

ACCÈS POUR TOUTES

• INCLUSION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LES SERVICES D'AVORTEMENT ET DE CONTRACEPTION •



APERÇU

INTRODUCTION

Une sexualité saine, la liberté reproductive et la capacité à disposer de son corps sont des indicateurs importants de santé et de bien-être pour tous, indépendamment du sexe, de l'âge, de la classe sociale, du statut économique, de l'origine ethnique, de la religion, de l'orientation sexuelle, des capacités ou d'autres facteurs sociaux. Ceci est aussi vrai pour les personnes en situation de handicap qui représentent 15 % de la population mondiale et dont 80 % vivent en situation de faibles ressources (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2011). Bien qu'elles représentent une part considérable de la population, les personnes en situation de handicap¹ sont largement oubliées et moins bien servies par les services de santé sexuelle et reproductive (Addlakha, Price et Heidari, 2017), en particulier ceux axés sur l'avortement sécurisé et la contraception. Les bailleurs, les organismes de mise en œuvre de programmes de santé sexuelle et reproductive (SSR), les universités et les activistes commencent à étudier les besoins et les droits des personnes en situation de handicap. Cependant, des lacunes persistent dans les domaines spécifiques relatifs aux services d'avortement sécurisé et de contraception.

lpas a réalisé une étude documentaire et mené des entretiens auprès d'informateurs clés² pour commencer à répondre à ces lacunes dans les données probantes. Ce processus a donné un aperçu significatif pour comprendre les besoins en matière d'avortement et de contraception des personnes en situation de handicap et y répondre :

¹ Ce document traite spécifiquement des besoins en matière d'avortement, de contraception et de santé sexuelle et reproductive de personnes en situation de handicap informées et consentantes. Il est important de ne pas confondre ce groupe avec celles contraintes à des choix de santé reproductive non désirés ou celles qui ne sont pas en mesure de fournir un consentement éclairé.

² Les entretiens auprès d'informateurs clés ont été menés auprès de 18 personnes issues d'organisations de personnes handicapées, d'organisations sur les droits des personnes en situation de handicap, d'lpas, de Marie Stopes International (MSI) et d'universitaires, situées dans sept pays en Afrique, en Asie et en Amérique latine, en plus des États-Unis et du Royaume-Uni. La recherche documentaire s'est portée sur l'examen de documents publiés et examinés par des pairs, de la documentation parallèle, d'articles sur Internet et de blogs.

- Les besoins en matière d'avortement et de contraception des personnes en situation de handicap sont variés, majoritairement invisibles, insuffisamment pris en charge et traités avec un manque de compétence.
- L'avortement non sécurisé en soi peut être source de handicaps
- En raison de facteurs de stigmatisations combinés et qui se recoupent, les personnes en situation de handicap peuvent faire face à des obstacles uniques et conséquents dans l'accès aux soins d'avortement.
- Parmi les femmes faisant l'objet de violences sexuelles et sexistes, bon nombre sont des personnes en situation de handicap³, ce qui peut entraîner un taux élevé de grossesses non désirées et, par conséquent, d'avortement.
- Une approche double est essentielle pour que l'inclusion du handicap soit significative et durable ; elle consiste à promouvoir les interventions qui ciblent spécifiquement les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive des personnes en situation de handicap tout en normalisant l'inclusion du handicap dans les pratiques des services de santé sexuelle et reproductive généraux.
- Le respect par les gouvernements et d'autres acteurs de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) est essentiel pour reconnaître et faire appliquer les droits des personnes handicapées.

Ce document explique l'importance de l'inclusion du handicap dans les services d'avortement et de contraception au sein des programmes et apporte des ressources pour soutenir la conception et la mise en œuvre d'interventions pour répondre aux besoins non satisfaits. Ceci inclut une présentation des obstacles courants auxquels font face les personnes en situation de handicap, une description du cadre mondial pouvant guider les approches programmatiques pour l'inclusion du handicap et une sélection de leçons tirées du travail sur le terrain et de pratiques prometteuses.

Le Guide pour l'Inclusion du Handicap connexe apporte des mesures pour intégrer concrètement l'inclusion du handicap dans les stratégies de politiques, de prestation de services et d'implication de la communauté, assurant ainsi un accès à des services de santé salutaires pour toutes, y compris pour les personnes en situation de handicap.

POURQUOI L'ACCÈS POUR TOUTES

L'OMS définit le handicap comme « une déficience, une limitation des activités et des restrictions de participation, se référant aux aspects négatifs de l'interaction entre une personne (avec un trouble de santé) et les facteurs contextuels de cette personne » (OMS, 2011). Les grandes catégories de handicaps sont celles affectant la vue, le mouvement, les capacités cognitives, la communication, l'audition, la santé mentale et les rapports avec les autres (*Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2017*). Même si elles représentent une part significative de la population mondiale, les besoins et préférences des personnes en situation de handicap ne sont pas pris en compte ni traités en priorité dans la plupart des services d'avortement sécurisé et de contraception. Pour accéder à ces services, les personnes présentant des handicaps doivent par conséquent composer avec des défis supplémentaires, pouvant prendre la forme

³ Les femmes en situation de handicap sont dix fois plus susceptibles de connaître des violences sexuelles comparées aux femmes sans handicap (Fonds des Nations Unies pour la population [FNUAP], 2016).

d'obstacles physiques, en matière de communication ou liés à la stigmatisation.

Prévenir le handicap évitable et les problèmes de santé mentale

Selon les estimations, environ 25 millions d'avortements non sécurisés ont lieu chaque année, suite auxquels 8,5 millions de personnes nécessitent une prise en charge des complications de l'avortement non sécurisé, appelée soins après avortement (OMS, 2008). Malgré ces chiffres, seules cinq millions de personnes nécessitant des soins après avortement sont hospitalisées chaque année, laissant 3,5 millions de personnes sans soins (OMS, 2008). La stérilité suite à un avortement non sécurisé et la sepsie maternelle sont la 8ème cause de handicap dans le monde, affectant 33,4 millions de personnes, dont la majorité se trouve dans des situations de faibles revenus (OMS, 2011). Les blessures et les complications dues à l'avortement non sécurisé engendrent deux millions d'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI), ce qui représente 15% de tous les EVCI pour des troubles liés à la santé maternelle (Shah et Ahman, 2014).

Le refus de soins d'avortement à des personnes qui en ont besoin a été corrélé à un niveau scolaire moins élevé, un statut socioéconomique plus bas et à des effets négatifs sur la santé mentale (Ipas, 2008).

