport initial de l'Ukraine*, § 14, Doc. Doc. CRPD/C/UKR/CO/1(Oct. 2, 2015).
- 396 Kamikazi Jackline, *U-Report changing how people express and view themselves!*, U-Report Uganda Voice Matters (8 mars 2016), <http://www.ureport.ug/story/230/>
- 397 Voir UNICEF, *Summary Report Violence against Disabled Children*, *op. cit.* note 394, p. 22-29 ; Plan International et al. Protect Us!, *op. cit.* note 394; Save the Children et Handicap International, *Out of the Shadows*, *op. cit.* note 394, p. 22.
- 398 Commission des femmes pour les réfugiés et ChildFund, *Violence fondée sur le genre à l'encontre des enfants et des jeunes handicapés : Une boîte à outils à l'attention des acteurs de la protection de l'enfance*, 17 février 2016, <https://www.womensrefugeecommission.org/disabilities/resources/1289-youth-disabilities-toolkit>
- 399 Voir *Call to Action #ENDviolence against Children and Adolescents with Disabilities*, Global Partnership on Children with Disabilities, <http://www.gpcwd.org/endviolence.html>
- 400 Voir UNICEF, *Summary Report Violence against Disabled Children*, *op. cit.* note 394, p. 25 ; Plan International et al. Protect Us!, *op. cit.* note 394; Save the Children et Handicap International, *Out of the Shadows*, *op. cit.* note 394, p. 21.
- 401 OMS, *Making Health Services Adolescent Friendly: Developing National Quality Standards for Adolescent Friendly Health Services*, p.5, 2012, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/

- 402 Voir UNICEF, *Mettre un terme à la violence envers les enfants : six stratégies d'action* p. 33-37 (sept. 2014), https://www.unicef.org/french/publications/index_74866.html [ci-après UNICEF, *Mettre fin à la violence envers les enfants*].
- 403 Voir UNICEF, *Mettre fin à la violence envers les enfants*, op. cit. note 402, p. 38-41.
- 404 Voir UNICEF, *Summary Report Violence against Disabled Children*, op. cit. note 394, p. 25 ; Plan International et al. *Protect Us!*, op. cit. note 394; Save the Children et Handicap International, *Out of the Shadows*, op. cit. note 394, p. 21.
- 405 Département des affaires économiques et sociales, Division de la promotion de la femme désormais rattaché à ONU Femmes, *Supplément au manuel de législation sur la violence à l'égard des femmes* : « pratiques préjudiciables » à l'égard des femmes p. 31-32, mars 2011, <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook/Supplement-to-Handbook-French.pdf> [ci-après ONU Femmes, « pratiques préjudiciables » à l'égard des femmes]; UNICEF, *Every Child's Birth Right: Inequities and Trends in Birth Registration*, décembre 2013, https://www.unicef.org/publications/index_71514.html.
- 406 ONU Femmes, « Pratiques préjudiciables » à l'égard des femmes, op. cit. note 405, p. 14-15.
- 407 UNICEF, *Summary Report Violence against Disabled Children*, op. cit. note 394, p. 29 ; Plan International et al., *Protect Us!*, op. cit. note 394, p. 55-56 ; Save the Children et Handicap International, *Out of the Shadows*, op. cit. note 394, p. 21-22.
- 408 The Aspen Institute, *Preliminary List of Recommended Indicators for the Girls Not Brides Partnership*, 2014, p. 4, disponible à l'adresse <http://www.girlsnotbrides.org/wp-content/uploads/2014/09/APEP-Preliminary-List-of-Recommended-Indicators-8-29-14.pdf>.
- 409 The Aspen Institute, *Preliminary List of Recommended Indicators for the Girls Not Brides (GNB) Partnership*, op. cit. note 408, p. 19.
- 410 The Aspen Institute, *Preliminary List of Recommended Indicators for the Girls Not Brides (GNB) Partnership*, op. cit. note 408, p. 19.
- 411 UNFPA, Danish Institute for Human Rights et HCDH, *Reproductive Rights are Human Rights: A Handbook for National Human Rights Institutions*, p. 18, Doc. HR/PUB/14/16, 2014, <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/NHRIHandbook.pdf> [ci-après UNFPA et al., *NHRI Handbook*]
- 412 UNFPA et al., *NHRI Handbook*, op. cit. note 411, p. 19.
- 413 Ann M. Starrs, Alex C. Ezech, Gary Barker, Alaka Basu, Jane T. Bertrand, Robert Blum, Awa M. Coll-Seck, Anand Grover, Laura Laski, Monica Roa, Zeba A. Sathar, Lale Say, Gamal I. Serour, Susheela Singh, Karin Stenberg, Marleen Temmerman, Ann Biddlecom, Anna Popinchalk,
- Cynthia Summers et Lori S. Ashford, *Accelerate Progress - Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher-Lancet Commission*, *The Lancet* p. 7-57, 9 mai 2018, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext?code=lancet-site](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext?code=lancet-site) [hereinafter *Report of the Guttmacher-Lancet Commission*]
- 414 *Report of the Guttmacher-Lancet Commission*, op. cit. note 413, p. 11, 17, 30, 36, 47, 48.
- 415 *Report of the Guttmacher-Lancet Commission*, op. cit. note 413, p. 36.
- 416 Jane Maxwell, Julia Watts Belser et Darlena David, Hesperian Health Guides, *A Health Handbook for Women with Disabilities*, p. 2, 2007, <http://hesperian.org/books-and-resources/#> [ci-après Maxwell et al., *Health Handbook*]
- 417 Payal Shah, et al., *Gynecological Care for Adolescents with Disability: Physician Comfort, Perceived Barriers, and Potential Solutions*, in *18 J. of Pediatric and Adolescent Gynecology* p. 101-102, 2005.
- 418 Shah, et al., op. cit. note 417, p. 102.
- 419 CRPD Committee, *General Comment on Article 19; Living Independently and being included in the Community*, § 1, Doc. Doc. CRPD/C/18/1, 29 août 2017.
- 420 Carolyn Frohmader et Stephanie Ortoleva, *Issues Paper: The Sexual and Reproductive Rights of Women and Girls with Disabilities* p. 4-5, 1^{er} juillet 2013), http://womenenabled.org/pdfs/issues_paper_srr_women_and_girls_with_disabilities_final.pdf.
- 421 Frohmader et Ortoleva, *Issues Paper: The Sexual and Reproductive Rights of Women and Girls with Disabilities*, op. cit. note 420, p. 3-4.
- 422 Voir Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), recommandation générale n° 19: violence contre les femmes (11^e session, 1992), para. 42, document A/47/38 (1992), [ci-après, comité CEDAW, recommandation générale n° 19].
- 423 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), *La situation des enfants dans le monde 2013*, Les enfants handicapés, p. 41, mai 2013, https://www.unicef.org/french/sowc2013/files/FRENCH_SOWC2013_Lo_res.pdf
- 424 Julia A. Rivera Drew, *Hysterectomy and Disability Among U.S. Women*, p. 45 Persp. on Sexual and Reprod. Health p. 157, 161, 2013 ; Elizabeth Pendo, *Disability, Equipment Barriers, and Women's Health: Using the ADA to Provide Meaningful Access*, *2 SLU Journal of Health Law & Policy* p. 16, 44-45, 2008.
