

© UNFPA juillet 2018

Le contenu de cette publication est disponible dans des formats accessibles.
Veuillez nous contacter à l'adresse ou sur le site suivants pour nous faire part de vos besoins.

Pour plus de renseignements, y compris concernant la méthodologie détaillée, les outils de recueil de données, et d'autres documents associés à ces recherches, veuillez nous contacter à l'adresse suivante avec votre demande.

Adresse postale :

United Nations Population Fund
605 Third Avenue
New York, NY 10158

Demande en ligne : <https://www.unfpa.org/contact>

Crédits photo : © Drazen, GettyImages; © 2015 Ghanshyam Kahar, Courtesy of Photoshare; © Maskot, GettyImages; © 2014 Sanghamitra Sarkar, Courtesy of Photoshare; © Ollivier Girard; © Imagesbybarbara, GettyImages; © Amanda Voisard, UN Photo; © Christopher Herwig, UN Photo; © Martin Bowra, GettyImages; © 2013 Md. Khalid Rayhan Shawon, avec l'autorisation de Photoshare ; © 2013 Mihail Kopychko, avec l'autorisation de Photoshare; © Jaren Wicklund, GettyImages; © Funky Data, GettyImages.

Conception et présentation : Phoenix Design Aid, Danemark

JEUNES HANDICAPÉS :

ÉTUDE POUR METTRE FIN À LA VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE ET
L'APPLICATION DES DROITS LIÉS À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE





// CONTENU

Remerciements	5
----------------------	----------

Introduction	7
Prise en compte des handicaps	9
Vue d'ensemble de la méthodologie	10
Organisation de l'étude	13

CHAPITRE 1 : COMPRENDRE LE PROBLÈME 15

I. Introduction	16
Présentation du chapitre	16

II. Les intersections de la jeunesse, du handicap et du genre	18
Handicap et discrimination	20
Les jeunes et le handicap	22
Genre et handicap	24

III. La violence envers les jeunes handicapés	25
Pourquoi la violence envers les jeunes handicapés est-elle aussi répandue ?	27
Le genre et l'expérience des jeunes femmes et des filles handicapées face à la violence	28
Croyances et pratiques non propices aux droits humains et formes spéciales de violence envers les jeunes handicapés	31
Interventions face à la violence : l'accès à la justice pour les jeunes handicapés	35

IV. Droits et santé sexuelle et reproductive	38
Éducation sexuelle complète et jeunes handicapés	40
Accès aux services de santé sexuelle et reproductive	43
La stérilisation forcée et l'avortement contraint	45
Le VIH / SIDA et les jeunes handicapés	46

CHAPITRE 2 : RECONNAÎTRE LES DROITS DES JEUNES HANDICAPÉS DANS DIFFÉRENTS CONTEXTES 49

I. Introduction	50
Présentation du chapitre	51

II. Crises humanitaires et contextes fragiles	53
--	-----------

III. Pauvreté et handicap	56
----------------------------------	-----------

IV. Contextes ruraux	60
-----------------------------	-----------

V. Inclusion dans les interventions et la prévention du VIH	62
--	-----------

VI. Institutions	64
-------------------------	-----------

VII. Visites sur le terrain	68
Équateur	68
Maroc	72
Mozambique	73
Espagne	76

VIII. Conclusion	79
-------------------------	-----------

CHAPITRE 3 : LES DROITS DES JEUNES HANDICAPÉS : CADRES NORMATIFS INTERNATIONAUX ET RÉGIONAUX 81

I. Introduction	82
Présentation du chapitre	82

II. Assurer l'égalité et la non-discrimination	82
Convention relative aux Droits des personnes handicapées	84
Convention relative aux droits de l'enfant	88

Convention pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes	88	Mettre les stratégies en pratique	143
Déclarations, résolutions et normes internationales	89	Renforcer les systèmes juridiques	146
III. Prévenir la violence et mettre fin aux pratiques néfastes		Soutenir et autonomiser les survivants de la violence	149
94		Budgétisation pour la mise en œuvre	152
IV. Obtenir les droits à la santé sexuelle et reproductive		Responsabilisation et stratégies de collecte de données	153
97		V. Prévenir et répondre à la violence contre les jeunes handicapés dans des contextes humanitaires	
Mécanismes régionaux	100	159	
Surveiller les obligations conventionnelles et tenir les États pour responsables	113	VI. Conclusion	
CHAPITRE 4 : PRÉVENIR ET RÉPONDRE À LA VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE CONTRE LES JEUNES HANDICAPÉS		160	
115		CHAPITRE 5 : RESPECTER LES DROITS LIÉS À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE POUR LES JEUNES HANDICAPÉS	
I. Introduction		161	
Présentation du chapitre		118	
II. Prévention de la violence basée sur le genre envers les jeunes handicapés		I. Introduction	
121		162	
Mise en avant de la prévention de la violence basée sur le genre envers les jeunes handicapés	121	Présentation du chapitre	
Respect des droits des jeunes handicapés dans les interventions face à la violence basée sur le genre	127	165	
III. Initiatives multinationales et régionales de prévention et de réponse face à la violence		II. Normes et standards mondiaux pour les droits à la santé sexuelle et reproductive, et l'inclusion des jeunes handicapés	
130		167	
IV. Stratégies nationales prometteuses pour prévenir et intervenir face à la violence basée sur le genre à l'encontre des jeunes handicapés		III. Stratégies nationales et initiatives régionales prometteuses pour assurer les droits à la santé sexuelle et reproductive des jeunes handicapés	
132		174	
Cadres juridiques complets	132	Cadres juridiques complets fondés sur les droits	
Mettre en œuvre des politiques pour prévenir et intervenir face à la violence contre les jeunes handicapés	138	174	
Plans d'action nationaux pour prévenir et combattre la violence envers les jeunes handicapés	138	Services et interventions programmatiques	
		180	
		Éducation sexuelle complète et jeunes handicapés	
		182	
		Accès au planning familial et aux services de contraception pour les jeunes handicapés	
		190	
		Services de soins de santé maternelle	
		199	
		Inclusion des personnes handicapées dans les services de prévention, de traitement et de prise en charge des IST et du VIH	
		203	
		Responsabilisation et stratégies de collecte de données	
		207	
		IV. Conclusion	
		210	

CHAPITRE 6 : INCLUSION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE 211

I. Introduction 212

Présentation du chapitre 215

II. Que peut faire la société civile 218

S'exprimer 219
Sensibiliser les parties prenantes 223
Droits de surveillance 226
Soutien et services sociaux 231

III. Obstacles et conseillers 234

Protection et mutisme 236
Capacité organisationnelle et accès aux ressources 240
Exclusion sociale au sein du foyer, de la communauté et de la société civile 244

IV. Jeunes handicapés représentés dans la société civile dans le monde 249

Réseaux mondiaux pour les handicapés et OPH internationales 249
Amérique latine et Caraïbes 252
Afrique sub-saharienne 253
États arabes 255
Asie et Pacifique 255
Europe de l'Est et Asie Centrale 256
Europe de l'Ouest et Amérique du Nord 257

V. Conclusion 258

CHAPITRE 7 : RECOMMANDATIONS 259

I. Vue d'ensemble 260

Normes internationales 263
Approches complètes, intégrées et jumelées 263
Contexte et identité spécifiques 264
Développement des capacités et sensibilisation 265
Participation et inclusion de la société civile 266
Suivi et évaluation 266
Collecte de données et recherche 266
Planification de budget inclusive des handicaps 267

II. Mettre fin à la violence basée sur le genre envers les jeunes handicapés 267

III. Application des droits à la santé sexuelle et reproductive pour les jeunes handicapés 272

IV. Garantir l'inclusion des jeunes handicapés 276

Recommandations pour les États 276
Recommandations aux agences des Nations Unies, à la société civile, aux universités, aux communautés et au secteur privé 280

Notes de fin 284

Alternatives textuelles des graphiques 314

Annexes 323



// REMERCIEMENTS

Cette étude a été initiée et coordonnée par la branche Genre, droits de l'Homme et culture de la division technique du UNFPA. En particulier, le personnel ayant dirigé, a permis la coordination et a, de façon générale, aidé au développement de cette étude, en particulier Benoit Kalasa, Luis Mora, Leyla Sharafi, Tsovinar Harutyunyan, Emilie Filmer-Wilson et Anja Sletten.

Les co-auteurs de l'étude sont Megan McCloskey et Stephen Meyers. La recherche a été réalisée par les co-auteurs avec l'assistance de Valerie Karr et Amy Weiss.

L'étude a également bénéficié du soutien de chercheurs dans les quatre pays des visites sur le terrain qui ont fourni une perspective et une assistance aux recherches pendant les visites sur le terrain, de même que des contributions aux résultats finaux du rapport. Nous remercions Jorge Vinicio Fernández Yépez (Équateur), Azzouz Ettoussi (Maroc), Estêvão Jacinto Marrima (Mozambique) et María del Pilar Gomiz Pascual (Espagne) pour leurs contributions à cette recherche.

Nous souhaitons remercier Lola Martin Villalba de l'Agence espagnole pour la coopération internationale au développement (AECID), pour son dévouement et son aide dans le cadre de cette initiative. Cette étude a également bénéficié des connaissances et de l'expertise du personnel du UNFPA dont les contributions ont été précieuses, y compris Upala Devi, Akiko Sakaue, Isatu Kajue, Anneka Knutsson, Erin Anastasi, Sylvia Wong, Ilya Zhukov, Satvika Chalasani, Danielle Engel, Neelam Bhardwaj, Darcy Allen, Seynabou Tall, Maria Bakaroudis, Enshrah Ahmed, Valentina Volpe, Nigina Abaszade, Idrissa Ouedraogo, Neus Bernabeu et Ingrid Fitzgerald. De plus, nous souhaiterions remercier le personnel des bureaux nationaux du UNFPA en Équateur, au Maroc et au Mozambique, pour leur assistance et leurs contributions, avec une reconnaissance particulière pour Mario Vergara, Lola Valladares, Marcia Elena Alvarez, Pascale Barate, Agueda Nhantumbo, Won

Young Hong, Abdel-Ilah Yaakoubd, Mohamed Lardi, Jihad Zahir et Laila Acharai. Nous remercions également le soutien aimable du Comité Espagnol des Représentants de Personnes Handicapées (CERMI), en particulier Isabel Caballero Pérez.

Nous sommes reconnaissants envers les experts et spécialistes suivants qui ont fourni des ressources et contributions inestimables au cours de l'étude via des consultations virtuelles et en personne, y compris en participant à la *réunion du groupe d'experts* et à la *réunion du groupe technique consultatif* qui se sont déroulées au début de l'étude et pendant la rédaction du rapport final de l'étude, respectivement.