Inversement, la capacité à prendre ses propres décisions sur sa santé, sa famille et son avenir est associé à un sentiment d'émancipation (Ipas, 2008).

OBSTACLES À L'ACCÈS

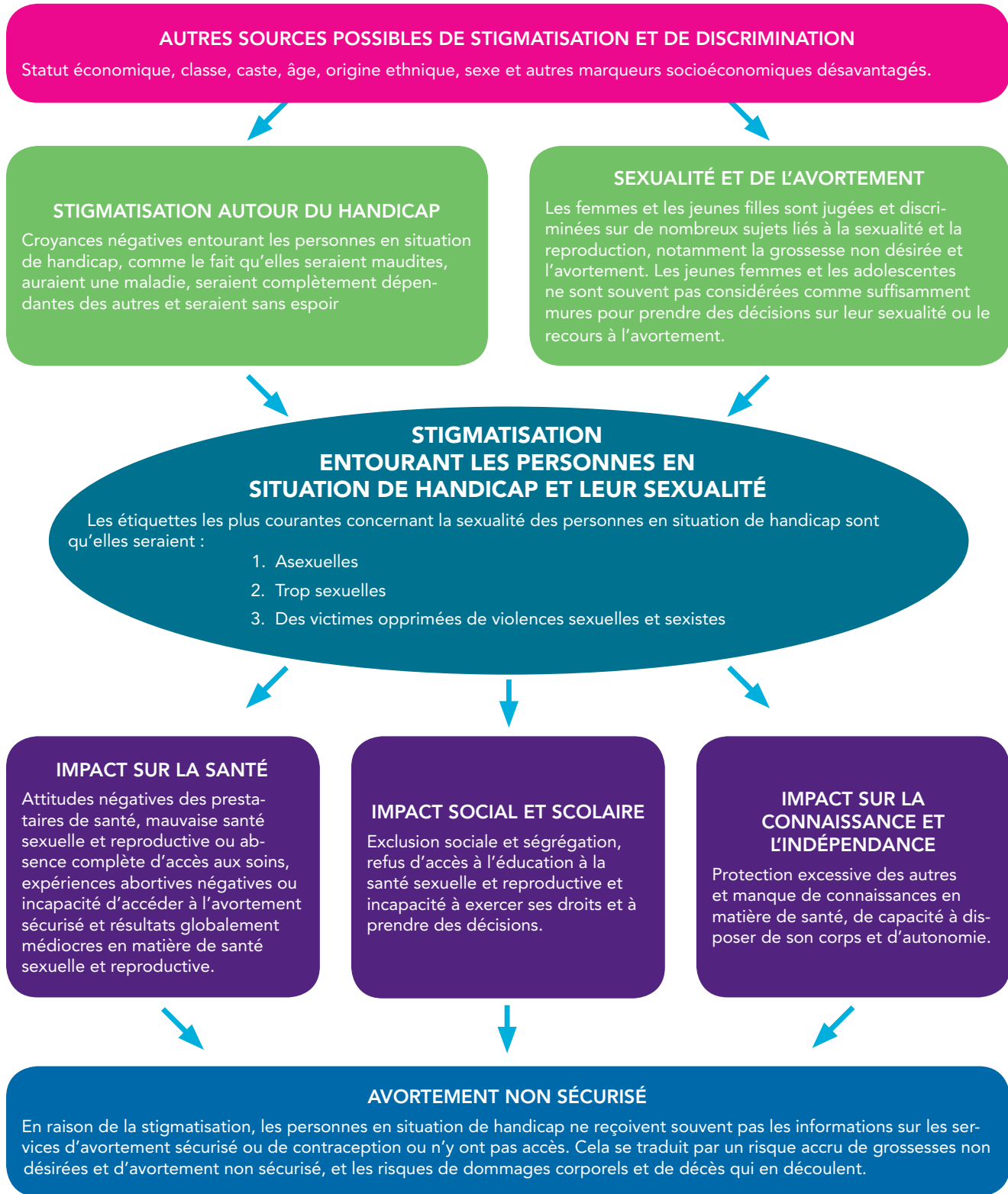
Pour promouvoir la non-discrimination et veiller à ce que les personnes en situation de handicap puissent accéder de manière active et significative aux services d'avortement et de contraception de manière égale par rapport aux autres, il est essentiel de comprendre les obstacles supplémentaires auxquels font face ces personnes au niveau **des politiques, de la prestation de services, et au sein de la communauté et de la famille.**

Les attitudes stigmatisantes sur le handicap de personnes influentes de la communauté, des politiciens et des leaders religieux peuvent mener à une exclusion généralisée dans la population et les communautés des personnes en situation de handicap et d'autres groupes mal desservis. *Schéma 1 : Cycle de la stigmatisation* illustre la manière dont les personnes avec un handicap doivent composer avec des obstacles combinés et qui se recoupent en raison d'attitudes négatives, de superstitions et d'idées fausses sur leur sexualité, en particulier la croyance généralisée de leur asexualité ou de leur déviance sexuelle.

Ces idées fausses sont exacerbées par les attitudes négatives sur la grossesse non désirée et l'avortement.

CYCLE DE LA STIGMATISATION

AFFECTE LA SEXUALITÉ ET LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP



Obstacles au niveau des politiques

Le manque de compréhension et le fait de ne pas considérer l'inclusion du handicap comme une priorité par les législateurs et les décideurs nationaux et internationaux crée des obstacles pour les personnes en situation de handicap qui les empêchent d'accéder aux services d'avortement et de contraception. L'absence de contenu ciblé sur l'inclusion du handicap et la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction dans les écoles de droit et les instituts politiques peut perpétuer les attitudes négatives et la stigmatisation généralisée envers les personnes en situation de handicap (voir *Schéma 1*).

En outre, le manque général de compréhension et de respect de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et de l'Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (Article 12) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR)⁴ sabote les intentions de répondre aux besoins des personnes en situation de handicap.

Un tel environnement encourage **le faible taux de déclaration d'enfants handicapés à la naissance**. Sans déclaration, les personnes handicapées ne peuvent pas obtenir de carte d'identité nationale et sont par conséquent exclues du recensement et d'autres données sociétales. Cela se traduit par peu de données collectées ou ventilées sur les personnes en situation de handicap, renforçant leur invisibilité et compliquant encore plus le travail de plaidoyer (Handicap International, 2012).