- 425 *Dispositif minimum d'urgence*, Groupe de travail interorganisations sur la santé procréative en situations de crise, 2011, <http://iawg.net/minimum-initial-service-package/dmu-misp-en-francais/> (Module d'apprentissage à distance du DMU). Voir également *Calculatrice DMU*, Groupe de travail interorganisations sur la santé procréative en situations de crise, 2018, <http://iawg.net/wp-content/themes/iawg/assets/pdfs/fr/annexeb.pdf> (« Ce tableau permet d'obtenir les statistiques nécessaires sur la santé procréative afin de mettre en œuvre le DMU (Dispositif minimum d'urgence). Les données spécifiques à la région doivent être saisies dans les cases grises ; le reste du tableau est verrouillé pour garantir l'exactitude des calculs ».)

- 426 UNFPA, Dispositif minimum d'urgence, avril 2015, https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/MISP_Objectives.pdf
- 427 *Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP)*, adopté le 16 décembre 1966, art. 6(1), Assemblée générale Res. 2200A (XXI), Nations Unies GAOR, 21^e Sess., Supp. No. 16, Doc. Doc. A/6316 (1966), 999 Recueil des traités des Nations Unies 171 (entré en vigueur le 23 mars 1976) [ci-après ICCPR].
- 428 *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)*, art. 12, Assemblée générale Res. 2200A (XXI), Nations Unies GAOR, Supp. No. 16, Doc. Doc. A/6316 (1966) [ci-après IESCR].
- 429 *Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH)*, art. 10,25(1), Assemblée générale Res. 61/106, Doc. Doc. Document
- 430 A/RES/61/106 (13 décembre 2006) [ci-après CDPH] *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW)*, adoptée le 18 décembre 1979, art. 12, résolution 34/180 de l'Assemblée générale, Documents officiels de l'Assemblée générale, 34^e Sess., Supp. no 46, p. 193, Nations Unies, Document A/34/46, U.N.T.S. 13 (entrée en vigueur le 3 septembre 1981) [ci-après CEDAW].
- 431 *Convention relative aux droits de l'enfant*, adoptée le 20 novembre 1989, art. 6(1), 24(1), Résolution 44/25 de l'Assemblée générale, annexe, Documents officiels de l'Assemblée générale, 44^e Sess., Supp. n° 49, Nations Unies, Document A/44/49 (entrée en vigueur le 2 septembre 1990) [ci-après CDE].
- 432 PIDCP, *op. cit.* note 427, art. 9(1), 17(1).
- 433 CDPH, *op. cit.* note 429, art. 14, 22(1), 23(1)(c).
- 434 CEDAW, *op. cit.* note 430, art. 16(1)(e).
- 435 CDE, *op. cit.* note 431, art. 16(1).
- 436 PIDESC, *op. cit.* note 428, art. 13. Comité des droits économiques, sociaux et culturels (Comité DESC), *Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, art. 12), § 29, Nations Unies, Document E/C.12/2000/4, 11 août 2000 [ci-après Comité DESC, *Observation générale n° 14*] ; Comité DESC, *Observation générale n° 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, § 12-21, Nations Unies, Document E/C.12/GC/22, mai 2016 [ci-après Comité DESC, *Observation générale n° 22*].
- 437 CDPH, *op. cit.* note 429, art. 23(1)(b).
- 438 CEDAW, *op. cit.* note 430, art. 10(h). Voir aussi Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Recommandation générale n° 24, art. 12 : Les femmes et la santé*, Nations Unies, Document A/47/38, 1999 [ci-après Comité CEDAW, *Recommandation générale n° 24*].
- 439 CDE, *op. cit.* note 431, art. 13, 17.
- 440 PIDCP, *op. cit.* note 427, art. 2(1).
- 441 PIDESC, *op. cit.* note 428, art. 2(2).
- 442 CDPH, *op. cit.* note 429, art. 5, 6(1), 7.
- 443 CEDAW, *op. cit.* note 430, art. 1, 3.
- 444 CDE, *op. cit.* note 431, art. 2, 5
- 445 PIDESC, *op. cit.* note 428, art. 15(1).
- 446 PIDCP, *op. cit.* note 427, art. 7.
- 447 Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, art. 2(1), 16(1), G.A. de l'Assemblée générale 39/46, 10 décembre 1984, [ci-après CCT].
- 448 CDPH, *op. cit.* note 429, art. 15.
- 449 CDE, *op. cit.* note 431, art. 37(a)
- 450 PIDCP, *op. cit.* note 427, art. 23.
- 451 PIDESC, *op. cit.* note 428, art. 10(1).
- 452 CEDAW, *op. cit.* note 430, art. 16.
- 453 CDPH, *op. cit.* note 429, art. 23(1).
- 454 CDPH, *op. cit.* note 429, art. 9.
- 455 CDPH, *op. cit.* note 429, art. 11.
- 456 CDPH, *op. cit.* note 429, art. 5 (3). CDPH, *op. cit.* note 429, art. 14(2) ; 24(2)(c) ; 27(1)(i).
- 457 Comité DESC, *Observation générale n° 14*, voir la note 436, § 29. Voir également Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, § 8.3, Nations Unies, Document A/CONF.171/13/Rev.1 (5-13 septembre 1994) [ci-après Programme d'action de la CIPD].
- 458 Comité DESC, *Observation générale n° 14*, *op. cit.* note 436, § 12.
- 459 Comité DESC, *Observation générale n° 14*, *op. cit.* note 436, § 12. Programme d'action de la CIPD, *op. cit.* note 457, § 8.3.
- 460 OMS, *WHO Essential Medicines and Health Products: Annual Report 2016*, août 2017, http://www.who.int/medicines/publications/annual-reports/emp_annual-report2016/en/
- 461 Comité DESC, *Observation générale n° 22*, *op. cit.* note 436, § 49.
- 462 Comité des droits des personnes handicapées (Comité CDPH), *Observations générales n° 3 (2016), Article 6 sur les femmes et les filles handicapées*, § 44, Nations Unies, Document CRPD/C/GC/3, 25 novembre 2016 [ci-après Comité CDPH, *Observations générales n° 3*].
- 463 Comité CDPH, *Observations générales n° 3*, voir la note 462, § 45.
- 464 Comité des droits de l'enfant, *Observation générale n° 20 (2016) sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence*, § 59, Nations Unies, Document CRC/C/GC/20, 20 avril 2017 [ci-après Comité CRC, *Observation générale n° 20*].
- 465 Comité CRC, *Observation générale n° 20*, *op. cit.* note 464, § 59.
- 466 Comité CRC, *Observation générale n° 20*, *op. cit.* note 464, § 60.
- 467 Comité CRC, *Observation générale n° 20*, *op. cit.* note 464, § 60.
- 468 Comité CRC, *Observation générale n° 20*, *op. cit.* note 464, § 61.
- 469 OMS, *Note d'orientation sur la gestion du handicap et des risques liés aux situations d'urgence pour la santé*, p. 16-17, Jonathan Abrahams, Natalie Jessup, Alana Officer, Peta Sandison & Valérie Scherrer (dir.), 2013, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/127847/9789242506242_fre.pdf?sequence=1

- 470 OMS, *Note d'orientation sur la gestion du handicap*, op. cit. note 469, p. 17.