- James Aniyamuzaala, 360° Inclusion for All, Ouganda
- Alessandra Aressu, Humanity & Inclusion (anciennement Handicap International)
- Rosangela Berman-Bieler, section handicap, UNICEF
- Bonnie Brayton, DAWN-RAFH Canada
- Mussa Chiwaula, Southern African Federation of the Disabled (SAFOD)
- Jennifer Collins-Foley, World Learning
- Marineia de Crosara de Resende, Federal University of Uberlandia, Brésil
- Vladimir Cuk, International Disability Alliance (IDA)
- Alex Devine, Nossal Institute for Global Health/ University of Melbourne School of Population and Global Health
- Georgia Dominik, International Disability Alliance (IDA)
- Antony Duttine, École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Université de Londres
- Sue Eitel, Eitel Global LLC
- Nidhi Goyal, Point of View, Inde
- Nora Groce, Leonard Chesire Disability & Inclusive Development Centre, University College London
- Anastasia Holoboff, Women Enabled International (WEI)
- George Kayange, Southern African Federation of the Disabled (SAFOD)

- Andrew Lange, Nathan Associates Inc.
- Elizabeth Lockwood, CBM International
- Mohammed Ali Loutfy, Disabled People's International, région arabe
- Maria Martinho, DAES des Nations unies, Division des politiques sociales et du développement social, Secrétariat des NU pour la Convention sur les droits des personnes handicapées
- Charlotte McClain-Nhlapo, Banque mondiale
- Sergio Meresman, Inter-American Institute on Disability Inclusive Development (iiDi), Uruguay
- Allan Ogwang Nume, Gulu Women with Disabilities Union, Ouganda
- Stephanie Ortoleva, Women Enabled International (WEI)
- Emma Pearce, Women's Refugee Commission
- Sophie Pecourt, Humanity & Inclusion (anciennement Handicap International)
- Maya Sabatello, Disability Rights in Society Program, Université Columbia
- Ruci Senikula, Pacific Disability Forum, Fiji
- Megan Smith, International Disability Alliance (IDA)
- Myroslava Tatarzyn, Humanity & Inclusion Canada
- Cathy Vaughan, University of Melbourne School of Population and Global Health
- Rolando Villamero, Secretary General's Youth Advocacy Group des Nations unies et GLOBI (Global Observatory for Inclusion)

Nous aimerions également remercier les étudiants chercheurs de l'université de Washington qui ont apporté leur aide et leur point de vue à l'étude. Ils sont :

- Des membres de l'université de Washington de l'équipe du projet de recherche appliquée de la Henry M. Jackson School of International Studies : Sara Curran, Faculty Advisor, and students Stephanie Hansen, Adam Khan, Betz Mayer, Devon Stark, Zack Tarhouni et Rangsey Touch.
- Les internes de recherche avec le Lotus Circle, une ONG basée à Seattle : Daisy Clemente, Lindy Madsen, Kyle Nelson, Julia Ragsdale et Shirlee Sophia Watson.

Enfin, nous aimerions remercier tous les autres participants et ceux qui ont soutenu cette étude, et qui ont généreusement offerts leur temps et leur aide au cours du développement de l'étude. Celle-ci n'aurait pas pu aboutir sans eux. Mais surtout, nous sommes redevables envers les nombreux acteurs et organisations communautaires, ainsi qu'envers les jeunes handicapés qui ont donné de leur temps, leur expertise et leurs conseils aux chercheurs et au UNFPA.

// INTRODUCTION

Dans le monde, plus d'1 milliard de femmes et d'hommes et de garçons et de filles vivent avec une forme de handicap.¹ Bien que la plupart des personnes souffrent d'un handicap à un moment de leur vie, comprendre la signification du handicap et son impact sur la capacité de chaque individu à participer activement à la vie sociale, économique, socioculturelle et politique reste un défi. Des obstacles physiques, sociaux et juridiques continuent de limiter l'accès à l'éducation, aux soins dont la santé sexuelle et reproductrice (SSR), à l'emploi, aux loisirs et à la vie familiale pour des millions de personnes handicapées dans le monde.² Ces obstacles peuvent être plus conséquents pour les jeunes handicapés.

Globalement, on estime que 180 à 200 millions de personnes handicapées ont entre 10 et 24.³ Les jeunes handicapés⁴ sont comme tous les jeunes partout dans le monde : ils ont des rêves et des ambitions, des intérêts et des désirs, ainsi que des espoirs pour l'avenir. Cependant les jeunes handicapés sont confrontés à des désavantages sociaux persistants dans le monde entier, qui découlent de la discrimination, de la stigmatisation et des préjugés, de même que de l'incapacité systématique à incorporer les handicaps dans la conception des bâtiments, des politiques et des programmes. Des obstacles physiques, socio-économiques, socioculturels et juridiques continuent de limiter l'accès à l'éducation, aux soins dont la SSR, à l'emploi, aux loisirs et à la vie familiale pour des millions de personnes handicapées dans le monde, et la violence envers les jeunes handicapés est très répandue.⁵

Les personnes handicapées, y compris les jeunes handicapés, courent un plus grand risque de vivre dans la pauvreté que leurs pairs non handicapés.⁶ Ils sont beaucoup plus vulnérables à la violence, y compris la violence basée sur le genre (VBG), et sont moins susceptibles de fréquenter l'école. Ils reçoivent trop peu d'informations sur la puberté,

la sexualité et les relations saines, ce qui induit de nouvelles vulnérabilités à l'exploitation sexuelle en leur refusant le droit de mener une vie sexuelle satisfaisante, de choisir de se marier et d'avoir des enfants.

Un passage en toute sécurité de l'enfance à la vie adulte est le droit de toute personne, y compris des personnes handicapées. Mais plus que le simple droit à la sécurité, les jeunes du monde entier ont le droit de participer à leurs communautés, de s'exprimer et d'être écoutés, de partager les progrès technologiques et de les concevoir, d'être créatifs et de prendre les devants sur des sujets qui les concernent. La pleine inclusion des jeunes handicapés signifie de reconnaître qu'ils ont aussi le droit de participer activement à la société en tant que membres égaux ayant les mêmes droits et privilèges que tous les autres jeunes.

Les jeunes handicapés ont été reconnus à plusieurs reprises en tant que détenteurs de droits dans des accords internationaux. Le Programme d'action adopté en 1994 à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) au Caire comprend trois objectifs et des actions connexes recommandées directement liées aux personnes handicapées. Ces objectifs comprennent : a) Assurer la réalisation des droits de toutes les personnes handicapées et leur participation à tous les aspects de la vie sociale, économique et culturelle ; b) Créer, améliorer et développer les conditions nécessaires pour assurer l'égalité des chances pour les personnes handicapées et la valorisation de leurs capacités dans le processus de développement économique et social ; et c) Assurer la dignité et promouvoir l'autonomie des personnes handicapées.

La Convention des Nations Unies de 2006 relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) reconnaît le droit des personnes handicapées de tous âges à la pleine jouissance de tous les droits de l'homme, y compris le droit à une participation égale dans la société et le droit de vivre avec dignité.

De même, le Programme de développement durable à l'horizon 2030 appelle les États à promouvoir un développement inclusif qui reconnaisse le droit des personnes handicapées à un accès égal à l'éducation et à l'emploi, entre autres choses. Il fixe des objectifs pour les actions de l'État visant à éliminer la violence contre les femmes et les filles (VCFF), y compris les personnes handicapées, et à garantir l'accès aux services de SSR et à l'éducation pour tous.

Dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, la communauté mondiale s'est engagée à ne laisser personne de côté. Pour que cet engagement devienne une réalité pour les jeunes handicapés, les gouvernements doivent investir dans les jeunes et veiller à ce que les jeunes handicapés aient les possibilités, les connaissances et les compétences nécessaires pour mener une vie saine, épanouie et productive.

Les gouvernements doivent également être proactifs dans l'identification et l'élimination des obstacles qui empêchent les jeunes handicapés d'atteindre leur plein potentiel. Ce rapport est un effort pour aider les gouvernements à atteindre cet objectif.

En 2016, reconnaissant que les jeunes handicapés sont des partenaires essentiels dans les efforts de création de sociétés pacifiques et plus égalitaires dans le monde, le UNFPA, avec le soutien financier de l'Agence espagnole pour la coopération internationale au développement (AECID), a lancé le programme « WE DECIDE » (nous décidons) visant à soutenir les efforts des femmes et des jeunes personnes handicapées pour faire entendre leur voix. Comme indiqué lors du lancement du programme, « WE DECIDE » a pour but d'amplifier la contribution des jeunes envers la paix, la justice sociale et les droits de l'Homme, ainsi que de briser les barrières et les stéréotypes.⁷

Les jeunes ne sont pas seulement des patients, des clients et des bénéficiaires des services et des programmes de santé. Les jeunes sont des fournisseurs, des leaders et des défenseurs qui peuvent et nous conduiront vers un avenir plus sain. Ils sont prêts à s'investir dans l'élaboration de politiques et de programmes répondant à leurs besoins et à ceux de leurs pairs.⁸

Pour accroître la visibilité des jeunes handicapés auprès des décideurs et des défenseurs, l'UNFPA a commandé cette étude dans le cadre du programme WE DECIDE. L'étude fournit ce qui suit :

1. Une analyse à jour de la situation des jeunes handicapés concernant la discrimination et la violence sexuelle, y compris l'impact sur leurs droits à la santé sexuelle et reproductive (DSSR)
2. Une évaluation détaillée de l'évolution de la législation, des politiques et de la programmation et des bonnes pratiques spécifiques en matière de prestation de services ainsi que des mesures de prévention et de protection de meilleure qualité ; et
3. Des recommandations détaillées en matière de politiques et de programmation pour aider l'UNFPA à élaborer un programme complet dans ce domaine.

L'étude vise à contribuer au renforcement des lois et des politiques étatiques qui favorisent l'inclusion sociale et l'égalité des sexes au profit des jeunes handicapés, en particulier les jeunes femmes et les filles handicapées ; à éliminer la discrimination à leur égard, notamment en ce qui concerne l'accès et la pleine jouissance des services de prévention et de réponse en matière de DSSR et VBG, et à reconnaître et à promouvoir leur droit à être des membres actifs de la société avec la capacité reconnue de prendre des décisions sur les questions les concernant.

L'étude cherche également à identifier les domaines dans lesquels les données sont manquantes ou insuffisantes et dans lesquels des recherches supplémentaires seraient utiles.

Donner aux jeunes handicapés des connaissances et des informations sur la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction est l'une des clés du changement.

, Aniyamuzaala James Rwampigi, ancien président du Réseau des jeunes africains handicapés

Le public ciblé inclut les entités gouvernementales concernées, les agences des Nations Unies (NU), les défenseurs des droits de l'Homme et les organisations de la société civile (OSC), y compris les organisations de personnes handicapées (OPH), les organisations de femmes et les organisations de jeunes. Ce groupe comprend des personnes qui veillent à ce que les jeunes handicapés, en particulier les jeunes femmes et les filles handicapées, puissent jouir et accéder à leurs DSSR ainsi qu'aux services de prévention et d'intervention concernant la VBG. Le UNFPA est le principal organisme des Nations Unies œuvrant pour un monde où chaque grossesse est souhaitée, chaque accouchement est sûr et le potentiel de chaque jeune est réalisé. Dans le cadre de ce mandat, le travail du Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA) sur les handicaps vise à garantir que les femmes, les adolescents et les jeunes soient libres de mener une vie sans discrimination et sans violence, et soient habilités à prendre des décisions concernant leur SSR et leurs options de vie. Cette étude a pour but de promouvoir les droits de l'Homme et l'inclusion sociale des jeunes handicapés, en mettant l'accent sur l'accès aux services de prévention et d'intervention concernant la violence sexuelle et celle basée sur le genre (VBG) ainsi que sur l'accès à et la jouissance des services, des informations et de l'éducation liés aux DSSR.

PRISE EN COMPTE DES HANDICAPS

Le handicap est un concept complexe et dynamique. Parmi les autres défis, sa signification dans la vie des personnes handicapées n'est pas uniforme.⁹ Les personnes ayant une déficience motrice peuvent éprouver un handicap d'une manière qui diffère considérablement de celle des personnes ayant une déficience intellectuelle. Les personnes nées avec des déficiences peuvent également avoir une expérience très différente du handicap par rapport à celles qui acquièrent une déficience plus tard dans la vie. Le chapitre 1 offre une discussion plus complète des façons dont le handicap a été théorisé au fil du temps et avec quelles conséquences. Mais pour l'instant, il est important de noter que bon nombre des obstacles discriminatoires auxquels sont confrontés les jeunes handicapés résultent d'attitudes négatives ou paternalistes et d'hypothèses sur ce que signifie être une personne handicapée. Trop souvent, les obstacles auxquels sont confrontés les personnes handicapées en ce qui concerne la pleine intégration sont simplement le résultat d'un échec des planificateurs, des décideurs politiques, des législateurs, des activistes et autres à prendre en compte le handicap dans toute sa diversité.

Le handicap fait partie de la vie normale, quelque chose qui touchera presque tout le monde à un moment ou à un autre de sa vie.¹⁰

C'est un phénomène complexe qui reflète l'interaction entre les caractéristiques du corps d'une personne et les caractéristiques de la société dans laquelle elle vit. Surmonter les difficultés rencontrées par les personnes handicapées nécessite des interventions pour éliminer les barrières environnementales et sociales.