Obstacles au niveau de la prestation de services

Des obstacles à l'accès aux services d'avortement et de contraception au niveau de la prestation de services existent au sein des établissements de santé et auprès des prestataires de santé.

Établissements

Les limitations **de temps et de financement** pour modifier l'équipement et lever **les obstacles physiques et de communication/d'information** au sein des établissements de santé sont des freins fondamentaux. De nombreux systèmes publics de santé **manquent de ressources** et de fournitures, d'équipement, d'infrastructures fonctionnelles et de personnel formé. Les droits et les besoins des personnes en situation de handicap **ne sont pas reconnus ni priorisés**. C'est pourquoi répondre à ces besoins peut être perçu comme un fardeau financier. **La distance et l'inadéquation des transports** vers les services d'avortement et de contraception sont des obstacles supplémentaires, qui sont décuplés en zone rurale.

Les personnes handicapées **nécessitent plus de temps** de counselling, de procédure et de soins de suite avec un professionnel de santé. À cela s'ajoutent des files et des temps d'attente longs dans les centres de santé. Les personnes en situation de handicap étant souvent isolées ou non connectées avec les organisations pour personnes handicapées⁵, nombre d'entre elles ont un accès limité à des interprètes ou d'autres réseaux d'orientation, les empêchant d'accéder à un établissement de santé ou de bénéficier de services à leur arrivée.

4 Développé par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR), Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (Article 12) indique que la santé est un droit humain fondamental essentiel pour la capacité à exercer d'autres droits humains.

5 Les organisations de personnes handicapées sont composées de personnes ayant un handicap et effectuant un plaidoyer pour leurs droits.

Ne pas pouvoir entendre ou comprendre ce que quelqu'un dit est l'obstacle le plus courant pour les personnes avec un déficit auditif, de communication ou psychosocial/mental. Ceci peut se dérouler à différents moments tout au long de la prestation de services quand il n'existe pas d'instructions claires sur comment s'enregistrer, savoir quand son nom est appelé ou comprendre les indications du pharmacien pour prendre un médicament. De même, **l'incapacité à communiquer** pour répondre aux questions de prestataires ou d'autres membres du personnel de l'établissement de santé peut faire passer à côté des besoins et des préoccupations. **Des formulaires et d'autres supports d'information difficiles à lire** peuvent rendre encore plus difficile l'obtention de services ou de réorientations vers des services, en particulier pour les personnes avec des déficiences visuelles ou des handicaps psychosociaux ou intellectuels.

Prestataires de services de santé

Les prestataires de santé **peuvent ne pas bien comprendre** les besoins des personnes en situation de handicap, par exemple la nécessité de connaître leur méthode de communication préférée et de prévoir plus de temps pour des questions et le besoin d'équipement ajustable.

L'absence du handicap dans **le contenu et les programmes** des universités et des formations cliniques professionnelles sur l'avortement et la contraception perpétue les attitudes négatives et la stigmatisation généralisée envers les personnes en situation de handicap (voir *Schéma 2*, page 7). De plus, le manque de contenu relatif au handicap dans les procédures de fonctionnement normalisées et les directives cliniques empêche les administrateurs de la santé **de prioriser et de financer** les services pour des personnes en situation de handicap, ce qui se traduit par des soins de qualité médiocre, le refus de soins et l'absence de ressources pour les modifications d'équipement, les supports d'information et les infrastructures.

Le manque de formation des prestataires sur **le consentement éclairé** pour les services d'avortement et de contraception peut également se traduire par des prestataires qui orientent les personnes en situation de handicap ailleurs ou qui n'offrent pas de services par peur ou manque de connaissances.

Obstacles communautaires

Les dynamiques de pouvoir et entre les sexes, les attitudes négatives et les normes socioculturelles contribuent à la stigmatisation des personnes handicapées. Cette stigmatisation entraîne souvent leur exclusion de la communauté et entrave le lien avec les organisations de personnes handicapées, lien qui pourraient les aider en élargissant leur soutien social ainsi que leurs perspectives académiques et d'emploi. Le traitement différentiel par les membres de la communauté ainsi que le manque d'adhésion aux principes de conception universelle⁶ et aux directives sur l'accessibilité de la Convention relative aux droits des personnes handicapées⁷ dans les espaces publics (comme les lieux de culte, les espaces de loisirs et de shopping et les lieux d'enseignement et de travail) entravent la participation active et significative des personnes en situation de handicap.

6 La conception universelle est un concept dont le but est de rendre l'environnement, les produits et les services plus accessibles à tous, en particulier aux personnes en situation de handicap, aux personnes âgées, aux femmes enceintes, aux enfants et aux personnes temporairement malades (Australian Agency for International Development [AusAID], 2013).

7 L'Article 9 - Accessibilité de la Convention relative aux droits des personnes handicapées souligne comment les états doivent identifier et éliminer les obstacles à l'accès pour permettre aux personnes en situation de handicap de mener une vie moderne en toute indépendance (Nations unies, 2006).

Obstacles familiaux

L'absence de sources d'information et de services d'avortement, de contraception et de santé sexuelle et reproductive en général pour les personnes en situation de handicap se traduit par un manque de connaissances et d'autonomie, qui renforce l'idée stigmatisante qu'ils ne sont pas capables et qu'ils ne méritent pas un traitement égal. Se reposer sur la famille pour le soutien financier, l'assistance physique ou la communication pour accéder à des services d'avortement et de contraception est un obstacle significatif. *Le Schéma 2 : Soutien au sein de la famille* indique comment la stigmatisation des personnes handicapées est exacerbée au niveau familial ; c'est dans les familles qu'elles sont souvent négligées, violées, déshumanisées, confinées à l'intérieur et où qu'elles n'ont pas la capacité à disposer de leur corps.

Facteurs aggravants

L'incidence plus élevée de violences sexuelles et sexistes, de VIH/SIDA et de pauvreté complique davantage l'expérience des personnes en situation de handicap et de leurs besoins en matière d'avortement et de contraception.

Violences sexuelles et sexistes

En raison d'idées fausses au sujet de leur sexualité, il arrive souvent que des personnes en situation de handicap ne reçoivent pas les informations de base sur la santé sexuelle et reproductive ; elles ne sont certainement pas visées par les informations ou les services liés aux violences sexuelles et sexistes. Cependant, ces personnes sont plus susceptibles d'être l'objet d'actes sexuels violents ou sous la contrainte (Abimanyi-Ochom, Mannan, Groce et McVeigh, 2017) et les femmes handicapées sont dix fois plus sujettes aux violences sexuelles que les femmes sans handicap (FNUAP, 2016). Une étude a indiqué que les personnes en situation de handicap sont plus susceptibles de vivre célibataires au sein de leur famille de naissance et font plus l'objet de violences familiales, le plus souvent perpétrées par le père ou la mère (Vallins et Wilson, 2013).