- 471 OMS, *Note d'orientation sur la gestion du handicap*, op. cit. note 469, p. 49.
- 472 OMS, *Note d'orientation sur la gestion du handicap*, op. cit. note 469, p. 51.
- 473 *Voir notamment*, Département Santé et recherche génésiques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS/RHR), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project, Family Planning: A Global Handbook for Providers 2018 Update 2018, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>; OMS, WHO Essential Medicines and Health Products, op. cit. note 460; OMS, Quality of Care in Contraceptive Information and Services, Based on Human Rights Standards: A Checklist for Health Care Providers, p. 14, 2017, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254826/9789241512091-eng.pdf?sequence=1> [ci-après OMS, Contraceptive Checklist for Health Care Providers]
- 474 *Voir notamment*, Département Santé et recherche génésiques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS/RHR), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project, Family Planning: A Global Handbook for Providers 2018 Update, p. 291- 306, 2018, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 475 UNFPA et Engender Health, *Engaging Men in Sexual and Reproductive Health and Rights, Including Family Planning*, 2017, <http://www.unfpa.org/resources/engaging-men-sexual-and-reproductive-health-and-rights-including-family-planning>
- 476 OMS et UNFPA, *Ensuring Human Rights within Contraceptive Service Delivery: Implementation Guide*, mars 2015, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/hr-contraceptive-service-delivery/en/
- 477 OMS, Contraceptive Checklist for Health Care Providers, op. cit. note 473.
- 478 V.C. v. Slovakia, No. 18968/07, Eur. Ct. H.R., 8 février 2012 ; I.G. and Others v. Slovakia, N° 15966/04, Eur. Ct. H.R., 13 novembre 2012 ; Comité CRC, *Observation générale n° 20*, § 31, Nations Unies, Document CRC/C/GC/20, 2016 ; Juan E. Méndez (Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants), *rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Rapport au Conseil des droits de l'homme*, p. 50, Nations Unies, Document A/HRC/22/53, 1^{er} février 2013 ; Juan Méndez (Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants), *rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants : La torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et la manière dont ils touchent spécifiquement les femmes et les lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres*, § 45, Nations Unies, Document A/HRC/31/57, 5 janvier 2016.
- 479 OMS et UNFPA, *Ensuring Human Rights within Contraceptive Service Delivery*, op. cit. note 476, p. 47.
- 480 Carolyn Frohmader, *The Sterilisation of Women and Girls with Disabilities in Australia: Violating the Human Right to Health*, 8 mai 2013), http://wwda.org.au/wp-content/uploads/2013/12/Sterilisation_AWHNConf_May2013.pdf ; Disability Rights International et Coletivo Chuhcan, *Twice Violated: Abuse and Denial of Sexual and Reproductive Rights of Women and Psychosocial Disabilities in Mexico*, p. 17-18, 2015, <https://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/Mexico-report-English-web.pdf> [ci-après DRI, *Twice Violated*] ; Human Rights Watch, *Sterilization of Women and Girls with Disabilities: A Briefing Paper* (Nov. 10, 2011, 5:47PM EST), <https://www.hrw.org/news/2011/11/10/sterilization-women-and-girls-disabilities> [ci-après HRW, *Sterilization Briefing Paper*] ; OHCHR, ONU-Femmes, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF et OMS, *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization*, mai 2004, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/eliminating-forced-sterilization/en/.
- 481 *Sterilization*, Mosby's Medical Dictionary (8e éd. 2009).

- 482 See *V.C. v. Slovakia*, No. 18968/07, Eur. Ct. H.R., 8 février 2012 ; *I.G. and Others v. Slovakia*, N° 15966/04, Eur. Ct. H.R., 13 novembre 2012 ; Comité CRC, *Observation générale n° 20*, § 31, Nations Unies, Document CRC/C/GC/20, 2016 ; Juan E. Méndez (Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants), *rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Rapport au Conseil des droits de l'homme*, § 50, Doc. ONU A/HRC/22/53, 1^{er} février 2013 ; Juan Méndez (Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants), *rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants : La torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et la manière dont ils touchent spécifiquement les femmes et les lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres*, § 45, Nations Unies, Document A/HRC/31/57, 5 janvier 2016.
- 483 OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO, *Eliminating Forced, Coercive and Otherwise Involuntary Sterilization*, p. 5-7, mai 2014, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/eliminating-forced-sterilization/en/ [ci-après OHCHR et al., *Eliminating Forced Sterilization*].
- 484 HCDH et al., *Eliminating Forced Sterilization*, *op. cit.* note 483, p. 5-7; Frohmader, *The Sterilisation of Women and Girls with Disabilities in Australia*, *op. cit.* note 480, p. 8-13.
- 485 Frohmader, *The Sterilisation of Women and Girls with Disabilities in Australia*, *op. cit.* note 480, p. 11 ; DRI, *Twice Violated*, *op. cit.* note 480, p. 17-20 ; HRW, *Sterilization Briefing Paper*, *op. cit.* note 480. HCDH et al., *Eliminating Forced Sterilization*, *op. cit.* note 483, p. 6 ; Priscila Rodriguez, et al., *Disability Rights International, No Justice: Torture, Trafficking and Segregation in Mexico*, p. 16, 22 juillet 2015, https://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/Sin-Justicia-MexRep_21_Abr_english-1.pdf [ci-après DRI, *No Justice*]
- 486 USAID & Handicap International, *Disability Inclusive Sexual and Reproductive Health Component: Training of Trainers Manual on Disability – Inclusive HIV and Sexual Reproductive Health for Health Workers* (Parts 4-5) p. 38, septembre 2011, [ci-après USAID et HI, *Reproductive Health Training Manual* (Parts 4-5)].
- 487 USAID & HI, *Reproductive Health Training Manual*, sections 4 et 5, *op. cit.* note 486, p. 30.
- 488 IPAS, *Access for Everybody: Disability Inclusion in Abortion and Contraceptive Care – GUIDE*, 2018, https://www.srhr-ask-us.org/wp-content/uploads/2018/09/3-Access-for-everybody_Guide.pdf. Voir également IPAS, *Access for Everybody: Disability Inclusion in Abortion and Contraceptive Care – OVERVIEW*, 2018, <https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/Disability-inclusion-overview.pdf>.
- 489 OMS et UNFPA, *Ensuring Human Rights within Contraceptive Service Delivery*, *op. cit.* note 476, p. 16.
- 490 OMS et UNFPA, *Ensuring Human Rights within Contraceptive Service Delivery*, *op. cit.* note 476, p. 22.
- 491 Voir OMS, *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (5^e éd., août 2015, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/fr/
- 492 OMS, *Contraceptive Checklist for Health Care Providers*, *op. cit.* note 473.
- 493 Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), *Les aspects éthiques de la gynécologie et de l'obstétrique par le Comité de la FIGO pour l'étude des problèmes éthiques en reproduction humaine*, page 161, octobre 2012, <https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/French%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf> [ci-après FIGO, *Les aspects éthiques de la gynécologie et de l'obstétrique*]
- 494 OMS, *Contraceptive Checklist for Health Care Providers*, *op. cit.* note 473, p. 11.