, Organisation mondiale de la santé¹¹

Le handicap fait partie de la diversité de l'expérience humaine. La prendre en compte nécessite plus que de simplement rendre les structures et programmes existants accessibles. La pleine intégration exige

que les États, les donateurs et les acteurs de la société civile de toutes sortes élaborent des lois et des politiques et conçoivent des programmes d'une manière qui reconnaisse la diversité de l'expérience humaine, en particulier chez les jeunes. Plutôt que de planifier une norme de capacité, qui peut être rendue accessible à ceux qui sortent de cette norme, la pleine intégration insiste sur une participation véritablement *égale* qui anticipe la possibilité et la probabilité de la différence.

Lorsqu'il s'agit de personnes, il n'y a pas de « normalité ». Les interactions que nous concevons avec la technologie dépendent énormément de ce que nous pouvons voir, entendre, dire et toucher. Supposer que tous ces sens et capacités soient pleinement activés à tout moment crée le potentiel d'omettre une grande partie de la gamme de l'humanité.

, Microsoft¹²

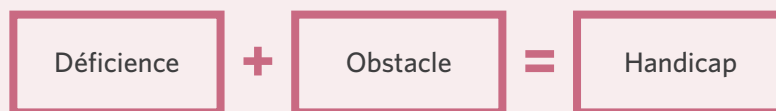
Cette étude documente les obstacles à la pleine intégration des jeunes handicapés, notamment en ce qui concerne l'application des DSSR ainsi que de la prévention et des interventions liées à la VBG, et fournit des exemples concrets de mesures prometteuses prises par les États pour les éliminer. Bien que chaque État ait ses propres forces et défis, les interventions mises en évidence dans cette étude proviennent de divers contextes à travers le monde et illustrent le potentiel pour tous de prendre des mesures significatives pour l'inclusion et l'accomplissement des droits des jeunes handicapés.

VUE D'ENSEMBLE DE LA MÉTHODOLOGIE

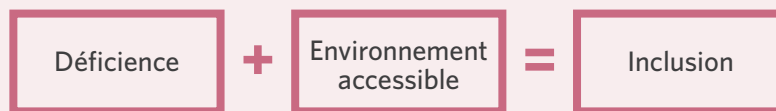
Les recherches effectuées pour ce rapport incluent une analyse approfondie de la documentation, des consultations avec des experts et des défenseurs

HANDICAP CONTRE INCLUSION

En termes simples, le handicap peut être défini comme la relation entre la personne ayant un handicap et son environnement. Lorsque des environnements inclusifs et globalement accessibles sont disponibles, une déficience seule ne devrait pas mener au handicap. CBM a établi deux équations afin de simplifier cette relation complexe :



OU MIEUX :



Remarque : Une version textuelle de ce graphique est disponible en [annexe](#).

Source : CBM International (2017). *Boîte à outils sur le développement inclusif du handicap*.

nationaux et internationaux par le biais d'entretiens semi-structurés et la distribution de questionnaires d'enquête, des visites sur le terrain dans quatre pays et l'examen consultatif technique ainsi que des contributions lors de deux réunions en personne au siège du UNFPA à New York et par écrit.

Recherche basée sur les droits : coproduction et implication des jeunes handicapés¹³

L'un des principes fondamentaux du mouvement des droits des personnes handicapées est « rien à propos de nous, sans nous ». Le processus de recherche pour ce rapport visait à respecter ce principe en incluant le plus possible les personnes handicapées, en particulier les jeunes handicapés. Des personnes handicapées formaient les principaux membres du groupe d'experts qui ont commenté la conception de la recherche, offert des commentaires sur son développement et fourni des conseils techniques sur ses conclusions et recommandations. En outre, tout au long du processus de recherche, l'équipe de recherche a consulté les membres des OPH en tant que parties prenantes et informateurs clés et a reçu des conseils sur la manière dont les questions étaient formulées.

De plus, au cours de chacune des quatre visites sur le terrain, les chercheurs ont organisé des groupes de discussion avec des jeunes handicapés et ont également contacté des organismes dirigés par des jeunes pour inviter leurs membres à participer à l'étude, y compris les membres handicapés. Ces organisations comprennent YouAct, basé en Europe ; FRIDA - Le Fonds des Jeunes Féministes ; et des participants au programme Young Leaders de Women Deliver, entre autres. Un petit groupe d'étudiants universitaires, y compris des étudiants handicapés, a également soutenu l'équipe de recherche au cours de l'étude.

Bien que la contribution des jeunes handicapés soit intégrée autant que possible tout au long du rapport, elle ne représente pas la gamme complète des expériences des jeunes handicapés à l'échelle

mondiale qui, selon les documents d'étude se voient souvent refuser l'accès à l'éducation, aux compétences, aux associations, et à la technologie nécessaire pour leur permettre de participer. Pas plus qu'elle ne peut être considérée comme représentatif de tous les types de déficiences, car presque tous les participants étaient associés à des organisations représentant des types de déficiences discrètes. Les voix des jeunes ayant une déficience intellectuelle en particulier sont les plus susceptibles de manquer dans ces pages, reflétant leur marginalisation dans les communautés à travers le monde.

Reconnaître la diversité des jeunes handicapés

Les jeunes personnes handicapées ne constituent pas un groupe uniforme et comprennent une population beaucoup plus large que ce qui est actuellement reflété dans la recherche existante ou dans le langage politique. Les jeunes handicapés, tout comme leurs pairs non handicapés, ont des identités de genre, raciales, ethniques et de classe diverses, mais les données qui reconnaissent les identités intersectionnelles, en particulier les identités de genre, sont rares chez les jeunes handicapés. Comme nous l'avons vu aux chapitres 1 et 4, la recherche sur la violence sexiste contre les jeunes handicapés tend à se concentrer sur les expériences de ceux qui s'identifient comme femmes et filles, avec un petit nombre croissant de recherches sur la violence sexuelle contre les hommes et les garçons handicapés. La recherche sur les expériences de femmes ou d'hommes transsexuels, ou d'autres membres de la communauté LGBTQI (lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, queer ou questionnement, et intersexués) est largement absente. Il existe des lacunes similaires dans la recherche et l'analyse d'autres groupes marginalisés et d'identités croisées qui incluent les jeunes handicapés.

De même, le langage politique actuel concernant l'égalité des sexes ainsi que la prévention et les interventions concernant la VBG, reflète une approche binaire du genre, condamnant la violence

contre les femmes et les filles sans reconnaître le potentiel de violence contre les hommes et les garçons ainsi que les femmes et les hommes transgenres, ainsi que d'autres dans le spectre du genre.

Bien que ce rapport reflète en grande partie la terminologie utilisée dans beaucoup de discours publics et de recherches existantes, les auteurs reconnaissent la nécessité d'une plus grande intégration de *tous* les jeunes handicapés dans les recommandations du chapitre 7, en commençant par le langage utilisé pour reconnaître les jeunes.

Les lecteurs noteront également que bien que ce rapport souligne le caractère intersectoriel de la discrimination, en particulier la discrimination à l'égard des jeunes handicapés, le rapport ne peut donner un aperçu complet de toutes les formes de discrimination auxquelles les jeunes handicapés peuvent être soumis. Les jeunes handicapés sont aussi divers que la population mondiale et peuvent faire l'objet de discrimination fondée sur la race, l'ethnie, la classe sociale, l'indigénité et une foule d'autres raisons, en plus de la discrimination fondée sur l'âge, le sexe et le handicap qui est discutée dans ce rapport.

Les initiatives prometteuses pourraient bénéficier de suivi et d'une évaluation

Ce rapport adopte une approche d'étude de cas conçue pour mettre en évidence les mesures prometteuses prises par les États pour faire progresser les droits des jeunes handicapés. De par sa nature, la recherche sur les études de cas est spécifique aux cas intégrés dans des contextes environnementaux particuliers, ce qui rend la généralisation plus difficile que dans le cas d'une recherche à grande échelle. Cependant, l'importance des études de cas est de préserver la complexité des cas souvent perdus dans des échantillons plus importants et de jouer un rôle génératif dans l'identification des thèmes, principes et modèles qui peuvent être utilisés pour développer de nouvelles

recherches dans des domaines où il existe peu de connaissance. En bref, cela débute le processus qui vise à combler les lacunes dans les connaissances existantes.

Les études de cas présentées dans ce rapport mettent en évidence les initiatives jugées prometteuses dans la mesure où elles sont conformes aux lignes directrices reconnues en matière de bonnes pratiques ou sont considérées comme des étapes positives par les activistes ou démontrées comme telles par les évaluations publiées. Bon nombre des initiatives décrites sont le produit de partenariats avec la société civile et reflètent la coordination des services avec de multiples parties prenantes, ce qui est une bonne pratique. Les exemples fournis ne sont pas exhaustifs, et on ne peut pas supposer qu'ils fonctionnent dans tous les endroits et pour tous les individus. Les chercheurs n'ont surveillé aucune des interventions décrites de façon indépendante et n'ont pas non plus évalué de manière indépendante leur durabilité ou leur mise en œuvre satisfaisante.

Chaque initiative discutée ici est reconnue comme une étape unique dans un processus plus large et interdépendant visant à assurer que les jeunes personnes handicapées puissent accéder à leurs droits et en jouir. Il est important de noter que bien que chacune de ces étapes puisse être nécessaire, aucune d'entre elles n'est suffisante en soi. Les lois qui ne sont pas mises en œuvre peuvent avoir peu d'effet, et les politiques envers lesquelles les ressources ne sont pas engagées ou pour lesquelles personne n'est tenu responsable sont peu susceptibles d'atteindre leurs objectifs. Pour que les gouvernements puissent garantir que les jeunes handicapés jouissent de leurs droits et libertés au même titre que leurs pairs non handicapés, les gouvernements doivent adopter une approche globale qui informe et engage les parties prenantes dans de multiples secteurs, y compris les jeunes handicapés. Les étapes vers cet engagement sont discutées ci-dessous.

Il faut plus de recherches pour augmenter la visibilité des jeunes handicapés

Il n'existe actuellement aucune estimation globale cohérente et représentative du nombre et de la proportion d'enfants handicapés. La pénurie de statistiques fiables et comparables a contribué à l'idée fautive selon laquelle le handicap n'est pas une préoccupation mondiale importante en termes de santé et des droits de l'Homme.¹⁴

Les difficultés rencontrées par les jeunes handicapés sont exacerbées par l'absence d'informations sur leurs expériences vécues, en particulier celles qui prennent en compte la diversité des jeunes handicapés et les formes de discrimination croisées. Trop souvent, la recherche sur les personnes handicapées ne tient pas compte des expériences uniques des enfants et des jeunes adultes handicapés. De même, les recherches axées sur la prévention ou les interventions concernant la VBG, ou sur l'accès et la jouissance des DSSR, négligent d'inclure les personnes handicapées

Cette étude vise à combler le vide dans la recherche et offre des suggestions pour la voie à suivre.

ORGANISATION DE L'ÉTUDE

Cette étude est l'aboutissement de recherches primaires et secondaires visant à comprendre les obstacles auxquels les jeunes handicapés doivent faire face pour jouir de leurs DSSR et de leur droit de vivre sans violence, en particulier la VBG. Elle identifie et décrit les mesures prometteuses que les États ont prises pour garantir ces droits. En ce sens, elle contribue à un nombre croissant de documents sur les obligations et les actions de l'État pour investir et inclure les jeunes handicapés dans les lois, les politiques et les programmes afin qu'ils puissent réaliser leur plein potentiel en tant que membres égaux de la société.

Le chapitre 1 présente le contexte dans lequel les jeunes handicapés souhaitent faire appliquer leurs droits. Il traite de la nature cumulative de la discrimination à laquelle les jeunes handicapés sont trop souvent exposés en raison de leur handicap, de leur jeunesse et de leur sexe. Le Chapitre 1 met également en évidence les façons dont les jeunes handicapés sont vulnérables à la violence, en particulier la VBG, et les obstacles auxquels ils font face lors de l'accès aux services et pour obtenir un soutien face à cette violence. Le chapitre 1 se termine par une discussion sur les obstacles liés à l'accès et à l'application des DSSR, rendus plus difficiles en raison de l'inaccessibilité, de l'absence d'autonomie et de l'autonomisation limitée, etc.