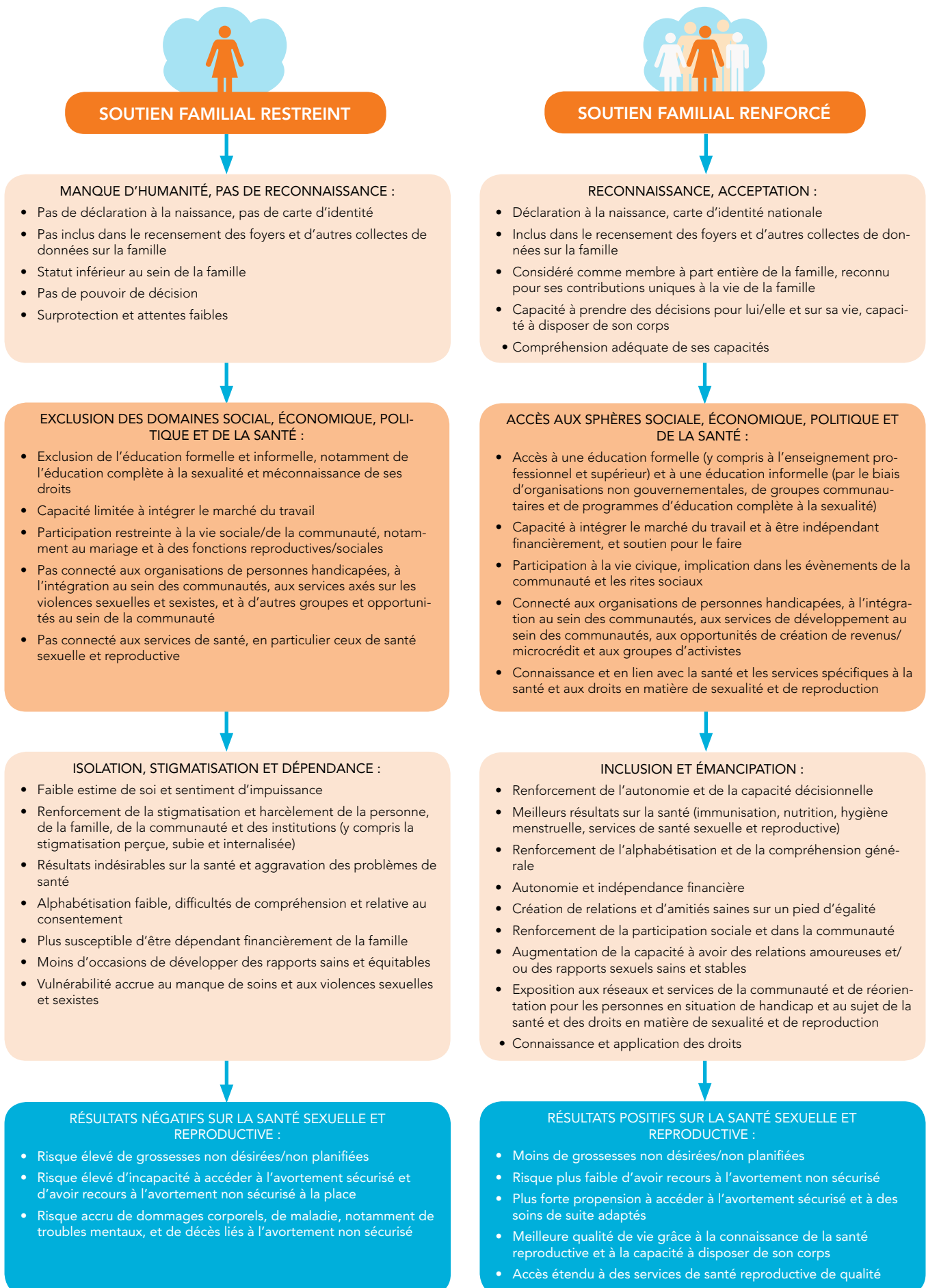
Les interventions sur les violences sexuelles et sexistes étant le plus souvent orientées sur des conflits intimes, la violence que les personnes en situation de handicap endurent n'est souvent pas remarquée par les prestataires de santé (Bradbury-Jones et al., 2015). Les personnes en situation de handicap n'ont souvent pas connaissance de leurs droits et sont moins susceptibles de déclarer des violences, car elles sont dépendantes de leur soignant, limitant ainsi un peu plus leur accès à des services sur la violence sexuelle et sexiste et leur capacité à obtenir un lieu de vie indépendant (Andrae, 2016 ; Vallins et Wilson, 2013).

VIH/SIDA

Même si elles sont perçues comme moins exposées au VIH, les personnes en situation de handicap connaissent un taux trois fois plus élevé d'infection que les personnes sans handicap, ceci en raison de contraintes et de violences sexuelles et du manque d'éducation sexuelle (Human Rights Watch, 2011). En raison d'obstacles physiques, de communication, d'informations et d'attitudes, les personnes en situation de handicap sont également plus susceptibles de connaître un retard dans la réception de leurs résultats de dépistage du VIH ou de revenir pour obtenir des services (Abimanyi-Ochom et al., 2017).

Schéma 2 **SOUTIEN AU SEIN DE LA FAMILLE : ESSENTIEL POUR PERMETTRE L'ACCÈS À L'AVORTEMENT SÉCURISÉ**

Le soutien au sein de la famille pour les enfants et les adultes handicapés varie en fonction du contexte, du temps et des ressources disponibles, ainsi que de l'attitude et des normes de la famille et de la communauté.



Pauvreté

Les obstacles financiers sont particulièrement lourds pour les personnes en situation de handicap, car il est courant qu'elles soient financièrement dépendantes des autres pour leurs soins. Les personnes vivant dans la pauvreté sont plus susceptibles de souffrir de handicaps, et les personnes handicapées sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté en raison de dépenses supplémentaires liées aux soins du handicap (Chintende, Sitali, Michelo et Mweemba, 2017). La discrimination et la stigmatisation envers les personnes en situation de handicap limitent leurs perspectives d'emploi, ce qui entrave un peu plus leur sortie du cercle de la pauvreté (AusAID, 2013; Chintende et al., 2017; Trani et al., 2015).