- 495 OMS, *Contraceptive Checklist for Health Care Providers*, *op. cit.* note 473, p. 14.
- 496 OMS, *Contraceptive Checklist for Health Care Providers*, *op. cit.* note 473, p. 11.
- 497 WHO, *Contraceptive Checklist for Health Care Providers*, *supra* note 473, p. 21.
- 498 Voir OMS et UNFPA, *Ensuring Human Rights within Contraceptive Service Delivery*, *op. cit.* note 476, p. 16.
- 499 Ö Tunçalp, et al., *Quality of Care for Pregnant Women and Newborns – The WHO Vision*, 122 BJOG, p. 1045- 1046, mai 2015.
- 500 Rajat Khosla, et al., *International Human Rights and the Mistreatment of Women during Childbirth*, *Health and Human Rights Journal*, 14 novembre 2016. <https://www.hhrjournal.org/2016/11/international-human-rights-and-the-mistreatment-of-women-during-childbirth/> ; White Ribbon Alliance, *Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women*, octobre 2011, <https://www.whiteribbonalliance.org/respectfulcare>
- 501 Maxwell et al., *Health Handbook*, voir note 416, p. 244.
- 502 USAID & HI, *Reproductive Health Training Manual*, sections 4 et 5, *op. cit.* note 486, p. 15.
- 503 *Fistule obstétricale : Vue d'ensemble*, UNFPA, <https://www.unfpa.org/fr/fistule-obst%3%A9tricalea>
- 504 Secrétaire général des Nations Unies, *Intensifying Efforts to End Obstetric Fistula: Report of the Secretary-General*, Nations Unies, Document A/71/306*, 5 août 2016, disponible à l'adresse http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNGA71_-_Intensifying_Efforts_to_End_Obstetric_Fistula_A-71-306.pdf

- 505 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Fistule obstétrique : principes directeurs pour la prise en charge clinique et le développement de programmes*, rédaction : Gwyneth Lewis, Luc de Bernis, éd. 2006, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44099/9789242593679_fre.pdf?sequence=1
- 506 Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), Société internationale des chirurgiens de la fistule obstétricale (ISOFs), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), EngenderHealth et Collège royal des obstétriciens et des gynécologues (RCOG), *Manuel de formation à la chirurgie réparatrice de la fistule*, juin 2011, https://www.figo.org/sites/default/files/Aug%202011%20French_version_FIGO_Global_Compentency-Based_Fistula_Surgery_Training_Manual_O.pdf
- 507 Ö Tunçalp, et al., *Quality of Care for Pregnant Women and Newborns*, op. cit. note 499, p.1045.
- 508 Organisation mondiale de la Santé (OMS), WHO Recommendations on Maternal Health, 2017, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/maternal-health-recommendations/en/
- 509 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *WHO Recommendations on Newborn Health*, 2017, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/maternal-health-recommendations/en/
- 510 *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities*, op. cit. note 24, p. 24.
- 511 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Conseil pour la prise en charge de la santé maternelle et néonatale : Manuel pour le renforcement des compétences*, 2013, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241547628/fr/
- 512 Cecil Begley, et al., *Women with Disabilities: Barriers and Facilitators to Accessing Services during Pregnancy, Childbirth and Early Motherhood*, School of Nursing and Midwifery p. 8, 8 septembre 2009, <https://nursing-midwifery.tcd.ie/assets/publications/pdf/nda-literature-review.pdf> [ci-après Begley, et al., *Barriers and Facilitators to Accessing Service*].
- 513 Judith Rogers, *The Disabled Woman's Guide to Pregnancy and Birth*, 2005.
- 514 OMS, WHO Recommendations on Health Promotion Interventions for Maternal and Newborn Health, 2015, p. 30-32, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/health-promotion-interventions/en/ [ci-après OMS, *Maternal and Newborn Health Recommendations 2015*]
- 515 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 416, p. 240-241.
- 516 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 416, p. 251.
- 517 UNICEF, *Every Child's Birth Right: Inequities and Trends in Birth Registration*, décembre 2013, https://www.unicef.org/publications/index_71514.html
- 518 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Collaborer avec les individus, les familles et les communautés pour améliorer la santé maternelle et néonatale* p. 6-10, 15-17, 2010, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70165/WHO_MPS_09.05_fre.pdf;jsessionid=7B09FE581A8E-336B86C069581B9A18E9?sequence=1
- 519 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Collaborer avec les individus, les familles et les communautés*, op. cit. note 518, p. 15-18.
- 520 Voir Tamara Windau-Melmer, USAID, White Ribbon Alliance, *A Guide for Advocating for Respectful Maternity Care*, 2013, http://www.healthpolicyproject.com/pubs/189_RMCGuideFINAL.pdf; White Ribbon Alliance, *Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women*, octobre 2011, <https://www.whiteribbonalliance.org/respectfulcare>
- 521 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 416, p. 234.
- 522 Voir OMS, UNFPA, UNICEF, *Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale : Guide de pratiques essentielles*, section H2, 3^e édition, 2015, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/
- 523 UNFPA, *Promoting Equality, Recognizing Diversity: Case Stories in Intercultural Sexual and Reproductive Health among Indigenous Peoples in Latin America* (2010), <http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Intercultural%20Sexual%20and%20Reproductive%20Health%20-%20Case%20Stories.pdf>
- 524 UNFPA, *Promoting Equality, Recognizing Diversity* op. cit. note 523.
- 525 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Maternal and Newborn Health Recommendations 2015*, op. cit. note 514.
- 526 Ö Tunçalp, et al., *Quality of Care for Pregnant Women and Newborns*, op. cit. note 499, p. 1046.
- 527 Ö Tunçalp, et al., *Quality of Care for Pregnant Women and Newborns*, op. cit. note 499, p. 1046.
- 528 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*, 2016, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259584/9789242549911_fre.pdf?sequence=1
- 529 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement* (2018), http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12_fre.pdf?ua=1
- 530 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Collaborer avec les individus, les familles et les communautés*, op. cit. note 518, p. 15-18.
- 531 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 416, p. 244.
- 532 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, op. cit. note 144, p. xiv.
- 533 Voir *Accountability for Women's and Children's Health, Recommendation 2: Health Indicators*, OMS (2017), http://www.who.int/woman_child_accountability/progress_information/recommendation2/en/

- 534 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*, 2016, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259584/9789242549911-fre.pdf?sequence=1>
- 535 Voir National Institute for Health and Care Excellence (NICE), *The NICE Menu of General Practice and Clinical Commissioning Group Indicators*, p. 49, août 2016, <https://www.nice.org.uk/Media/Default/Standards-and-indicators/indicator-menu-update-aug-16.pdf>
- 536 UNFPA, Orientations opérationnelles de l'UNFPA pour l'éducation complète à la sexualité : une approche axée sur les droits de l'homme et l'égalité des genres, p. 6-8, 2014 https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_OperationalGuidance_FR%20-Website_0.pdf [ci-après UNFPA, Orientations opérationnelles pour l'ECS]
- 537 Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), *Revised Edition International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach* p. 16, 2018, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ITGSE_en.pdf [ci-après UNESCO, CSE Technical Guidance Revised]
- 538 UNESCO, CSE Technical Guidance Revised *op. cit.* note 537, p. 16-17.