Le chapitre 2 poursuit la discussion du contexte situationnel et souligne comment le temps et l'espace peuvent avoir un impact conséquent sur la capacité des jeunes personnes handicapées d'accéder à leurs droits à la santé et à la sécurité. Dans les crises humanitaires et les environnements à faibles ressources, les jeunes handicapés sont souvent les derniers à recevoir une attention significative. L'institutionnalisation des jeunes handicapés reste beaucoup trop courante et place les jeunes dans des espaces où le déni de leurs droits est une routine et où les taux de violence sont profonds. Le Chapitre 2 comprend également une analyse comparative des quatre États dans lesquels la recherche sur le terrain a été menée, représentant des contextes dans lesquels les décideurs doivent établir des priorités et prendre des mesures pour promouvoir l'inclusion des jeunes handicapés.

Le Chapitre 3 présente les cadres normatifs internationaux et régionaux établissant les obligations des États de prévenir et de faire face à la violence contre les jeunes handicapés, ainsi que d'assurer l'accès et leur jouissance des DSSR.

Le Chapitre 4 présente des stratégies efficaces pour prévenir et intervenir face à la VBG, et inclut des études de cas de programmes prometteurs au niveau international, régional et étatique.

Le Chapitre 5 décrit de même les bonnes pratiques visant à promouvoir l'application des DSSR des jeunes handicapés.

Le Chapitre 6 traite de l'importance de l'intégration, du partenariat et de l'engagement des OSC dans toutes les phases de l'élaboration des politiques et des programmes.

Le Chapitre 7 présente des recommandations détaillées pour que les jeunes handicapés puissent jouir pleinement de leurs droits.

Tout au long de chaque chapitre, des efforts sont déployés pour identifier et mettre en évidence les progrès réalisés aux niveaux régional et national et

pour fournir des listes de contrôle de l'action en tant que guide pour les parties prenantes et les décideurs. Chaque chapitre comprend également des encadrés sur les informations obtenues lors des quatre visites sur le terrain, soulignant les mesures prometteuses prises en Équateur, au Maroc, au Mozambique et en Espagne.

L'étude a identifié plusieurs domaines dans lesquels les OSC, les décideurs politiques nationaux, les organes de suivi régionaux et les organisations internationales progressent dans la réduction et l'élimination de la discrimination envers les jeunes handicapés. Ce rapport vise à poursuivre ce travail important et à contribuer au mouvement mondial pour ne laisser personne de côté.

// CHAPITRE 1

COMPRENDRE LE PROBLÈME

// I. INTRODUCTION

Une condition nécessaire fondamentale pour que les jeunes handicapés puissent participer pleinement à tous les aspects de la vie sociale, économique et politique est la liberté d'exercer leur aptitude à agir - la liberté de prendre des décisions autonomes à propos de tous les aspects de leur vie. Les jeunes handicapés sont souvent empêchés d'exercer leur aptitude à agir par la stigmatisation et les préjugés comme quoi ils sont moins capables qu'ils ne le sont, par des lois et normes qui légalisent la discrimination contre les jeunes handicapés et par des obstacles physiques et une inattention aux droits des jeunes handicapés d'accéder aux espaces et informations publics. Lorsque les jeunes handicapés ne peuvent pas exercer leur aptitude à agir, ils sont moins à même d'accéder aux services dont ils ont besoin tels que les soins de santé, y compris les services de santé sexuelle et reproductive (SSR), l'éducation, les technologies de l'information et l'emploi, ce qui a des conséquences graves pour le développement.

**On nous a menti à propos du handicap. . .
On nous a convaincus qu'un handicap
est une mauvaise chose et que le
fait de vivre avec un handicap nous
rend exceptionnels. Ce n'est pas une
mauvaise chose. Et cela ne vous rend pas
exceptionnel.**

**Un handicap ne vous rend pas
exceptionnel. Mais questionner vos idées
reçues à propos du handicap, cela vous
rend exceptionnel.**

, Stella Young, TEDxSydney, avril 2014

Reconnaissant que tous les jeunes handicapés ne sont pas identiques, les sections suivantes explorent comment les expériences sociales de la jeunesse, du handicap et du genre s'entrecroisent et créent des obstacles pour les jeunes handicapés, les empêchant d'exercer leur aptitude à agir et de jouir de leurs

droits humains dans deux domaines importants : la liberté de vivre sans violence, particulièrement la VBG, et la liberté de prendre des décisions à propos de leur propre vie sexuelle et reproductive. L'âge et le genre sont deux des nombreux facteurs de recoupement qui peuvent influencer la manière dont la discrimination se manifeste contre les jeunes handicapés. La race, l'ethnicité, la religion, la classe, l'indigénité et de nombreuses autres catégories et contextes sociaux peuvent donner lieu à une discrimination ou affecter la manière dont elle est vécue. De plus, les identités de genre peuvent aussi déboucher sur des traitements discriminatoires. L'équipe de recherche reconnaît que la diversité des identités peut compliquer et donner lieu à une discrimination de nombreuses manières différentes, mais un débat complet sur ce thème dépasse la portée de cette étude. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour veiller à ce que toutes les formes de discrimination contre les jeunes handicapés soient mises en lumière et éliminées.

PRÉSENTATION DU CHAPITRE

Ce chapitre s'ouvre par un aperçu de l'évolution des concepts du handicap, et la mesure dans laquelle ils ont renforcé ou atténué les attitudes négatives envers les handicapés qui mènent trop souvent à un traitement discriminatoire. Il analyse comment la jeunesse, le genre et l'expérience sociale du handicap s'entrecroisent et peuvent limiter la capacité des jeunes handicapés à jouir pleinement de leurs droits humains. Ce chapitre explore enfin les conclusions des récentes études sur la vulnérabilité à la violence des jeunes handicapés, les obstacles auxquels ils sont confrontés pour réagir à cette violence, et la discrimination dans l'accès et la jouissance de leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive (DSSR). Chaque section indique comment et quand l'âge et le genre s'entrecroisent avec le handicap pour rendre les droits plus ou moins disponibles pour les jeunes handicapés.

POINTS PRINCIPAUX

- La liberté d'exercer l'aptitude à agir—la **liberté de prendre des décisions les concernant** à propos de tous les aspects de leur vie—est essentielle au droit des jeunes handicapés à participer pleinement à la vie sociale, économique et politique. **Les jeunes handicapés sont souvent empêchés d'exercer leur aptitude à agir par la stigmatisation et les préjugés, des lois discriminatoires et des obstacles physiques** ainsi que par une inattention aux droits des jeunes handicapés d'accéder aux espaces et informations publics.
- Les jeunes handicapés sont exposés à la discrimination basée sur leur âge, leur genre et leur handicap, entre autres facteurs. **De multiples formes de discrimination s'entrecoupent et renforcent les désavantages existants**, ce qui augmente l'exposition des jeunes handicapés à la violation de leurs droits humains.
- **Le handicap est un concept complexe, dynamique et en évolution.** Les obstacles à l'inclusion totale des jeunes handicapés sont sociales, environnementales et physiques, et tous les jeunes handicapés ne sont pas confrontés à tous ces obstacles de la même manière.
- **Il est essentiel de reconnaître comment différents systèmes d'oppression se recoupent pour modeler les expériences de discrimination** pour comprendre pleinement la gamme diversifiée et complexe de ses effets potentiels en pratique.
- Les jeunes handicapés, surtout les jeunes femmes et les filles handicapées, sont **plus exposés à la violence** que leurs pairs non handicapés. Ils sont confrontés à différentes formes de violence, y compris **la violence physique, sexuelle, psychologique et affective ; l'intimidation, la contrainte, l'institutionnalisation, le trafic et la stérilisation forcée ; les croyances et pratiques non respectueux des droits humains tels que le mariage d'enfants et la mutilation génitale féminine.**
- Les jeunes handicapés, surtout les femmes et les filles handicapées se voient souvent **refuser l'accès aux services de justice et d'intervention offerts aux victimes** de violence sexuelle et de VBG.
- Les jeunes handicapés sont confrontés à des **inégalités persistantes** pour accéder aux services de SSR, renforcées par la discrimination basée sur l'âge, le genre et le handicap.
- Les difficultés que rencontrent les jeunes handicapés pour jouir de leurs droits sont **renforcées par la pauvreté, les risques associés aux conflits armés et aux crises humanitaires, et par l'institutionnalisation.**
- La **collecte de données désagrégées par handicap, sexe et âge est cruciale** pour comprendre la situation des jeunes handicapés et informer des politiques qui assureront l'inclusion sociale et les droits humains de ces jeunes.

// II. LES INTERSECTIONS DE LA JEUNESSE, DU HANDICAP ET DU GENRE

Il y a plus de jeunes entre 10 et 24 ans en vie aujourd'hui qu'à toute autre époque de l'histoire.¹⁵ La qualité de la transition de ces jeunes à l'âge adulte sera un déterminant important du type d'avenir dont ils pourront tous profiter qui mettra en évidence le sérieux de l'engagement de la communauté mondiale dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 (Programme 2030) à « ne laisser personne de côté ». Il est largement accepté qu'investir dans les jeunes est logique au plan économique et que cela est essentiel pour le développement durable. Cependant, comme le font remarquer les défenseurs des jeunes, pour impliquer et profiter des compétences et de la créativité des jeunes, il faut reconnaître les droits humains des jeunes, de tous les jeunes, à une pleine participation dans leurs communautés et dans la société mondiale.¹⁶

Les jeunes handicapés partagent les mêmes droits et les mêmes aspirations que leurs pairs non handicapés et ont le même pouvoir pour modeler un avenir durable pour tous. On estime qu'il y a 270 millions de jeunes handicapés dans le monde, dont la majorité vivent dans les pays en développement. Pour pouvoir exploiter entièrement leur pouvoir et leur potentiel, les jeunes handicapés doivent devenir visibles et on doit les laisser exercer leur aptitude à agir.

Tous les jeunes sont confrontés à des obstacles dans leur parcours vers l'âge adulte, et ces obstacles varient selon l'étape de la vie. Dans certaines régions du monde, quand une fille atteint l'âge de 10 ans, elle est considérée comme prête au mariage.¹⁷ On estime que 47 700 filles de 17 ans ou moins sont mariées

chaque jour dans les pays en développement.¹⁸ Quand les filles atteignent l'âge de 19 ans, 1 sur 3 est mariée et beaucoup ont déjà des enfants, parfois contre leur volonté.¹⁹

Les adolescents sont également susceptibles de rencontrer des difficultés pour accéder aux services de santé et pour faire des choix positifs à propos de leur santé. Plus de la moitié des adolescents entre 10 et 19 ans vivent dans des pays où le niveau de malnutrition est élevé et où les taux d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et du syndrome d'immunodéficience acquise (VIH / SIDA), de blessures et de violence sont élevés. Lorsque les adolescents sont sexuellement actifs mais sont mal informés à propos des risques d'infections sexuellement transmissibles (IST), ou de l'utilisation de la contraception, ou ne peuvent pas négocier l'utilisation de contraceptifs, ils sont particulièrement exposés à des risques. Une nouvelle infection au VIH sur sept se produit pendant l'adolescence.²⁰

Pour les jeunes handicapés, ces défis peuvent être encore plus significatifs. Il apparaît de plus en plus clairement que les jeunes handicapés dans le monde entier sont disproportionnellement isolés au sein de leurs propres communautés, sont bien moins susceptibles que leurs pairs d'obtenir les mêmes résultats scolaires et d'emploi et sont souvent dans l'impossibilité de fonder une famille ou d'établir des relations sexuelles saines. Ces résultats, qui concernent les pays développés comme les pays en développement, signifient que de nombreux jeunes handicapés ne parviennent pas à faire la transition réussie vers l'âge adulte, définie dans les présentes comme le fait d'assumer des « rôles adultes » dans leurs communautés. Bien que ces rôles adultes puissent être définis différemment dans des cultures spécifiques, la notion de pouvoir participer pleinement au développement social, économique et politique d'une société est largement partagée à travers le monde.