QUE FAIT-ON ? INITIATIVES MONDIALES

Au cours de la décennie passée, de vastes initiatives mondiales, des cadres ainsi que des rapports axés sur l'inclusion du handicap ont développé les connaissances et la propension des bailleurs, des organismes de mise en œuvre de programmes de SSR, des universités et des activistes à inclure le handicap dans les services de santé sexuelle et reproductive. Des collaborations entre les principaux bailleurs, les organisations non gouvernementales, les organisations basées dans les communautés, les organisations de personnes handicapées et les universités ont permis de grandes améliorations dans l'inclusion du handicap à la santé sexuelle et reproductive. Voici un résumé détaillé de ces initiatives mondiales.

Initiatives mondiales sur l'inclusion des personnes en situation de handicap

- La [Convention relative aux droits des personnes handicapées](#) (CDPH) de 2006 est un traité international qui reconnaît les droits des personnes ayant un handicap. Les principaux articles en lien avec les droits des personnes à des services d'avortement sécurisé et de contraception sont Article 9 —Accessibilité, Article 12 —Reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité et Article 25 —Santé.
- Le [Comité des droits des personnes handicapées](#) est l'organe d'experts indépendants qui surveille le respect de la Convention par les pays qui l'ont signée.
- Les [Objectifs de développement durable](#) (ODD) est un cadre mondial qui a établi en 2015 des objectifs de développement. Ces ODD abordent le handicap en se concentrant sur l'accès équitable à l'éducation, aux opportunités économiques et à l'inclusion sociale et politique; ils rassemblent et en ventilent également les données selon le handicap (Nations unies, 2015). L'[Objectif 4](#) et l'[Objectif 16](#) sont particulièrement pertinents pour l'inclusion du handicap et les services de santé sexuelle et reproductive.
- Le [Rapport mondial sur le handicap 2011](#) de l'OMS et la Banque mondiale est un document d'orientation fondateur sur l'inclusion et les droits des personnes en situation de handicap (OMS et la Banque mondiale, 2011).
- [«We Decide»](#) est une campagne mondiale du FNUAP pour promouvoir la fin des violences sexuelles ainsi que l'égalité des sexes et l'inclusion sociale pour les jeunes ayant un handicap (FNUAP, 2016).
- Le [Washington Group on Disability Statistics](#) a créé un questionnaire standardisé sur le handicap, notamment un bref questionnaire en six

questions, couramment appelé le « *Washington Group Questions* ». Ces questions sont recommandées pour les recensements et ont également été utilisées dans les entretiens de sortie des clientes par les organismes de mise en œuvre de programmes de santé sexuelle et reproductive, afin de ventiler les données selon le statut par rapport au handicap (*Washington Group on Disability Statistics*, 2017).

Contributions de bailleurs importants

- **Département du Développement international (DFID) :** leader mondial en matière d'inclusion du handicap auprès de la communauté internationale de bailleurs, les documents de politique générale du DFID « [Disability Framework—One Year on Leaving No One Behind](#) » et « [Disability Framework—Leaving No One Behind](#) » ont servi de directives globales pour renseigner et influencer les politiques et la pratique. Le DFID travaille à appliquer les intentions et les recommandations de ces rapports tout en faisant de l'inclusion un aspect essentiel de son nouveau programme de santé sexuelle et reproductive, Women's Integrated Sexual Health. UK AID Connect, une subvention du DFID à venir, priorise également l'inclusion du handicap.
- **Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT)/Australian Aid (auparavant appelé AusAID) :** autre acteur majeur du développement international, Australian Aid fait la promotion de l'inclusion du handicap dans [Development for All 2015-2020 : Strategy for strengthening disability inclusive development in Australia's aid program](#) et [Accessibility Design Guide: Universal design principles for Australia's aid program](#).
- **Dutch Coalition on Disability and Development (DCDD) :** DCDD a collaboré avec Share-Net International pour publier [Everybody Matters: Good practices for inclusion of people with disabilities in sexual and reproductive health and rights programmes](#) écrit/édité par Caroline van Slobbe. Cette publication comprend des suggestions pratiques sur comment rendre les programmes de santé sexuelle et reproductive plus inclusifs, ainsi que des témoignages de plusieurs organisations de terrain axées sur le handicap, tout en réfléchissant aux défis et aux apprentissages tirés.
- **German Development Cooperation (GDC/GIZ) :** l'étude sur la santé et les droits en matière de sexualité et de développement et le handicap au Cambodge récemment commandée par GIZ a examiné les obstacles à la santé sexuelle et reproductive tout en apportant des recommandations sur les mesures concrètes pour promouvoir l'inclusion du handicap dans la vie sociale (German Society for International Development [GIZ] Cambodia, 2016).
- **Swedish International Development Cooperation Agency (Sida) :** Sida a créé des dossiers spécifiques aux pays avec des consignes sur comment appliquer une approche basée sur les droits humains lors du travail avec des personnes en situation de handicap. La brochure [Sexual Rights for All](#) a également démontré leur engagement pour amplifier la signification des droits sexuels pour toutes (Runeborg et al., 2010).
- **United States Agency for International Development (USAID) :** par le biais de Mobility International USA, USAID soutient le [Women's Institute on Leadership and Disability](#) (WILD), un programme d'émancipation et de leadership pour les femmes en situation de handicap avec des ressources faibles (USAID, 2015).

Organismes de mise en œuvre sur le terrain

- **CREA**, une organisation féministe axée sur les droits humains basée en Inde fait la promotion de changements sociaux positifs au niveau national et international. CREA fournit également des opportunités de formation et d'apprentissage à des activistes et des leaders mondiaux par le biais de son Institut sur le handicap, la sexualité et les droits, de son site Internet sur la sexualité et le handicap et de sa série de rapports *Unseen, Unheard, Unsung : Violence Against Marginalized Women in South Asia*.
- **ARROW**, une organisation sud pacifique sans but lucratif pour la cause des femmes basée en Malaisie, a collaboré avec des organisations de personnes handicapées, CREA, Association of Southeast Asian Nations Disability Forum et d'autres lors de plusieurs ateliers, formations et campagnes de plaidoyer sur la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction.
- **Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre à University College de Londres/Cheshire Global Alliance** est un centre de recherche académique qui applique les recherches qualitatives et quantitatives sur le handicap pour développer une base de données mondiale.
- Les affiliés et membres de l'association **International Planned Parenthood Federation (IPPF)** d'Israël, de Tunisie, de Trinidad et Tobago, d'Ouganda, de Macédoine et d'ailleurs ont conçu et mis en œuvre plusieurs programmes et services de santé et de droits en matière de sexualité et de reproduction avec et pour les personnes en situation de handicap.
- **Women with Disability Taking Action on Reproductive and Sexual Health (W-DARE)** est un projet de recherche sur trois ans aux Philippines dédié au développement de l'accès et de la qualité des services de santé sexuelle et reproductive pour les femmes et les jeunes filles en situation de handicap. [W-DARE](#) travaille en partenariat avec le [Nossal Institute](#) à l'Université de Melbourne, des organisations de personnes handicapées et un prestataire national de services de santé pour les femmes.