- 539 UNESCO, *CSE Technical Guidance Revised* *op. cit.* note 537, p. 16.
- 540 UNESCO, CSE Technical Guidance Revised *op. cit.* note 537.
- 541 Programa de Educación Sexual (ANEP- CODICEN); Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo (iiDi); UNFPA, UNICEF, *Es Parte De La Vida: Material de Apoyo Sobre Educación Sexual y Discapacidad para Compartir en Familia*, 2012, http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/972_.pdf
- 542 UNESCO, *CSE Technical Guidance Revised* *op. cit.* note 537, p. 96.
- 543 Maxwell et al., *Health Handbook*, *op. cit.* note 416, p. 148.
- 544 *Circle Curriculum*, James Stanfield: K-12 Specialists in Special Education, 2017, <https://www.stanfield.com/product/circles-curriculum-bundle-w1037-3/>
- 545 Plusieurs auteurs, *Sexuality and Disability*, <http://blog.sexualityanddisability.org/>
- 546 Japleen Pasricha, *Tactile Body Models, and Condom Training*, *Sexuality and Disability*, 20 juillet 2015, <http://workshop.sexualityanddisability.org/2015/07/handloom-tactile-body-models-and-condom-training/>
- 547 « Decimelo a mil » <http://decimeloami.com/web/>
- 548 Voir Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et Promundo, *Adolescent Boys and Young Men: Engaging Them as Supporters of Gender Equality and Health and Understanding their Vulnerabilities*, mars 2016, <http://www.unfpa.org/publications/adolescent-boys-and-young-men>; UNFPA, Promundo & MenEngage Alliance, *Strengthening Civil Society Organizations and Government Partnerships to Scale Up Approaches Engaging Men and Boys for Gender Equality and Sexual and Reproductive Health and Rights: A Tool for Action*, décembre 2016, <http://www.unfpa.org/publications/strengthening-civil-society-organizations-and-government-partnerships-scale-up-approaches>
- 549 Rashid Mehmood Khan, *Addressing SRHR Concerns Faced by Persons with Disabilities in Pakistan*, 23 ARROW for Change, p. 26-27 (Sivanathi Thanenthiran, Arpita Das, Mangala Namasivayam, Rupsa Mallik, Sai Jyothir Mai Racherla eds. 2017).
- 550 The Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women & CREA, *Women with Disabilities: Disabled, Sexual, Reproductive*, 23 ARROW for Change, p. 3 (Sivanathi Thanenthiran, Arpita Das, Mangala Namasivayam, Rupsa Mallik, Sai Jyothir Mai Racherla eds. 2017), <http://arrow.org.my/publication/afc-disability-srhr/>. Voir aussi Ketki Ranade, Anjali - *Mental Health Rights Organization & The Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women, Sexual Rights of Women with Psychosocial Disabilities: Insights from India*, 2017, <http://arrow.org.my/wp-content/uploads/2017/12/TP-PsyDis-Web-Version.pdf>
- 551 *The Healthy Bodies Toolkit*, Vanderbilt Kennedy Center, Juin 2013, <http://vkcc.mc.vanderbilt.edu/healthybodies/index.html>
- 552 DiAnn L. Baxley et Anna L. Zendell, *Sexuality Across the Lifespan: Sexuality Education for Children and Adolescents with Developmental Disabilities. An Instructional Manual for Educators of Individuals with Developmental Disabilities*, 2011, <http://www.fddc.org/sites/default/files/file/publications/Sexuality%20Guide-Educators-English.pdf>
- 553 Kirsty Liddiard, (S)exploring Disability: Intimacies, Sexualities, and Disabilities - A Research Summary p. 7-11, disponible à l'adresse :http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/sociology/staff/syppbj/accessible_research_summary_second_draft_repaired.pdf
- 554 Liddiard, *op. cit.* note 553, p. 7-11.
- 555 UNESCO, CSE Technical Guidance Revised *op. cit.* note 537, p. 22-24.
- 556 UNESCO, CSE Technical Guidance Revised *op. cit.* note 537, p. 24.
- 557 UNESCO, *CSE Technical Guidance Revised* *op. cit.* note 537, p. 19-20.
- 558 UNFPA, UNFPA Operational Guidance for Comprehensive Sexuality Education: A Focus on Human Rights and Gender 7(2014), http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_OperationalGuidance_WEB3.pdf [ci-après UNFPA, CSE Operational Guidance]
- 559 UNFPA, *CSE Operational Guidance*, *op. cit.* note 558, p. 11.
- 560 UNFPA, *CSE Operational Guidance*, *op. cit.* note 558, p. 11.
- 561 UNFPA, *CSE Operational Guidance*, *op. cit.* note 558, p. 12.
- 562 UNESCO, CSE Technical Guidance Revised *op. cit.* note 537.
- 563 UNESCO, CSE Technical Guidance Revised *op. cit.* note 537, p. 12.
- 564 UNFPA, *CSE Operational Guidance*, *op. cit.* note 558, p. 13.

- 565 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Ligne directrice unifiée sur la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière sexuelle et reproductive : Résumé d'orientation*, 2017, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260444/WHO-RHR-17.03-fre.pdf?sequence=1> [ci-après OMS, *Ligne directrice unifiée sur la SDR des femmes vivant avec le VIH*]
- 566 Kaylee Rampage, *Sexual Health Education for Adolescents with Intellectual Disabilities: A Literature Review*, p. 21-24, septembre 2015 (rapport non publié) (informations recueillies auprès de l'auteur).
- 567 Voir Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, § 7.6, 8.25, 13.14(b), Nations Unies, Document A/ CONF.171/13/Rev.1, 5-13 septembre 1994, [ci-après Programme d'action de la CIPD] ; UNFPA, *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing Poverty, Advancing Development and Protecting Human Rights*, 2010, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/uarh_report_2010.pdf.
- 568 Maxwell et al., *Health Handbook*, *op. cit.* note 416, p. 157-168.
- 569 UNFPA, *Changer les choses : 10 messages clés de plaidoyer pour la prévention du VIH chez les filles et les jeunes femmes* p. 34, 2007, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/make_it_matter_fr.pdf [ci-après UNFPA, *Changer les choses*]
- 570 ONUSIDA, Note d'information : zéro cas de discrimination dans les structures de soins de santé p. 41, 2017, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20171124_UNAIDS_PCB41_Zero_discrimination-health-care-settings_17-27_FR.pdf.
- 571 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 : vers l'élimination des IST* p. 21, juin 2016, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250242/WHO-RHR-16.09-fre.pdf?sequence=1>
- 572 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles*, *op. cit.* note 571, p. 21.
- 573 Voir Baxley & Zendell, *op. cit.* note 552, p. 72-75.
- 574 Voir Maxwell et al., *Health Handbook*, *op. cit.* note 416, p. 157-184.