À QUOI RESSEMBLE L'AUTONOMISATION

En 2011, l'African Youth with Disabilities Network a été fondé pour unir les groupes de jeunes africains handicapés et donner aux jeunes handicapés une voix sur le continent. En 2012, Robert Ssewagudde, le dirigeant d'un groupe de défense des droits des handicapés en Ouganda, a rejoint ce réseau et participé à la conférence « Raising our Voices for Inclusion » soutenue par Open Society Foundations et World Enabled. Pendant la conférence, Robert a décrit son sentiment concernant l'autonomisation :

Dans ma communauté, quand on est sourd, on est maltraité. On vous appelle Kasiru. Dans notre langue, ça veut dire « stupide ». Et ça m'a fait très mal et m'a inquiété pendant longtemps. Les gens me regardaient comme si je n'étais rien. J'étais entré dans un monde nouveau sans expérience. Mais je n'abandonne jamais. J'ai pris confiance en moi. Ma mère me prenait en pitié parce que j'étais sourd. Elle ne pouvait pas supporter la situation quand j'habitais avec elle, et que les gens disaient que j'étais stupide. Alors elle a essayé de trouver un endroit pour me placer, et j'ai été placé dans une école pour malentendants à Ntinda [dans la banlieue de Kampala] . . . Je suis allé dans une école spéciale mais je voulais vraiment savoir ce que faisaient les élèves non-malentendants. Quand j'ai fini l'école [spéciale], j'ai obtenu de très bons résultats. . . et j'ai été intégré dans une école secondaire [normale] . . . J'ai continué mes études pendant six ans et je prévois maintenant d'aller à l'université et d'apprendre la gestion non-gouvernementale. Je ressens beaucoup de fierté en tant que malentendant, j'ai accompli beaucoup, j'ai travaillé dur. J'ai perdu mon audition, mais je n'ai jamais abandonné. Nous [les jeunes handicapés] rêvons beaucoup de l'inclusion, d'une éducation de qualité. Nous rêvons des droits humains ; nous rêvons à beaucoup de choses. Mais nous savons que nous les réaliserons. Certains peuvent dire que c'est impossible, mais moi je dis que c'est possible et que l'avenir est radieux.

L'histoire de Robert démontre que les jeunes handicapés peuvent non seulement accomplir des choses dans leur vie personnelle mais aussi qu'ils sont des agents actifs de changement social. Depuis qu'il est entré à l'université, Robert a continué son travail de défense en Ouganda et partout en Afrique, pour encourager d'autres jeunes handicapés à ne pas se contenter de rêver à leurs droits mais à les réclamer.

Bien que les droits humains de tous les jeunes aient besoin d'être protégés pour assurer leur transition réussie vers l'âge adulte, le recoupement unique de l'âge et du handicap exige que les États prennent des mesures appropriées pour veiller à ce que les droits humains soient protégés spécifiquement pour les jeunes handicapés. Les États doivent prendre des mesures positives non

seulement pour éviter que les jeunes handicapés « passent par les mailles du filet » mais aussi pour aborder comment les multiples formes de discrimination entrent en interaction pour rendre ces jeunes invisibles et en faire des cibles du déni actif de leurs droits humains.

HANDICAP ET DISCRIMINATION

Le Rapport mondial sur le handicap (2011), un travail pionnier, décrit le handicap comme « complexe, dynamique, multidimensionnel et contesté ». ²¹ Il s'agit d'un « concept évolutif » qui est à bien des égards le produit de facteurs sociaux et environnementaux. ²² La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) reconnaît les personnes handicapées comme « des personnes qui présentent des déficiences physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation au sein de la société sur la base de l'égalité avec les autres ». Cette même interaction (entre les conditions de santé et les facteurs contextuels) motive l'approche du handicap dans le Rapport mondial sur le handicap. ²³ Au lieu de présenter le handicap comme un attribut

d'une personne individuelle, la CDPH et le Rapport mondial sur le handicap soulignent que le handicap est à la fois le résultat de la déficience et de facteurs personnels et environnementaux qui empêchent ou limitent les activités et encouragent l'exclusion sociale.

Différentes conceptions du handicap ont eu tendance à placer le handicap dans la personne et renforcé les idées préconçues de normalité (validité) qui définissent ce qui est différent, c'est-à-dire la non-validité, comme étant anormal. ²⁴ Trois des cinq principaux modèles de conceptualisation du handicap, les modèles moral, caritatif et médical, abordent le handicap comme quelque chose à rectifier, un symbole de rétribution divine ou de tragédie personnelle qui doit être soigné ou guéri et non accommodé. Dans chaque cas, on prive effectivement les personnes handicapées de



MODÈLES DE HANDICAP

Modèle moral : Considère le handicap comme un signe de faiblesse morale ou le résultat d'un acte divin ou surnaturel.

Modèle caritatif : Considère les personnes handicapées comme ayant un minimum de capacités et exigeant soins et protection.

Modèle médical : Se focalise sur la « guérison » du handicap ou la fourniture d'interventions médicales pour traiter le diagnostic au lieu de la personne.

Modèle social : Examine les barrières d'exclusion des personnes handicapées et œuvre pour les éliminer afin de rendre possible l'inclusion et la participation.

Modèle basé sur les droits : Est axé sur les droits du handicap en tant que droits humains et promeut et protège une accessibilité et inclusion sociales, économiques et physiques égales.

Malgré les bonnes intentions des modèles médical et caritatif, ils se sont tous deux révélés comme renforçant la marginalisation des jeunes handicapés en limitant leur inclusion et leur indépendance sociale et économique. La CDPH encourage l'utilisation des modèles social et basé sur les droits.

leur aptitude à agir et on place l'autorité de prise de décision entre les mains des professionnels médicaux et sociaux tout en renforçant l'idée du handicap comme une différence, quelque chose de « moins que la norme ».

Plus vous présentez de différences par rapport à la norme, plus vous êtes vulnérable et plus vous avez de risques d'être stigmatisé.

, *Psychologue dans une organisation des droits de l'enfant au Danemark*²⁵

L'idée que le handicap équivaut à une anomalie ou une incapacité engendre les attitudes négatives et la stigmatisation, qui débouchent toutes deux sur une discrimination des personnes handicapées et encouragent leur exclusion d'une pleine participation au sein de la société. Les attitudes négatives des autres envers les personnes handicapées affectent le potentiel et la qualité de leur intégration dans leurs communautés, les types et la qualité des services qu'elles reçoivent et leur capacité à vivre une vie pleine et complète sur la même base que leurs pairs.²⁶ Dans une étude sur les attitudes envers les personnes ayant un handicap intellectuel, les chercheurs ont défini ces attitudes comme le degré de distance sociale que les gens préfèrent conserver entre eux et les personnes handicapées, suggérant que moins les membres du public comprennent les personnes handicapées, moins ils sont susceptibles de vouloir travailler avec des personnes handicapées, vivre près d'elles ou être associés avec elles.²⁷ Bien qu'on constate que les attitudes négatives envers les personnes handicapées soient en train de changer, les membres du public continuent à signaler qu'ils se sentent mal à l'aise et ne savent pas comment se comporter en présence de personnes handicapées.²⁸

Bien que toutes les personnes handicapées soient confrontées à des barrières sociales, la nature de ces obstacles peut être différente en fonction du groupe de handicap. Les enfants sourds, aveugles ou autistes, qui ont des déficiences psychosociales

et intellectuelles ou ont plusieurs handicaps, sont les plus vulnérables à toutes les formes de violence.²⁹ Des études ont montré que les enfants ayant des handicaps intellectuels sont cinq fois plus susceptibles d'être maltraités que les autres enfants et sont bien plus exposés aux brimades.³⁰

Les jeunes ayant des handicaps intellectuels courent un plus grand risque de se voir refuser le droit de prendre des décisions autonomes. Le refus de capacité juridique aux jeunes handicapés viole leurs droits humains et peut exacerber leur exposition à la violence sexuelle. Dans cette situation, ils peuvent aussi avoir plus de difficultés à signaler les violences et mauvais traitements dont ils sont victimes, et à être crédibles auprès des autorités pertinentes,³¹ ce qui réduit ou élimine leur capacité à témoigner contre leurs agresseurs. Quand le refus de capacité juridique est utilisé pour autoriser la stérilisation des femmes et filles handicapées sans leur consentement, leurs droits reproductifs sont violés et elles deviennent des cibles plus faciles pour les agresseurs sexuels car la grossesse n'est plus un risque.

L'appartenance à d'autres groupes de handicap peut aussi créer des barrières uniques. Une étude sur l'expérience de personnes sourdes lors de l'accès aux services de SSR au Ghana, a par exemple mis en évidence les obstacles auxquels elles sont confrontées lorsqu'elles souhaitent accéder à ces services : des obstacles à la communication, dont l'analphabétisme parmi les personnes sourdes et les compétences insuffisantes en interprétariat parmi les interprètes en langage des signes, l'ignorance à propos de la surdité et les attitudes envers les personnes sourdes, l'absence d'intimité et de confidentialité dans les centres, le temps limité pour les consultations et le manque de confiance, se cumulent et découragent les personnes handicapées de faire appel aux services de SSR dont elles ont besoin et les empêchent d'accéder à des informations exactes et de haute qualité à propos de leurs SSR.³²

LES JEUNES ET LE HANDICAP

Les attitudes négatives, un manque de compréhension à propos du handicap et la stigmatisation peuvent avoir de profondes conséquences pour toutes les personnes handicapées mais surtout pour les jeunes handicapés. Ces attitudes représentent l'un des plus grands obstacles auxquels les jeunes handicapés sont confrontés pour obtenir l'inclusion. Les enfants handicapés font partie des groupes d'enfants les plus marginalisés et exclus.³³ Selon un rapport au Canada, 53 % des enfants handicapés

ont signalé n'avoir aucun ou un seul ami proche, et un pourcentage élevé ont déclaré être exclus ou évités à l'école.³⁴ Les enfants handicapés sont également vulnérables au harcèlement, qui peut avoir des conséquences à long terme pour leur développement social et leur santé mentale.³⁵ Dans bien des cas, la stigmatisation des enfants handicapés est étendue aux membres de la famille et aux soignants, ce qui conduit de nombreuses familles à garder leurs enfants handicapés à la maison pour éviter les préjugés et les protéger des mauvais traitements potentiels.³⁶



LES ÉLÉMENTS PRINCIPAUX INDIQUENT QUE :³⁷

- Relativement peu de données existent sur les enfants handicapés, et les informations qui existent sont basées sur un ensemble d'études plus restreint que celui disponible pour la plupart des autres groupes d'enfants.
- Les enfants qui vivent dans le contexte de la pauvreté ont plus de risques de devenir handicapés suite à des soins de santé inadéquats, la malnutrition, l'absence d'accès à de l'eau propre et à une hygiène de base, ainsi que des conditions de vie et de travail dangereuses. Une fois handicapés, ils ont plus de risques de se voir refuser des ressources de base qui atténueraient ou préviendraient une pauvreté de plus en plus grande. La pauvreté et le handicap se renforcent mutuellement, contribuant à une vulnérabilité et une exclusion accrues.
- Une proportion importante d'enfants handicapés n'a pas accès aux services de base y compris l'éducation et la santé.
- Bien que tous les enfants aient un droit égal de vivre dans un environnement familial, de nombreux enfants handicapés continuent à passer une grande partie de leur vie dans des établissements, maisons de soins, maisons d'accueil ou autres établissements résidentiels.
- Les enfants handicapés sont disproportionnellement exposés à la violence, à l'exploitation et aux mauvais traitements.
- Les barrières culturelles, juridiques et institutionnelles font des filles et des jeunes femmes handicapées des victimes d'une double discrimination : en conséquence de leur genre et de leur handicap.
- Les enfants handicapés sont souvent oubliés dans les actions humanitaires et deviennent encore plus marginalisés car moins de ressources sont disponibles pendant une urgence.
- Les plus grandes barrières à l'inclusion des enfants handicapés sont la stigmatisation, le préjugé, le manque de connaissances et le manque de formation et de renforcement des capacités.