Organisations de personnes handicapées

Parvenir à l'inclusion du handicap dans le secteur de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction dépend de la participation active et significative des organisations de personnes handicapées. Ce sont des associations et des organisations composées de et dirigées par des personnes en situation de handicap. Représentants directs de personnes en situation de handicap, ces organisations jouent un rôle central dans la promotion de l'autonomie, le plaidoyer en faveur de l'égalité des droits et la sensibilisation de la communauté, créant un soutien social et construisant un mouvement pour le droit des personnes en situation de handicap. Le mouvement pour les droits des personnes en situation de handicap est une collaboration entre les organisations locales, les fédérations, les organisations internationales, les réseaux et les défenseurs des personnes handicapées. Les organisations de personnes handicapées sont essentielles pour veiller à ce que la santé et les droits des personnes handicapées soient respectés et appliqués.

QUE FAIT-ON ? LEÇONS TIRÉES DE LA PRATIQUE

Ipas et MSI ont mené plusieurs interventions relatives à l'inclusion du handicap en Afrique et en Asie. Voici un aperçu de ces projets, notamment des exemples sur l'inclusion du handicap en pratique, dans l'intention de générer une discussion sur comment d'autres praticiens de santé sexuelle et reproductive peuvent améliorer l'inclusion du handicap dans leurs propres programmes.

Nigeria

Financé par la Haute Commission australienne - Nigeria, *la Deaf Women's Association of Nigeria* (DWAN) s'est associée à Ipas Nigeria sur un double programme d'inclusion du handicap avec l'objectif d'augmenter les possibilités d'accès à des soins après avortement et à des services de santé sexuelle et reproductive pour les femmes sourdes.

Ce projet vise à accroître l'accès à des services de santé reproductive pour les femmes sourdes en renforçant la capacité des interprètes en langue des signes à fournir des informations exactes en matière de santé sexuelle et reproductive qui se basent sur le droit aux femmes sourdes.

Le projet a également travaillé à l'amélioration de l'interprétation en langue des signes au sein des centres de santé et des systèmes de santé du gouvernement.

« Avant notre travail avec Ipas, nous ne savions pas à quel point il était important d'avoir des liens avec ces groupes. Ils aident les femmes à accéder à des services [de santé sexuelle et reproductive] et les médecins deviennent plus aimables et plus disposés à aider les femmes sourdes. »

Hellen Anurika Udoye, activiste pour la cause de la surdité au sein de l'Association des femmes sourdes du Nigeria

Des ateliers de sensibilisation sur la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction et le handicap ont été effectués auprès de prestataires de santé, de femmes sourdes et d'interprètes en langue des signes ; ces ateliers se sont concentrés sur les obstacles financiers et en matière de communication et d'informations rencontrés par les femmes sourdes. Des réunions de plaidoyer ont été également organisées avec des parties prenantes clés du gouvernement et la direction d'établissements de santé pour promouvoir l'acceptation et l'adoption de services en langue des signes sur les sites.

Voici les principales leçons de ce programme :

- L'accès à des interprètes en langue des signes sur les sites de services de santé sexuelle et reproductive est impératif pour promouvoir l'accès à des services de qualité pour les femmes sourdes, et par la suite réduire la morbidité et la mortalité maternelles parmi cette population.
- Offrir un service gratuit d'interprétation en langue des signes pour soutenir l'accès des femmes sourdes aux services de santé doit être accompagné d'un plaidoyer auprès de la direction des établissements, afin d'obtenir une acceptation et des politiques permissives, comme la

levée de certains coûts, ce qui optimise l'utilisation du service par les personnes en situation de handicap.

- Solliciter le leadership de plusieurs institutions et personnes au sein de la communauté est essentiel pour que celles-ci s'approprient le projet.

Bangladesh

Ipas Bangladesh a travaillé en partenariat avec le *National Council of Disabled Women* (NCDW) du Bangladesh sur plusieurs initiatives d'inclusion du handicap afin de sensibiliser, de faire connaître et de renforcer la collaboration entre le personnel d'Ipas Bangladesh, les partenaires et les personnes en situation de handicap. Ces initiatives visaient également à promouvoir les attitudes positives envers les personnes en situation de handicap, ainsi que des pratiques et des politiques plus favorables à leur égard. En conjonction avec le NCDW, Ipas Bangladesh a animé des ateliers et des activités visant à réduire la stigmatisation et a testé un questionnaire court au sujet du handicap dans les entretiens de sortie des clientes sur les sites de prestation de services.

Voici les principales leçons tirées des différentes initiatives :

- Renforcer les capacités de l'organisation et du personnel pour l'inclusion du handicap dès le début, par exemple par le biais de méthodes participatives, d'ateliers coanimés, d'activités de clarification des valeurs et d'apprentissage réciproque avec les organisations de personnes handicapées.
- Malgré l'existence de services de régulation menstruelle gratuits dans les établissements publics de santé au Bangladesh, il est souvent demandé aux personnes en situation de handicap de payer, quand les services ne leur sont pas refusés. Les décideurs et les administrateurs d'établissements de santé doivent en avoir conscience et répondre à cette pratique inégalitaire.
- L'inclusion du handicap peut être facile et à intégrer à un prix raisonnable dans les outils, les réunions et les formations en place, en appliquant des approches visant à normaliser le contenu relatif au handicap dans la pratique existante (par exemple par l'intégration du contenu sur le handicap dans les réunions annuelles, les ateliers et les activités de clarification des valeurs adaptées).