- 575 UNFPA, *Changer les choses : 10 messages clés de plaidoyer pour la prévention du VIH chez les filles et les jeunes femmes*, *op. cit.* note 569, p. 14-15.
- 576 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles* p. 78, 2^e éd., 2014, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254713/9789242548952-fre.pdf?sequence=1>
- 577 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Ligne directrice unifiée sur la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière sexuelle et reproductive* p. xvii (2017), http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/Ex-Summ-srhr-women-hiv/en/
- 578 Voir Maxwell et al., *Health Handbook*, *op. cit.* note 416, p. 183.
- 579 Voir Maxwell et al., *Health Handbook*, *op. cit.* note 416, p. 184.
- 580 Voir Maxwell et al., *Health Handbook*, *op. cit.* note 416, p. 183.
- 581 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Ligne directrice unifiée sur la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière sexuelle et reproductive*, *op. cit.* note 565, p. 24-30.
- 582 Équipe spéciale interinstitutions (IATT), OMS, UNFPA, UNICEF, *Compendium d'études de cas : HIV and Sexual and Reproductive Health Programming: Innovative Approaches to Integrated Service Delivery* p. 12, 2016, http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/HIV_SRH_Programming_Integrated_Service_Delivery_Case_Studies_1.pdf
- 583 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Strengthening Health Systems to Respond to Women Sub-jected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence: A Manual for Health Managers*, 2017, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259489/9789241513005-eng.pdf?sequence=1>
- 584 Voir Maxwell et al., *Health Handbook*, *op. cit.* note 416, p. 299-304; Nora E. Groce & Reshama Trasi, *Rape of Individuals with Disability: AIDS and the Folk Belief of Virgin Cleansing*, 363 *The Lancet* p. 1663-1664, 22 mai 2004.
- 585 CDPH, *op. cit.* note 429, p. 25.
- 586 Voir Doris Rajan, DAWN/RAFH Canada, *Femmes en situation de handicap et dépistage du cancer du sein : une analyse de contexte. Problèmes identifiés, stratégies et prochaines étapes recommandées* p. 5, 2012 [ci-après Rajan, *Femmes en situation de handicap et dépistage du cancer du sein*].
- 587 Programme d'action de la CIPD, *op. cit.* note 457, paragraphes 7.6, 8.25, 13.14(b).
- 588 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008* (6^e édition, 2011).
- 589 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Technical & Policy Guidance for Health Systems - Legal and Policy Considerations*, p. 1, 2015, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/sa_legal_policy_considerations/en/
- 590 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Unsafe Abortion*, *op. cit.* note 588, p. 40.
- 591 Voir, p. ex., L.C. v. Pérou, Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), Comm. n° 22/2009, § 9.2(a), 9.2(c), Nations Unies, Document CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011) ; CEDAW, *Observations finales : Sri Lanka*, § 283, Nation Unies, Document A/57/38, Partie I (2002) ; Comité des droits de l'enfant, *Observations finales : Tchad*, § 30, Nations Unies, Document CRC/C/15/Add.107, 1999 ; *Chili*, § 56, doc. officiel de l'ONU CRC/C/CHL/CO/3 (2007) ; *Guatemala*,

- § 40, Nations Unies, Document CRC/C/15/Add.154, 2001 ; Comité des droits de l'homme, *Observations finales : Guatemala*, § 20, Nations Unies, Document CCPR/C/GTM/CO/3, 2012 ; *République Dominicaine*, § 15, Nations Unies, Document CCPR/C/DOM/CO/5, 2012 ; *Panama*, § 9, Nations Unies, Document CCPR/C/PAN/CO/3, 2008 ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observations finales : Chili*, § 53, Nations Unies, Document E/C.12/1/Add.105, 2004 ; *Costa Rica*, § 25, 46, Nations Unies, Document E/C.12/CRI/CO/4, 2008 ; *Népal*, § 55, Nations Unies, Document E/C.12/1/Add.66, 2001 ; Comité contre la torture, *Concluding Observations: Pérou*, § 23, Nations Unies, Document CAT/C/PER/4, 2006.
- 592 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 416, p. 42.
- 593 Voir Rajan, *Femmes en situation de handicap et dépistage du cancer du sein*, op. cit. note 586, p. 5.
- 594 IPAS, *Access for Everybody: Disability Inclusion in Abortion and Contraceptive Care – OVERVIEW*, p. 4, 2018 file:///Users/alr/Downloads/AEDIG-E18_lr.pdf
- 595 Voir Rajan, *Femmes en situation de handicap et dépistage du cancer du sein*, op. cit. note 586, p. 6.
- 596 Voir Rajan, *Femmes en situation de handicap et dépistage du cancer du sein*, op. cit. note 586, p. 6.
- 597 DisAbleD Women's Network Canada / Réseau d'Action des Femmes Handicapées (DAWN /RAFH Canada), *Notre santé est importante ! Améliorer l'accès aux soins de santé pour les personnes en situation de handicap et les personnes sourdes*, 2012, <http://www.dawncanada.net/main/wp-content/uploads/2014/10/Our-Health-Matters.pdf>
- 598 Jane Tracy, Mary Burbidge, Jenny Butler, & Mandy Donley, *Supporting Women: Information and Resources for General Practitioners Supporting Women to Manage their Menstruation*, 2010, <http://www.cddh.monashhealth.org/wp-content/uploads/2016/11/supporting-women-gp.pdf>
- 599 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion* p. 5, 2014, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/en/ [ci-après OMS, *Safe Abortion Handbook*] ; OMS, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, p. 68, 2^e éd., 2012, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78413/9789242548433_fre.pdf?sequence=1 [ci-après OMS, *Directives en matière d'avortement sécurisé*].
- 600 Comité permanent interorganisations (IASC), *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence* p. 9-11, 2007, https://interagency-standingcommittee.org/system/files/legacy_files/IASC%20Guidelines%20MHPSS%20French.pdf
- 601 Organisation mondiale de la santé (OMS), *Safe Abortion Handbook*, op. cit. note 601, p. 10.
- 602 *Contraception – Quality Standard*, National Institute for Health and Care Excellence, p. 21-25 (NICE), septembre 2016, <https://www.nice.org.uk/guidance/qs129>.
- 603 IPAS, *Access for Everybody: Disability Inclusion in Abortion and Contraceptive Care – OVERVIEW*, p. 11-12, 2018, file:///Users/alr/Downloads/AEDIO-E18_lr.pdf
- 604 IPAS, *Access for Everybody – Overview*, op. cit. note 605, p. 11-12.