LES OBSTACLES À L'INCLUSION DES JEUNES HANDICAPÉS

Attitudes négatives : les attitudes motivent notre manière de réagir face aux autres. Elles représentent une prédisposition ou une disposition acquise « à agir de manière stéréotypique et prévisible en présence d'autres personnes qui font partie d'un certain groupe ». ³⁸ Elles mettent en jeu un jugement et des réactions favorables/défavorables face à certains aspects du handicap. ³⁹ Les attitudes négatives envers les personnes handicapées sont à la base des lois, politiques et pratiques discriminatoires envers les personnes handicapées. Pour que le changement social positif soit durable, il faut traiter les attitudes négatives.

Stigmatisation - La stigmatisation est la désapprobation sociale extrême de personnes qui ont une ou plusieurs caractéristiques qui s'éloignent significativement des normes culturelles d'une société. La stigmatisation du handicap décrit la manière dont les gens réagissent et rejettent les personnes handicapées car leur incapacité physique, mentale (psychosociale), intellectuelle ou sensorielle les place hors des normes sociales. Erving Goffman, auteur de deux textes cruciaux dans Disability Studies, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* (1959) et *Stigma: Notes on Management of Spoiled Identity* (1962), a défini la stigmatisation de la manière suivante : « Le phénomène selon lequel une personne ayant un attribut profondément dénigré par sa société est rejeté à cause de cet attribut. La stigmatisation est un processus selon lequel la réaction des autres détériore l'identité normale. » ⁴⁰ Goffman est un contributeur majeur pour la compréhension des handicaps en tant que caractérisations sociale.

Accessibilité - L'accessibilité est une condition préalable pour que les personnes handicapées puissent vivre de manière autonome, participer entièrement et de manière égale à la société et jouissent de leurs droits humains sur la base de l'égalité avec les autres. Le droit à l'accessibilité inclut l'accès à l'environnement physique, le transport, les informations et la communication, et les services. ⁴¹ Le manque d'accessibilité est dû à la construction de bâtiments, à la conception de produits et à la prestation de services visant des personnes correspondant à des normes restreintes d'un point de vue physique, de santé mentale (psychosocial), intellectuel ou sensoriel. La CDPH recommande les principes de conception universelle pour obtenir l'accessibilité. « Conception universelle » désigne la conception de produits, environnements, programmes et services pouvant être utilisés par tous, dans la plus grande mesure possible, sans qu'il soit nécessaire de les adapter ou d'utiliser une conception spécialisée. ⁴²

Invisibilité Invisible est le mot utilisé par de nombreuses personnes handicapées pour se décrire. Les gens « parle de moi comme si je n'étais pas là » ⁴³ et soit prennent des décisions à leur place, ou les ignorent simplement. Traiter les personnes handicapées comme si elles étaient invisibles est le résultat non seulement d'attitudes pleines de préjudice mais aussi d'une absence de lois, politiques et pratiques qui encouragent la sensibilisation. Par exemple, les politiques qui privent les personnes handicapées de leur capacité juridique et l'attribuent à des tuteurs rendent les personnes handicapées invisibles dans leur propre prise de décisions.

Absence de données : le manquement à collecter des données incluant les personnes handicapées ou à veiller à ce que les données soient désagrégées sur la base du handicap contribue à l'invisibilité des personnes handicapées. L'Article 31 de la CDPH exige que les États recueillent des « informations appropriées » concernant le statut et la situation des personnes handicapées afin d'élaborer des politiques en toute connaissance de cause.

Développer de bonnes relations avec ses camarades est un composant critique du développement d'un enfant.⁴⁴ La stigmatisation et l'exclusion des enfants handicapés entrave à ces relations et peut entraîner l'internalisation d'attitudes négatives à propos de leur propre valeur, ce qui les rend plus vulnérables face à la violence comme on y reviendra plus loin.⁴⁵ Ceci risque également de rendre les enfants handicapés invisibles pour les éducateurs, les prestataires des services de santé, les décideurs, ainsi que d'autres, renforçant le potentiel d'exclusion perpétuelle alors qu'ils progressent vers l'âge adulte.

GENRE ET HANDICAP

La discrimination sexiste à l'encontre des filles et des jeunes femmes handicapées débute à un très jeune âge. Les filles handicapées sont moins susceptibles de recevoir des soins et des aliments au foyer et sont plus susceptibles d'être laissées à l'écart des interactions et activités familiales.⁴⁶ Elles sont moins susceptibles de recevoir des soins ou des dispositifs d'assistance que les garçons handicapés et ont également moins de chances de recevoir une éducation ou une formation professionnelle qui leur permettrait de trouver un emploi.⁴⁷ Les enfants de sexe féminin nés avec un handicap ont plus de risques de mourir par « meurtre par compassion » que les enfants de sexe masculin handicapés,⁴⁸ et ne sont parfois jamais légalement déclarées, ce qui les coupe des services de santé publique, de l'éducation et des services sociaux et les rend plus vulnérables à la violence et aux mauvais traitements.⁴⁹ Les filles handicapées ont moins de chances que les garçons handicapés d'aller à l'école, ainsi elles ont moins de chance d'accéder à un emploi stable et d'être alphabétisées. En tant que femmes, elles sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté et d'être victimes de violences sexistes.⁵⁰

Les filles et les jeunes femmes handicapées ont tendance à internaliser ce qu'elles perçoivent comme le rejet de la société.⁵¹ Elles sont plus susceptibles que leurs pairs masculins de se considérer comme

handicapées et d'avoir une image négative d'elles-mêmes. Ceci peut les rendre plus exposées aux interactions sociales nocives. Les jeunes femmes handicapées ont admis qu'elles peuvent être plus disposées à accepter un partenaire abusif ou qui les maltraite, seulement pour avoir un partenaire.⁵² Certaines ont indiqué que le besoin d'être aimées était plus important pour elles que d'avoir des relations sexuelles protégées.⁵³

La recherche suggère également que le genre a un effet puissant sur l'expérience sociale des hommes handicapés. Une étude a examiné les recherches limitées sur la masculinité et le handicap et conclu que le handicap déstabilise les idées que les hommes ont d'eux-mêmes. « Les hommes handicapés ont tendance à s'identifier à des idéaux hégémoniques de la masculinité comme la force physique, l'indépendance et la bravade, ce qui les met en conflit avec leur statut marginalisé. »⁵⁴ La réponse des hommes à ce conflit est souvent compliquée et individuelle.⁵⁵

Les personnes handicapées qui s'identifient comme LGBTQI (lesbienne, gay, bisexuel, transgenre, queer et intersexe) sont également exposées à des formes particulières de discrimination basée sur le genre qui entraîne le déni des droits.⁵⁶ Elles sont souvent victimes de discrimination sur la base de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre et de leur handicap à l'école, au travail et dans les environnements de vie protégés, et sont très exposées aux brimades et à de mauvais résultats scolaires.⁵⁷ La diversité sexuelle est souvent un facteur absent des programmes liés aux DSSR, tout comme l'inclusion du handicap dans les programmes et services destinés aux minorités sexuelles.⁵⁸ Ces sujets sont souvent tabous dans de nombreux programmes d'éducation spéciale à l'école, ce qui limite la capacité des jeunes handicapés à développer des identités diverses et positives ou à explorer des relations saines.⁵⁹

Pour les décideurs, chercheurs et défenseurs, il est essentiel de reconnaître comment différents

systèmes d'oppression se recourent pour modéliser les expériences de discrimination pour comprendre pleinement la gamme diversifiée et complexe de ses effets potentiels en pratique.⁶⁰

/// III. LA VIOLENCE ENVERS LES JEUNES HANDICAPÉS

La violence envers les enfants et les jeunes adultes, compte parmi les plus graves problèmes mondiaux. Les données sur la violence envers les enfants sont difficiles d'accès, en grande partie parce que ces violences sont rarement signalées et parce que la collecte de données est souvent inégale et de fiabilité variable d'un pays à l'autre, et dépend de définitions variées de la violence et des enfants.⁶¹ Cependant, des études réalisées dans le monde entier ont démontré que les jeunes handicapés, plus particulièrement les filles handicapées, sont bien plus vulnérables à la violence que leurs pairs non handicapés.

- Les enfants handicapés ont près de quatre fois plus de risques d'être victimes de violence que les enfants non handicapés. Plus d'un sur quatre a été victime d'une forme de violence, et un sur cinq a été victime de violence physique.⁶²
- Les filles et les garçons handicapés ont près de trois fois plus de risques d'être victimes de violence sexuelle, les filles étant les plus vulnérables.⁶³ Dans une étude menée par African Child Policy Forum sur la violence envers les enfants handicapés, pratiquement tous les jeunes (entre 18 et 24 ans) interrogés avaient été victimes d'abus sexuels au moins une fois, et la plupart plusieurs fois au cours de leur vie.⁶⁴
- Les enfants malentendants, malvoyants ou autistiques, qui ont des handicaps psychosociaux et intellectuels ou ont plusieurs incapacités sont les plus exposés à toutes les formes de

violence.⁶⁵ Des études ont montré que les enfants ayant des handicaps intellectuels ont cinq fois plus de chances d'être maltraités que les autres enfants et sont bien plus exposés aux brimades.⁶⁶

- Les filles et les femmes handicapées ont plus de risques d'être victimes de violence que leurs pairs masculins handicapés ou que les filles et jeunes femmes non handicapées.⁶⁷ Dans une étude en Australie, jusqu'à 62 % de femmes handicapées de moins de 50 ans ont été victimes de violence depuis l'âge de 15 ans, et les femmes handicapées ont été victimes de violence sexuelle trois fois plus souvent que les femmes non handicapées.⁶⁸
- L'appartenance à une minorité raciale, religieuse ou sexuelle ou le fait de vivre dans la pauvreté augmente le risque de violence sexuelle pour les filles et les femmes handicapées.⁶⁹

La recherche a montré que les enfants handicapés sont exposés à un large éventail de violences perpétrées par les parents, les pairs, les éducateurs, les prestataires de service et d'autres, y compris les partenaires intimes.⁷⁰ La violence peut prendre de nombreuses formes, dont le harcèlement à l'école, la discipline physique aux mains des soignants, la stérilisation forcée des filles, ou la violence déguisée en traitement, telle que la « thérapie par aversion » utilisant des chocs électriques pour contrôler les comportements. Dans certains cas, les enfants sont délibérément blessés afin de leur infliger un handicap pour les rendre plus efficaces en tant que mendiants dans la rue.⁷¹

Les enfants handicapés peuvent être plus exposés à la violence à l'école. Une étude auprès d'enfants handicapés en Ouganda a conclu que les écoles étaient les lieux principaux où ils étaient victimes de violence, souvent aux mains du personnel enseignant et de leurs camarades garçons et filles non handicapés.⁷² Toutefois, d'autres études ont conclu que les filles et les jeunes femmes

handicapées sont plus vulnérables à la violence sexuelle quand elles ne sont pas à l'école.⁷³ Les voisins et membres de la famille les sachant seules peuvent profiter de cette opportunité pour leur infliger des violences sexuelles avec peu de risques de se faire prendre.⁷⁴

Malgré les données probantes existantes du taux de violence élevé envers les jeunes handicapés, une grande partie des études menées jusqu'à présent n'ont pas inclus toutes les formes de violence auxquelles sont exposés les enfants handicapés, ce qui suggère que les enfants handicapés peuvent être

vulnérables à la violence à des taux bien plus élevés que ceux qui sont signalés.⁷⁵

La recherche s'est également largement focalisée sur les pays à revenus élevés, laissant les pays à faibles et moyens revenus relativement inexplorés. Comme ce dernier groupe a généralement des taux de handicap plus élevé et moins de services de soutien disponibles pour les personnes vivant avec un handicap ou les victimes de violence, cette lacune dans la recherche peut laisser des millions d'enfants handicapés non pris en compte.⁷⁶



BREAKING THE SILENCE: A REPORT ON VIOLENCE AGAINST CHILDREN WITH DISABILITIES IN AFRICA⁷⁷

Un rapport de 2010 réalisé par African Child Policy Forum attire l'attention sur l'expérience de la violence subie par les enfants handicapés dans cinq pays d'Afrique. Les chercheurs ont mené près de 1 000 entretiens structurés avec des jeunes handicapés entre 18 et 24 ans au Cameroun, en Éthiopie, au Sénégal, en Ouganda et en Zambie.