« Les principaux défis auxquels font face les personnes en situation de handicap sont que les familles ne comprennent pas le besoin d'obtenir des services étant donné que [les personnes en situation de handicap] ne sont pas comptabilisées comme des individus à part entière... [et] font constamment face à un manque de respect et à des négligences dans les soins qu'ils reçoivent de prestataires de santé en raison de la pauvreté et de leur handicap », explique Nasima Akhter, un activiste sur les questions de handicap et présidente du National Council of Disabled Women au Bangladesh. Akhter a participé aux programmes d'inclusion du handicap d'Ipas Bangladesh.

Akhter raconte l'histoire d'une femme enceinte en situation de handicap qui s'est rendue à l'hôpital pour accoucher, mais le prestataire lui a demandé au préalable qui était son tuteur et qui pouvait couvrir les frais d'accouchement. « Sans argent pour s'acquitter du service ni respect de leur capacité à disposer de leur corps, les femmes en situation de handicap ne sont pas servies », estime-t-elle.

Timor-Leste

Marie Stopes Timor-Leste (MSTL) offre une approche unique et complète sur l'éducation et les services relatifs à la santé sexuelle et reproductive par le biais d'équipes outreach, d'une clinique, d'une ligne téléphonique nationale pour la jeunesse et de projets de renforcement des capacités avec le Ministère de la Santé. En 2014, MSTL a entamé un partenariat avec des organisations locales et internationales sur le handicap pour augmenter les services qui incluent le handicap et créer une demande pour ces services parmi les personnes vivant en situation de handicap. MSTL a fait des progrès dans le domaine du développement et de la mise en œuvre d'une politique en matière de handicap au sein de son organisation, en créant une session sur le handicap lors de l'intégration de nouveaux membres du personnel de MSTL, en restructurant l'organisation afin d'inclure un poste officiel de coordinateur en matière de handicap et en demandant à Ra'es Hadomi Timor-Oan, l'organisation nationale de personnes handicapées du Timor-Leste, d'effectuer un audit de site sur l'inclusion du handicap de la clinique MSTL et du bureau de soutien.

Même si créer un nouveau poste et modifier les toilettes de la clinique ont été des changements coûteux, la plupart des réussites de MSTL ont été peu onéreuses, telles que les partenariats et la création de relations, des ajustements simples comme de nouvelles poignées de porte, créer des supports informatifs plus accessibles (en Braille, par exemple) et changer les méthodes éducatives pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap. Pour évaluer l'impact de ces changements, MSTL a utilisé un questionnaire court sur le handicap tiré des Washington Group Questions en 2016. MSTL est convaincue que travailler avec des organisations de personnes handicapées ainsi que des personnes en situation de handicap a été fondamental pour comprendre et améliorer l'inclusion du handicap dans ses services. Par la suite, MSTL prévoit de développer davantage de services inclusifs en apprenant la langue des signes à des éducateurs pour la jeunesse, en formant des prestataires de santé à des pratiques incluant le handicap et en continuant à investir dans des partenariats avec des organisations de personnes handicapées au niveau local.

Kenya

Depuis 1985, Marie Stopes Kenya (MSK) a été l'organisation de santé sexuelle et reproductive la plus importante du Kenya, offrant des services par le biais de 23 centres de santé, 14 équipes mobiles d'outreach et un réseau de franchise sociale. De 2011 à 2016, le *Australia Africa Community Engagement Scheme* (AACES) a priorisé les services destinés aux personnes en situation de handicap, en établissant 30 centres de franchise sociale et des partenariats avec des organisations de personnes handicapées et en ajustant les services pour répondre aux besoins des clients en situation de handicap.

Même si le handicap est souvent perçu comme étant un problème personnel, 65 % des Kényans en situation de handicap considèrent leur *environnement* comme la plus grosse entrave à une vie quotidienne confortable.

Zakiya, une jeune mère de 22 ans du district de Kaloleni, a de nombreux handicaps au niveau physique, auditif et du langage. Comme toutes les personnes en situation de handicap, qui courent un risque accru de subir des violences sexuelles, sa grossesse résulte d'un viol qui s'est passé quand sa famille l'a laissée seule à la maison. Avec sa tante comme interprète, les deux femmes se sont rendues au dispensaire public local de santé où on leur a parlé du projet AACES et de la franchise sociale MSK qui fournit des services de contraception et un counselling de qua-

lité. AACES a permis à Zakiya de connaître les différentes méthodes de contraception et de décider des meilleurs choix pour éviter une autre grossesse non planifiée.

CONCLUSION : IL EST TEMPS D'AGIR !

Nous avons le pouvoir et la capacité de créer des services, des programmes et des politiques qui incluent le handicap, pour faire en sorte que personne ne soit oublié.

Nous pouvons créer « un monde où les personnes en situation de handicap ont leur mot à dire, le choix et le contrôle sur les décisions qui les affectent, où elles participent à la vie quotidienne et en bénéficient équitablement à tout moment » (*Department for International Development [DFID], 2015*).

Bien qu'elles représentent une part considérable de la population mondiale, les personnes en situation de handicap sont oubliées des services de contraception et d'avortement en raison des attitudes négatives et de la stigmatisation généralisées entourant leur sexualité. La restriction des opportunités économiques, le taux élevé de pauvreté et une probabilité accrue d'être victime de violences sexuelles et sexistes se traduisent par un nombre élevé de grossesses non désirées. C'est pourquoi les personnes en situation de handicap peuvent avoir un besoin plus important en soins d'avortement sécurisé ; cependant, elles sont moins susceptibles d'y avoir accès, car elles sont souvent dépendantes des autres financièrement et pour leurs déplacements et la communication. Il est essentiel de prioriser la prestation de services d'avortement sécurisé et de contraception aux personnes en situation de handicap en engageant des ressources, en formant les prestataires de santé, en formant les décideurs et les défenseurs, en trouvant des solutions aux obstacles physiques et d'information/de communication et en éliminant la stigmatisation entourant les personnes en situation de handicap.

Les organisations de personnes handicapées, les organisations basées dans les communautés, les organisations non gouvernementales et d'autres acteurs ont fait des progrès dans la promotion de l'accès à des services de santé généraux pour les personnes en situation de handicap. Malgré cela, servir les personnes en situation de handicap doit encore être normalisé de manière intentionnelle et systématique à travers le secteur de la santé sexuelle et reproductive, en particulier pour ce qui est des services d'avortement et de contraception. S'associer pour créer des services adaptés et accessibles par le biais d'une double approche contribuera à réduire l'avortement non sécurisé, qui peut entraîner des décès, des handicaps et des problèmes de santé mentale pour ces femmes.