- 605 Jane Hartman Adamé, « I Designed a Menstrual Cup That's Easier for Disabled People to Use », *Teen Vogue*, 30 décembre 2017, 8 h 00 (heure normale de l'Est), <https://www.teenvogue.com/story/menstrual-cups-for-disabled-people>
- 606 *Table Manners and Beyond: The Gynecological Exam for Women with Developmental Disabilities and Other Functional Limitations* page 25, Katherine M. Simpson (dir.), mai 2001 [ci-après *Table Manners and Beyond*]
- 607 Society of Menstrual Cycle Research, "Kahani Her Mahine Ki" – A Menstruation Kit for the visually impaired women Sadhvi Thukral, *National Institute of Design*, Menstruation Matters, 5 juin 2016, <http://www.menstruationresearch.org/2015/05/28/menstrual-management-for-women-with-disabilities-menstrual-hygiene-taboos-and-menstrual-cycle-awareness/>
- 608 Monash Health et le Centre for Developmental Disability Health, *Pap Tests: The Plain Facts*, 2016, <http://www.cddh.monashhealth.org/wp-content/uploads/2016/11/pap-tests-the-plain-facts.pdf>
- 609 Voir Marge Berer, *Provision of Abortion by Mid-Level Providers: International Policy, Practice and Perspectives* Bulletin of the World Health Organization, vol. 87, p 58-63, janvier 2007, <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/1/07-050138/en/>
- 610 OMS, *Safe Abortion Handbook*, op. cit. note 601, p. 5 ; OMS, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, p. 65, 2^e éd., 2012, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78413/9789242548433_fre.pdf?sequence=1 [ci-après OMS, *Directives en matière d'avortement sécurisé*].
- 611 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 416, p. 123.
- 612 *Table Manners and Beyond*, op. cit. note 608, p. 8.
- 613 OMS, *Safe Abortion Handbook*, op. cit. note 601, p. 10-13.
- 614 OMS, *Safe Abortion Handbook*, op. cit. note 601, p. 10 ; OMS, *Directives en matière d'avortement sécurisé*, op. cit. note 612, p. 36-37. Voir également OMS, *Directives en matière d'avortement sécurisé*, op. cit. note 612, p. 68.
- 615 OMS, *Safe Abortion Handbook*, op. cit. note 601, p. 5.
- 616 OMS, *Directives en matière d'avortement sécurisé*, op. cit. note 612, p. 64.
- 617 OMS, *Safe Abortion Handbook*, op. cit. note 601, p. 61-64 ; OMS, *Safe Abortion: Technical & Policy Guidance for Health Systems – Legal and Policy Considerations*, 2015, p. 5, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/sa_legal_policy_considerations/en/

- 618 Voir Rajan, *Femme en situation de handicap et cancer du sein*, op. cit. note 586.
- 619 OMS, *Safe Abortion Handbook*, op. cit. note 601, p. 10.
- 620 UNFPA et Promundo, *Adolescent Boys and Young Men: Engaging Them as Supporters of Gender Equality and Health and Understanding their Vulnerabilities*, p. 22-24, mars 2016, <http://www.unfpa.org/publications/adolescent-boys-and-young-men>
- 621 OMS, *Making Health Services Adolescent Friendly: Developing National Quality Standards for Adolescent Friendly Health Services*, p. 5, 2012, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/
- 622 UNFPA, *Changer les choses*, op. cit. note 388.
- 623 Rajan, *Femme en situation de handicap et cancer du sein*, op. cit. note 586, page 6.
- 624 OMS, *Making Health Services Adolescent Friendly*, op. cit. note 623, p. 5.
- 625 OMS, *Making Health Services Adolescent Friendly*, op. cit. note 623, p. 5.
- 626 Rajan, *Femme en situation de handicap et cancer du sein*, op. cit. note 586, p. 5-6.
- 627 OMS, Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA !) : orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays - Résumé, 2017, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272405/WHO-FWC-MCA-17.05-fre.pdf>
- 628 OMS, AA-HA ! : orientations, op. cit. note 629, p. 3.
- 629 OMS et ONUSIDA, Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents : guide pour la mise en œuvre d'une stratégie fondée sur des normes afin d'améliorer la qualité des services de santé pour les adolescents. Volume 1 : Normes et critères, 2016, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252726/9789242549331-vol1-fre.pdf?sequence=1>
- 630 OMS et ONUSIDA, Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents, op. cit. note 631, p. 4.
- 631 Caroline van Slobbe, Dutch Coalition on Disability and Development, Share-Net International, *Everybody Matters: Good Practices for Inclusion of People with Disabilities in Sexual and Reproductive Health and Rights Programmes*, p. 31-32, rédaction : Claire Stout, Bianca Tolboom et Lieke Scheewe, 2017, <http://share-netinternational.org/everybody-matters/> [ci-après DCDD et Share-Net, *Everybody Matters*]
- 632 DCDD et Share-Net, *Everybody Matters*, op. cit. note 633, p. 31.
- 633 DCDD et Share-Net, *Everybody Matters*, op. cit. note 633.
- 634 Down's Syndrome Scotland, *Let's Talk About Periods*, 2016, <https://www.dsscotland.org.uk/wordpress/wp-content/uploads/2016/02/Lets-talk-Periods.pdf>
- 635 Maxwell et al., *Health Handbook*, op. cit. note 416, p. 110.
- 636 Jane Tracy, Sonia Grover et Sandra Macgibbon, « Menstrual Issues for Women with Intellectual Disability », *Australian Prescriber*, vol. 39, n° 2, 1er avril 2016, <https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/menstrual-issues-for-women-with-intellectual-disability>
- 637 Sabrina Rubi et Jennifer Rubi, « The Unheard Voices Of Tanzanian Girls With Disabilities Breaking The Menstrual Taboo », *The Huffington Post*, 23 mars 2017, http://www.huffingtonpost.ca/sabrina-rubli/tanzanian-girls-with-disabilities_b_15537396.html. Voir également *Femme International, Our Programs*, <https://www.femmeinternational.org/our-work/>
- 638 The Adolescent Kit For Expression and Innovation, <http://adolescentkit.org/>
- 639 UNICEF, Prenez-nous au sérieux ! L'implication des enfants handicapés aux décisions qui affectent leurs vies, p. 24-25, 2012, https://www.unicef.org/disabilities/files/take-us-seriously_french_rev1.pdf.
- 640 OMS, *Making Health Services Adolescent Friendly*, op. cit. note 623, p. 5.
- 641 Voir Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap, S 53(h), document officiel de l'ONU A/HRC/20/5, 30 mars 2012, <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session20/A.HRC.20.5.FRA.pdf>
- 642 Voir par exemple Decimelo a mi! <http://decimeloami.com/web/>
- 643 OMS, *Compétences de base en santé et développement de l'adolescent pour les prestataires de soins primaires* et outil pour évaluer le volet « santé et développement de l'adolescent » dans la formation initiale des prestataires de soins de santé, 2015, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/core_competencies/fr/
- 644 *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, Note du Secrétaire, § 18, document officiel de l'ONU A/HRC/32/32, 4 avril 2016.
- 645 *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, op. cit. note 646, § 56.
- 646 Voir *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, op. cit. note 646.
- 647 Voir Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situation de crise, Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, 2010, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/field_manual/fr/ (remarque : une nouvelle version de ce manuel devrait paraître en 2018 après la publication du présent document) ; UNFPA, Minimum Initial Service Package (MISP), avril 2015, https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/MISP_Objectives.pdf ; Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situation de crise, *DMU (MISP) en Français*, 2011, <http://iawg.net/minimum-initial-service-package/dmu-misp-en-francais/>.

- 648 Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents, *op. cit.* note 389.
- 649 Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents, *op. cit.* note 389, p. 18, 28.
- 650 Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents, *op. cit.* note 389, p. 18, 28.
- 651 Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents, *op. cit.* note 389, p. 30.