- Chaque jeune ayant participé à l'étude avait subi des violences physiques au moins une fois, et la plupart en avaient été victimes entre trois et dix fois, voire plus.
- Les agresseurs étaient principalement d'autres enfants dans leur école ou leur quartier, puis les membres de la famille non-immédiate.
- Plus de la moitié de ceux qui avaient été victimes de violence physique ont déclaré qu'ils avaient subi des fractures ou des dents cassées, ou qu'ils avaient saigné ou eu des contusions. Deux pour cent avaient été handicapés définitivement à cause des agressions.
- Dans quatre des cinq pays étudiés, tous les participants avaient été victimes d'abus sexuels au moins une fois, et la plupart près de trois fois.
- Globalement, plus d'un sur trois avait été forcé à avoir des rapports sexuels et au Cameroun 30 pour cent avaient été forcés à se prostituer.
- Les jeunes femmes comme les jeunes hommes ont signalé avoir été victimes de violences sexuelles au moins une fois et à des taux pratiquement identiques, mais les filles étaient bien plus susceptibles d'avoir subi des abus sexuels répétés, dix fois ou plus.

POURQUOI LA VIOLENCE ENVERS LES JEUNES HANDICAPÉS EST-ELLE AUSSI RÉPANDUE ?

Hughes et al. (2012)⁷⁸ attribuent le risque accru de violence pour les personnes handicapées à l'exclusion de l'éducation et de l'emploi, à la dépendance sur une assistance personnelle, à une réduction des défenses physiques et émotionnelles, à des obstacles à la communication, à la stigmatisation et à la discrimination. Beaucoup de ces facteurs renforcent

le risque de violence et contribuent à la répétition de la violence, du fait qu'elle dure plus longtemps et qu'elle n'est pas signalée.⁷⁹

La violence à l'égard des enfants et des jeunes handicapés a été attribuée à de nombreux facteurs identiques et à la charge accrue pour les parents qui doivent s'occuper d'un enfant handicapé, à l'absence de soutien communautaire aux parents d'enfants handicapés et aux préjugés auxquels ils peuvent être exposés, ainsi qu'à la fréquence à laquelle les enfants

CAUSES POTENTIELLES DE VIOLENCE À L'ÉGARD DES ENFANTS HANDICAPÉS



Remarque : les causes de violence à l'égard des enfants handicapés ont été identifiées par les personnes interrogées dans le cadre de l'étude source, dont des professionnels, des parties prenantes essentielles des OPH, des parents d'organisations et autres ONG et des législateurs dans 13 États membres de l'UE : Autriche, Bulgarie, Croatie, République Tchèque, Danemark, Italie, Lituanie, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Slovaquie, Suisse et Royaume-Uni. Une version textuelle de ce graphique est disponible en [annexe](#).

Source : Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (2015). *La violence à l'égard des enfants handicapés : législation, politiques et programmes dans l'UE*.

handicapés sont placés dans des établissements : autant d'éléments qui peuvent augmenter le risque de violence et, dans le dernier cas, de manière radicale.⁸⁰

La violence à l'égard des enfants handicapés est également largement tolérée, partiellement comme manière de contrôler ou de discipliner le comportement. Une étude de 2017 réalisée par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) a conclu que dans le monde environ 1,1 milliard de soignants, soit un peu plus de 1 sur 4, admet être convaincu que la violence physique est nécessaire pour punir ou contrôler les comportements indésirables.⁸¹

La violence envers tout enfant peut nuire à son bien-être physique, psychologique et social et, dans certains cas, entraîner un décès prématuré.⁸² La violence peut aussi provoquer un handicap ou exacerber une maladie invalidante existante.⁸³

LE GENRE ET L'EXPÉRIENCE DES JEUNES FEMMES ET DES FILLES HANDICAPÉES FACE À LA VIOLENCE

Bien que les personnes handicapées dans le monde entier soient confrontées à des obstacles pour faire respecter leurs droits, les filles et les jeunes femmes handicapées sont dans une position bien plus difficile, notamment en ce qui concerne la violence.

Dans une étude sur les DSSR des filles et jeunes femmes handicapées, le Rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées a recueilli des preuves solides quant à la généralisation de la violence envers les filles et les jeunes femmes handicapées, dont se dégagent des tendances régulières.⁸⁴ Des études menées dans le monde entier ont conclu que les femmes et les filles handicapées sont plus exposées à la violence et à l'exploitation sexuelle que les femmes non handicapées ou que les hommes handicapés.⁸⁵ Les

femmes handicapées aux États-Unis par exemple sont 40 % plus susceptibles d'être victimes d'abus que les femmes non handicapées,⁸⁶ et des études au Népal, au Bangladesh et en Autriche, entre autres, ont conclu que la violence contre les femmes et les filles (VCFF) handicapées était généralisée.⁸⁷

La violence envers les femmes handicapées se produit au foyer mais aussi dans les établissements, écoles, centres de santé et autres espaces publics et privés, et les agresseurs sont plus nombreux.⁸⁸ Dans une étude menée au Cambodge, les chercheurs ont conclu que les femmes handicapées signalaient des taux bien plus élevés pour tous les types de violence que leurs pairs sans handicap, et que les agresseurs étaient variés et incluaient plusieurs membres différents de la famille.⁸⁹

De plus, pour les jeunes femmes et les filles handicapées, la violence conjugale et sexuelle est subie sous forme d'oppression basée sur le genre et de violence incapacitante.⁹⁰ Cela signifie que les attitudes envers le genre et le handicap influencent la manière dont les jeunes femmes et les filles handicapées subissent la violence sexuelle et la manière dont cela est ou non traité dans leurs communautés.⁹¹ Une étude a mis en évidence la nature complexe des abus et leur impact considérable et généralisé sur les femmes handicapées grâce à une série d'entretiens.⁹²

Les survivantes d'abus se souvenaient de la manière dont leur expérience du handicap et leurs propres idées à propos de leur valeur exacerbaient le pouvoir de leur agresseur :

Voici ce dont je me souviens. . . la violence verbale. Il ne faut pas en sous-estimer le pouvoir. Quand on est handicapé, il est très difficile de maintenir une image positive du corps. . . probablement, je pensais que je ne valais pas mieux physiquement. J'avais une déficience, je ne valais pas d'être bien traitée.⁹³

COMMENT SE MANIFESTE LA VIOLENCE ENVERS LES ENFANTS HANDICAPÉS ?

La Convention relative aux droits de l'enfant (CRC) définit la violence envers les enfants pour inclure « toutes les formes de violence physique ou mentale », sans exception.⁹⁴ Le Comité des droits de l'enfant a spécifié que ceci inclut des formes particulières de violence à l'égard des enfants handicapés :⁹⁵

- **Négligence ou traitement négligent.** La négligence inclut le manquement à répondre aux besoins physiques ou psychologiques des enfants, à protéger les enfants du danger, ou à obtenir des services médicaux, d'inscription des naissances ou autres lorsque les personnes responsables de la garde des enfants ont les moyens, les connaissances et l'accès aux services afin de le faire.
- **Violence mentale.** La violence mentale désigne la maltraitance psychologique et psychique, la violence verbale et la maltraitance ou négligence affective.
- **Violence physique.** Pour tous les enfants, la violence physique inclut la violence mortelle et non-mortelle, cependant, les enfants handicapés peuvent également être exposés à des risques de formes particulières de violence physique telles que la stérilisation forcée, la violence déguisée en « traitement » telle que le traitement par aversion pour contrôler le comportement, et la violence aux mains des soignants et du personnel dans les cadres institutionnels et résidentiels.⁹⁶
- **Abus sexuels et exploitation sexuelle.** Les abus sexuels et l'exploitation sexuelle incluent l'incitation ou la contrainte d'un enfant à participer à une activité sexuelle illégale ou psychologiquement néfaste, l'utilisation des enfants dans l'exploitation sexuelle commerciale, la prostitution des enfants, le trafic et la vente des enfants à des fins de mariage forcé, entre autres.
- **Torture et traitements ou sanctions inhumains ou dégradants.** Ceci inclut la punition des enfants en cas de comportement indésirable par le personnel d'établissements résidentiels ou autre, ou le recours à la force par les mêmes acteurs pour forcer les enfants à participer à des activités contre leur gré.
- **Croyances et pratiques non propices aux droits humains.** Elles incluent entre autres la mutilation génitale féminine, le mariage forcé, précoce et des enfants, les accusations de sorcellerie et les amputations, contentions, mutilations, brûlures et marquages, entre autres pratiques.
- **Violence au travers des technologies d'information et de communication.** Comme tous les enfants, particulièrement les enfants handicapés, sont de plus en plus souvent en contact avec les autres par le biais des technologies de l'information et de la communication (TIC), ils peuvent être exposés à la cyberintimidation, à des moqueries ou à du harcèlement en ligne ou à des informations nocives, violentes, préjudiciables ou pleines de préjugés ayant pour but de se moquer ou de causer des sévices psychologiques.
- **Violations institutionnelles et systémiques des droits des enfants.** Le manquement des personnes responsables de la protection des enfants contre la violence à adopter ou appliquer de manière adéquate et efficace les lois pertinentes ou à fournir des ressources suffisantes pour identifier et réagir à la violence envers les enfants handicapés constitue une violation des droits des enfants handicapés et peut causer des dommages importants.



LA VIOLENCE SEXUELLE ENVERS LES HOMMES ET LES GARÇONS HANDICAPÉS

Il est démontré que les personnes handicapées sont plus exposées à la violence sexiste, y compris la violence sexuelle, que les personnes non handicapées. Parmi les personnes handicapées, les femmes et les filles sont les plus vulnérables à la VBG, y compris la violence sexuelle, mais les hommes et les garçons sont eux aussi victimes de violence sexuelle à des taux alarmants.

Une étude de 2011 basée sur la population aux États-Unis a conclu que les hommes handicapés sont plus de quatre fois plus susceptibles de signaler une victimisation durant leur vie et au cours de l'année précédente que les hommes non handicapés (13,9 % contre 3,7 % respectivement).⁹⁷ Les résultats d'une étude plus récente (2014) sur les violences de la part d'un partenaire intime dans les relations des hommes handicapés aux États-Unis, a révélé de manière similaire que les hommes handicapés étaient plus susceptibles de signaler une violence de la part d'un partenaire intime pendant leur vie que les hommes non handicapés. L'étude a également conclu que les hommes handicapés étaient plus susceptibles de signaler une violence de la part d'un partenaire intime au cours de l'année précédente que les hommes et les femmes non handicapés.⁹⁸

Des recherches plus poussées sur la VBG, y compris la violence sexuelle envers les hommes et les garçons handicapés, sont essentielles pour créer des systèmes et mécanismes capables de prévenir et de réagir aux cas de violence.

Oui, j'étais épuisée, absolument épuisée, brisée. Et être sourde c'est dur vous savez, et il était furieux et me giflait et me donnait des coups de pied pour me réveiller. Et il me disait « ne t'endors pas, je veux une femme, une vraie femme, pas une vieille ». et j'avais horreur de ça, vraiment horreur.⁹⁹

Il m'insultait par tous ces noms, qui voudrait t'épouser, regarde-toi un peu. Il criait des insultes, comme « estropiée », ce genre de choses. Une fois quand il était furieux il m'a jetée au sol avec mon repas et m'a dit que c'était là que je devais manger, que c'était ma place. Bien sûr, je ne pouvais pas me relever.¹⁰⁰

Les partenaires intimes, les soignants et même les prestataires de service sont tous plus susceptibles de

commettre des actes de violence envers les femmes handicapées qu'envers les hommes handicapés et la population non handicapée. Mais la perception comme quoi les soignants sont des « héros » peut permettre aux abus de se dérouler sans être détectés.¹⁰¹

Les gens ont pitié de lui parce qu'il s'occupe de vous. . . Les gens hésitent à critiquer ce saint ou à penser qu'il pourrait faire ces choses terribles. Et peut-être aussi . . . les gens ne « voient » pas vraiment une femme handicapée comme une épouse, une partenaire, une mère. Donc je crois que pour certaines personnes il est difficile de penser que cette femme pourrait être victime d'abus sexuels ou de violence commis par son partenaire, est victime de violence conjugale, parce que les femmes handicapées n'ont pas de relations sexuelles, n'est-ce pas ?¹⁰²

TAUX RÉGIONAUX DE VIOLENCE DE PARTENAIRES INTIMES DANS LE MONDE



Remarque : Les données pour les zones grisées ne sont pas disponibles. La carte utilise les régions définies par la Banque mondiale. Une version textuelle de ce graphique est disponible en [annexe](#).