Nous devons agir maintenant pour comprendre tous les obstacles aux soins d'avortement sécurisé auxquels font face les personnes en situation de handicap, qu'ils soient physiques, de communication, systémiques ou liés à la stigmatisation, et y répondre au niveau des politiques, de la prestation de services, de la communauté et de la famille. Nous devons utiliser l'élan généré par les bailleurs internationaux, les organismes chargés de la mise en œuvre de programmes de santé sexuelle et reproductive et les activistes et les organisations de personnes en situation de handicap. Cela permettra non seulement d'améliorer les services d'avortement sécurisé et de contraception pour les personnes en situation de handicap, mais aussi de les soutenir, elles, leur famille et leur communauté, ainsi que les prestataires de santé et les décideurs, et ainsi veiller à ce que les personnes en situation de handicap soient pleinement en mesure de faire appliquer et de mettre en pratique leurs droits.

Consultez Accès pour toutes : Un guide pour l'inclusion du handicap dans les services d'avortement et de contraception qui présente les mesures immédiates que nous pouvons tous prendre dans nos programmes pour promouvoir l'inclusion du handicap dans les services d'avortement et de contraception au niveau des politiques, de la prestation de services et de la communauté.

REFERENCES

- Abimanyi-Ochom, J. Manna, H., Groce, N. E., & McVeigh, J. (2017). HIV/AIDS knowledge, attitudes and behavior of persons with and without disabilities from the Uganda Demographic and Health Survey 2011: Differential access to HIV/AIDS information and services. *PLOS ONE*, 12(4). Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174877>
- Addlakha, R., Price, J. & Heidari, S. (2017). Disability and sexuality: claiming sexual and reproductive rights. *Reproductive Health Matters*, 25(50), 4-9. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09688080.2017.1336375>
- Andrae, K. (2016). *Disability and Gender-Based Violence. A Learning Paper*. Somerset, UK: ADD International.
- Australian Agency for International Development. (2013). *Accessibility Design Guide: Universal design principles for Australia's aid program*. Canberra. Retrieved from <http://dfat.gov.au/about-us/publications/documents/accessibility-design-guide.pdf>
- Bradbury-Jones, C., Breckenridge, J.P., Devaney, J., Kroll, T., Lazenbatt, A. & Taylor, J. (2015). Priorities and strategies for improving disabled women's access to maternity services when they are affected by domestic abuse: a multi-method study using concept maps. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(181). <http://doi.org/10.1186/s12884-015-0616-y>
- Chintende, G.N., Sitali D., Michelo, C. & Mweemba, O. (2017). Situational analysis of communication of HIV and AIDS information to persons with visual impairment: a case of Kang'onga Production Centre in Ndola, Zambia. *BMC Research Notes*, 10(1), 150. <https://doi.org/10.1186/s13104-017-2473-4>
- Department for International Development. (2015). *Disability Framework – One Year On Leaving No One Behind*. Retrieved from https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/554802/DFID-Disability-Framework-2015.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *Disability Overview*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/disability.html>
- German Society for International Development Cambodia. (2016). *Sexual and reproductive health of persons with disabilities in Cambodia*. Retrieved from <http://giz-cambodia.com/sexual-and-reproductive-health-of-persons-with-disabilities-in-cambodia/>
- Handicap International. (2012). *Inclusive and integrated HIV and AIDS programming*. Retrieved from http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DisabilityAndHIV_LL07.pdf
- Human Rights Watch. (2011). *Fact Sheet: HIV/AIDS and Disability*. Retrieved from <https://www.hrw.org/news/2011/06/08/fact-sheet-hiv/aids-and-disability>
- Ipas. (2008). *Access to abortion for reasons of mental health*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Swedish International Development Cooperation Agency. (2010). *Sexual Rights for All*. Retrieved from https://www.sida.se/globalassets/global/about-sida/sa-arbetar-vi/sexual-rights-for-all_webb.pdf
- Shah, I. H., & Ahman, E. (2014). Making safe abortion accessible: the public health imperative. *Global Library of Women's Medicine*, 96(11), 10481. <https://doi.org/10.3843/GLOWM.10481>
- Trani, J.-F., Bakhshi, P., Kuhlberg, J., Narayanan, S. S., Venkataraman, H., Mishra, N. N., ... Deshpande, S. (2015). Mental illness, poverty and stigma in India: a case-control study. *BMJ Open*, 5(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006355>
- United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol*. Retrieved from <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convopt-prot-e.pdf>
- United Nations. (2015). *Disability-Inclusive Sustainable Development Goals*. [Infographic]. Retrieved from www.un.org/disabilities

United Nations Fund for Population Activities [UNFPA]. (2016). *We Decide*. [Infographic]. Retrieved from https://www.msh.org/sites/msh.org/files/we_decide_infographic.pdf

United States Agency for International Development [USAID]. (2015). *Advancing Women and Girls with Disabilities*. Retrieved from <https://www.usaid.gov/what-we-do/gender-equality-and-womens-empowerment/women-disabilities>

International Women's Development Agency. (2013). Triple jeopardy: Gender-based violence, disability and rights violations amongst women in Cambodia. *Gender Matters, Issue 3*. Retrieved from <https://iwda.org.au/resource/journal-gender-matters-3/>

Washington Group on Disability Statistics. (2017). *Question sets*. Retrieved from <http://www.washingtongroup-disability.com/washington-group-question-sets/>

World Health Organization. (2008). *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. (vol. 6). Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44529/1/9789241501118_eng.pdf

World Health Organization and The World Bank. (2011). *World Report on Disability*. Retrieved from http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/



Santé. Accès. Droits.

PO Box 9990 Chapel Hill, NC 27515 États-Unis
+1.919.967.7052 • www.ipas.org

Iпас œuvre dans le monde entier en vue d'améliorer la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes et des jeunes filles par le biais d'un accès et d'un recours plus aisés à des soins d'avortement et de contraception sans risque. Nous croyons en un monde dans lequel chaque femme et chaque jeune fille aurait le droit et la capacité de prendre elle-même des décisions quant à sa sexualité et à sa santé reproductive.

© 2018 Iпас.

Photographie : © Richard Lord

Les photographies utilisées dans cette publication ont été choisies à titre d'illustration uniquement ; elles n'impliquent aucune attitude, aucun comportement ou aucune action spécifique de la part des personnes qui apparaissent sur ces photographies.