- 652 Ragnar Anderson, Christine Panchaud, Lisa Remez et Susheela Singh, Measuring Adolescent Women's Sexual and Reproductive Health Within A Rights-Based Framework: Developing and Applying an Index, Guttmacher Institute, décembre 2014, p. 9, <https://www.guttmacher.org/report/measuring-adolescent-womens-sexual-and-reproductive-health-within-rights-based-framework>
- 653 James E. Rosen et Ruth Levine, Mainstreaming Adolescent Girls into Indicators of Health Systems Strengthening, Center for Global Development, 26 février 2010, p. 9, www.cgdev.org/doc/ghprn/Start_with_a_Girl-Indicators%20Paper.pdf
- 654 OMS, *La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles*, deuxième édition, p. 78, 2014, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer_guide/fr/
- 655 Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents, *op. cit.* note 389, p. 5-6.
- 656 CDPH, *op. cit.* note 671, article 2.
- 657 Comité sur les droits des personnes handicapées (Comité CDPH), *Observations générales n° 3* (2016) Article 6 : les femmes et les filles handicapées, § 27, document officiel de l'ONU CRPD/C/GC/3, 25 novembre 2016.
- 658 Voir Comité CDPH, *Observation générale n° 1* (2014) Article 12 : Reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité, § 39, document officiel de l'ONU CRPD/C/GC/1, 19 mai 2014.
- 659 Vanderbilt Kennedy Center for Excellence in Developmental Disabilities, « Informed Consent in Adults with Intellectual or Developmental Disabilities », Health Care for Adults with Intellectual and Developmental Disabilities: Toolkit for Primary Care Providers, 2017, <http://vk.mc.vanderbilt.edu/etoolkit/general-issues/informed-consent/>
- 660 CDPH, *op. cit.* note 671, article 23(1).
- 661 UNFPA, *Orientations opérationnelles de l'UNFPA pour l'éducation complète à la sexualité : une approche axée sur les droits de l'homme et l'égalité des genres*, 2014, p. 6-7, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_OperationalGuidance_FR%20-Website_0.pdf
- 662 Janice Du Mont et Deborah White, *The Uses and Impacts of Medico-Legal Evidence in Sexual Assault Cases: A Global Review*, OMS, p. 10, 2007, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43795/1/9789241596046_eng.pdf ; Voir également OMS, Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence, 2003, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf>
- 663 World Network of Users and Survivors of Psychiatry, Implementation Manual for the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities, p. 9, février 2008, http://www.wnusp.net/documents/WNUSP_CRPD_Manual.pdf
- 664 World Network of Users and Survivors of Psychiatry, *Implementation Manual*, *op. cit.* note 676, p. 9.
- 665 UNFPA, *Girlhood, Not Motherhood*, *op. cit.* note 690, p. 6.
- 666 UNFPA, *Girlhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy*, 2015, p. 6, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood_not_motherhood_final_web.pdf
- 667 UNFPA, *Marrying Too Young: End Child Marriage*, 2012, p. 10, <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MarryingTooYoung.pdf>
- 668 OMS, *Mutilations sexuelles féminines : principaux faits*, 31 janvier 2018, <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- 669 UNFPA, Mise en œuvre du cadre international et régional des droits de la personne en vue de l'élimination des mutilations génitales féminines, p. 26-31, 2014, <http://www.unfpa.org/publications/implementation-international-and-regional-human-rights-framework-elimination-female>
- 670 CDPH, *op. cit.* note 671, article 1.
- 671 Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, *Protocole relatif à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique*, article 1(g), AHG/Res. 240 (XXXI), juin 1995 ; Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, *Draft Protocol to the African Charter on Human and Peoples Rights on the Rights of Persons with Disabilities in Africa*, article 1, (version II, 16-25 février 2016), disponible à l'adresse <http://www.achpr.org/news/2016/04/d216>
- 672 OMS, Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines, p. vii, 2013, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf
- 673 Comité CDPH, *Observation générale n° 1* (2014) Article 12 : Reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité, § 29, document officiel de l'ONU CRPD/C/GC/1, 19 mai 2014.
- 674 Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap, § 16, document officiel de l'ONU A/HRC/20/5, 30 mars 2012, <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session20/A.HRC.20.5.FRA.pdf>
- 675 OMS, *Sexual and Reproductive Health: Defining Sexual Health*, 2017, http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

- 676 Comité permanent interorganisations (IASC), Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence fondée sur le genre dans l'action humanitaire : réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement, p. 252, août 2015, https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VBG_version-francaise.pdf
- 677 UNFPA, *Urgences*, <https://www.unfpa.org/fr/urgences>
- 678 Convention relative aux droits des personnes handicapées, article 11, résolution de l'Assemblée générale 61/106, document officiel de l'ONU A/RES/61/106, 13 décembre 2006.
- 679 OMS, Health System Strengthening: Glossary, janvier 2011, www.who.int/healthsystems/Glossary_January2011.pdf
- 680 Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), ONU-Femmes, Organisation mondiale de la Santé (OMS), Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), *Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence, Module 1*, p. 9, 2015, <http://www.unfpa.org/publications/essential-services-package-women-and-girls-subject-violence> [ci-après *Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence, (Module 1)*].
- 681 PNUD, UNICEF, ONU-Femmes, *Informal Justice Systems: Charting a Course for Human Rights-Based Engagement*, p. 8, 2012, <http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2013/1/informal-justice-systems-charting-a-course-for-human-rights-based-engagement.pdf?la=en&vs=5500>
- 682 Secrétaire général des Nations Unies, Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes : Rapport du Secrétaire général, § 21, document officiel de l'ONU A/61/122/Add.1, 6 juillet 2006, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/419/75/PDF/N0641975.pdf?OpenElement>
- 683 Nora E. Groce et Reshama Trasi, « Rape of Individuals with Disability: AIDS and the Folk Belief of Virgin Cleansing », *The Lancet*, vol. 363, p. 1663-1664, 22 mai 2004.
- 684 Groce *et al.*, Rape of Individuals with Disability, *op. cit.* note 687, p. 1663-1664.
- 685 *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes*, article premier, résolution de l'Assemblée générale 48/104, document officiel de l'ONU A/RES/48/104, 20 décembre 1993.
- 686 Secrétaire général des Nations Unies, Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes : Rapport du Secrétaire général, § 111-113, document officiel de l'ONU A/61/122/Add.1, 6 juillet 2006, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/419/75/PDF/N0641975.pdf?OpenElement>
- 687 Comité permanent interorganisations (IASC), Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence fondée sur le genre dans l'action humanitaire : réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement, août 2015, p. 322, https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VBG_version-francaise.pdf
- 688 Secrétaire général des Nations Unies, Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes : Rapport du Secrétaire général, § 113, document officiel de l'ONU A/61/122/Add.1, 6 juillet 2006, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/419/75/PDF/N0641975.pdf?OpenElement>
- 689 Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), ONU-Femmes, Organisation mondiale de la Santé (OMS), Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), *Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence, Module 1*, p. 10, 2015, <http://www.unfpa.org/publications/essential-services-package-women-and-girls-subject-violence>



Assurer les droits et les choix pour tous