Source : Preliminary analysis of the World Health Organisation global prevalence database (2013) comme présenté dans *Voice and Agency: Empowering Women and Girls for Shared Prosperity* (2014) par Klugman et al.

Les désavantages cumulés qui accompagnent la discrimination due au handicap et la discrimination sexuelle amplifient ainsi l'expérience de violence des jeunes femmes et des filles handicapées, renforçant leur exposition et faisant qu'il est plus difficile pour elles qu'on les croie quand elles signalent une violence.

Les attitudes discriminatoires envers les femmes et les filles handicapées peuvent aussi leur poser des difficultés quand il s'agit de reconnaître la violence basée sur le genre quand elles en sont victimes. Il est reconnu que l'exclusion des filles et des jeunes femmes de l'éducation sexuelle à cause de la perception comme quoi elles sont asexuelles ou non-sexuelles augmente leur exposition aux abus sexuels car elles sont moins à même de faire la différence entre les comportements appropriés et ceux qui ne le sont pas.¹⁰³ L'incapacité à reconnaître la VBG lorsqu'elle se produit expose les jeunes femmes

handicapées à des conséquences supplémentaires significatives pour leur santé, augmentant leur risque de contracter le VIH / SIDA ou d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) et les exposant à des grossesses indésirables.

CROYANCES ET PRATIQUES NON PROPICES AUX DROITS HUMAINS ET FORMES SPÉCIALES DE VIOLENCE ENVERS LES JEUNES HANDICAPÉS

Les jeunes femmes et filles handicapées sont aussi exposées aux croyances et pratiques non propices aux droits humains comme le mariage précoce ou des enfants ou la mutilation génitale féminine que leurs pairs non handicapées, et sont bien plus exposées à la traite à des fins sexuelles ou autres formes de travail forcé.

LES NORMES SOCIOCULTURELLES, Y COMPRIS LES MYTHES ET LA STIGMATISATION, CONTRIBUENT À LA VULNÉRABILITÉ DES JEUNES HANDICAPÉS

Les attitudes et croyances à propos du handicap varient au sein des communautés et familles, mais dans de nombreux cas sont influencées par les normes socioculturelles, y compris les mythes qui créent une exposition accrue à la violence envers les jeunes handicapés. Une étude en 2011 menée par African Child Policy Forum au Cameroun, en Éthiopie, au Sénégal, en Ouganda et en Zambie a révélé des croyances persistantes comme quoi le handicap des enfants était le résultat d'un péché ou de la promiscuité de la mère, d'une malédiction ancestrale ou d'une possession par des démons.¹⁰⁴ Dans certains cas, la stigmatisation associée à ces croyances mène les familles à cacher leurs enfants handicapés, ces enfants étant exclus de l'école et du contact avec leurs communautés.

L'un des mythes les plus significatifs pour les jeunes handicapés est la croyance selon laquelle les personnes qui souffrent d'une IST peuvent la guérir en ayant un rapport sexuel avec une vierge.¹⁰⁵ Les jeunes handicapés sont particulièrement vulnérables au viol par des personnes infectées car on pense souvent à tort qu'ils sont asexuels, et donc vierges. Ils peuvent aussi représenter des victimes plus faciles à cause de leur mobilité physique ou d'autres vulnérabilités. Dans des entretiens menés dans le cadre de la *Global Survey on HIV/AIDS and Disability* en 2004, les défenseurs des handicapés et les prestataires de services ont signalé des viols de vierges ciblant des personnes handicapées dans 14 des 21 pays étudiés.¹⁰⁶

21 % des femmes entre 20 et 24 ans dans le monde ont été mariées avant 18 ans, dont 5 % mariées avant 15 ans.¹⁰⁷ Les complications liées à la grossesse sont l'une des causes principales de décès dans le monde des filles entre 15 et 19 ans,¹⁰⁸ et les filles qui donnent naissance avant 15 ans ont cinq fois plus de risques de mourir en couches que les femmes de 20 à 24 ans,¹⁰⁹ ce qui fait du mariage précoce un facteur de risque important pour le handicap ou la mort des jeunes filles. Les données sur la prévalence du mariage précoce ou d'enfants parmi les enfants handicapés sont rares, mais une étude de 2017 sur le mariage d'enfants au Népal a conclu que les enfants handicapés sont proposés au mariage autour du même âge que leurs pairs non handicapés et pour des raisons similaires. Cependant, le handicap ajoutait une dimension de vulnérabilité supplémentaire.¹¹⁰

Les conditions compromises dans lesquelles le mariage se déroule pour les enfants handicapés intensifient les conséquences et l'impact du mariage. Cela affecte non seulement le bien-être global et la qualité de la vie de l'enfant mais compromet aussi sa capacité à supporter et surmonter l'impact. Il se produit alors un effet en spirale tout au long de leur enfance et au-delà, qui touche aussi leurs enfants.¹¹¹

Bien que les filles soient bien plus susceptibles d'être affectées par le mariage d'enfants, les garçons peuvent aussi être mariés avant 18 ans. Selon le UNFPA, et d'après des données provenant de 82 pays aux

DÉFINIR LA VIOLENCE ENVERS LES FEMMES ET LES FILLES HANDICAPÉES¹¹²

Les femmes et les filles handicapées sont exposées aux mêmes formes de violence subies par leurs pairs non handicapés. Mais l'entrecouplement du handicap rend les femmes et les filles handicapées exposées à des formes de violence supplémentaires, physiques et psychologiques.

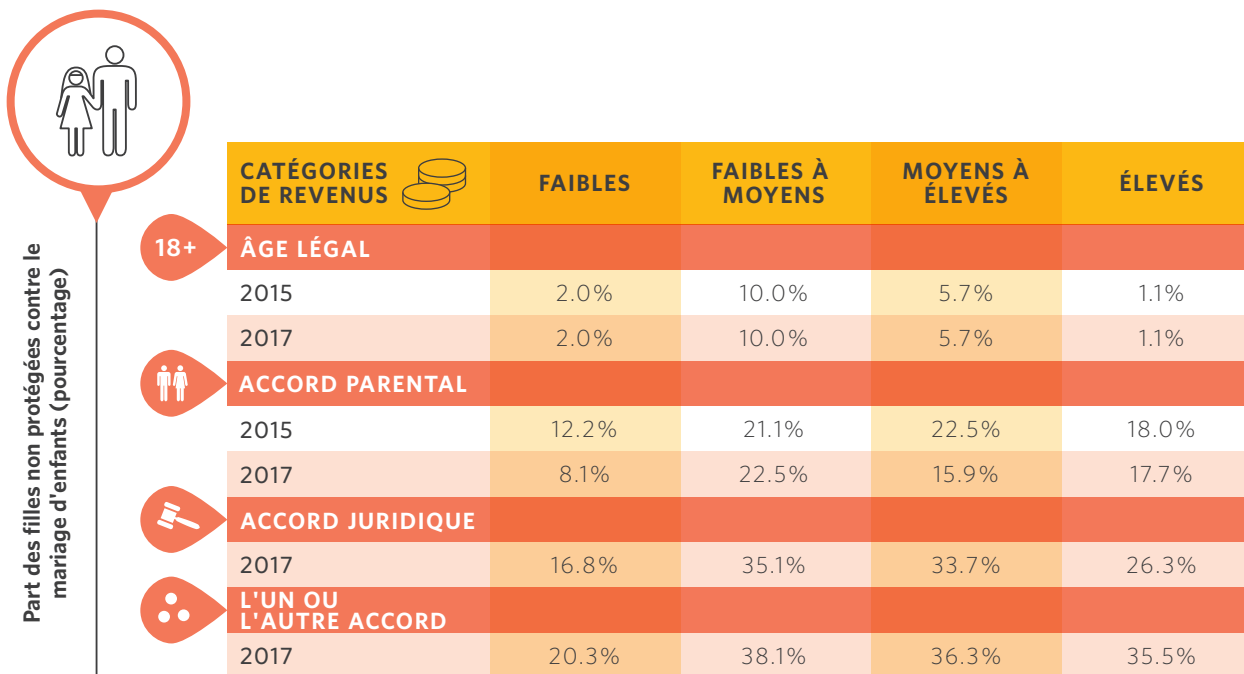
Dans son *Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap*, le Haut-Commissariat des Nations Unies (NU) pour les droits de l'Homme a reconnu que la violence envers les femmes et les filles handicapées pouvait inclure :

- Privation de médicaments et dispositifs d'assistance (tels que fauteuils roulants, attelles et cannes blanches),
- Retrait d'une rampe ou de dispositifs de mobilité,
- Refus par un soignant d'apporter une aide à la vie quotidienne (toilette, habillement et repas),
- Privation d'aliments ou d'eau, ou la menace de le faire,
- Violence verbale et ridiculisation liée au handicap,
- Retrait ou contrôle des aides à la communication,
- Susciter la peur par une intimidation,
- Sévices physiques ou menaces de sévices, privation ou mise à mort d'animaux de compagnie ou de soutien, ou destruction d'objets,
- Manipulation psychologique,
- Comportements de contrôle, y compris restriction de l'accès à la famille, aux amis ou aux appels téléphoniques,
- Stérilisation et traitement médical forcés, y compris l'administration de médicaments et d'électrochocs.

revenus faibles ou intermédiaires, seul 1 garçon sur 25 (3,8 %) se marie avant l'âge de 18 ans et le mariage avant 15 ans est peu courant avec 0,3 %. Parmi ces pays, seuls 10 d'entre-eux ont une prévalence des mariages d'enfants garçons de plus de 10 %.¹¹³ Le nombre de garçons ou jeunes hommes handicapés figurant parmi ceux qui sont mariés précocement n'est pas connu, mais les recherches suggèrent qu'un catalyseur du mariage forcé ou précoce est le souhait d'assurer des soins à une personne qui a des besoins spéciaux, ce qui suggère que les garçons comme les filles handicapés sont plus vulnérables.¹¹⁴

Le handicap augmente également le risque des jeunes face à la traite à des fins sexuelles ou autres formes de travail forcé. Le 2016 Trafficking in Persons Report publié par le ministère de l'Intérieur américain soulignait la vulnérabilité des enfants et des jeunes adultes face à la traite. Les enfants handicapés peuvent être ciblés par les trafiquants de personnes qui les forcent à mendier et estiment que le handicap de ces enfants attirent plus la sympathie des passants. Dans certains cas, les enfants et surtout les filles sont abusés de manière à les rendre handicapés et en faire des mendiants plus efficaces.¹¹⁵

NOMBRE ET PART DES FILLES ÂGÉES DE 10 À 17 ANS QUI NE SONT PAS PROTÉGÉES CONTRE LE MARIAGE D'ENFANTS, 112 PAYS



Remarque : Trois définitions de l'âge de mariage dans chaque pays sont utilisées : (1) l'âge légal de mariage sans le consentement des parents ou d'organismes judiciaires, (2) l'âge minimum avec le consentement parental, et (3) l'âge minimum avec l'autorisation d'organismes judiciaires. L'échantillon inclut 22 pays à faible revenu, 35 pays à revenu intermédiaire inférieur, 3 pays à revenu intermédiaire supérieur, et 22 pays à revenu élevé. L'analyse a été menée dans 112 pays en utilisant des données sur les lois pour l'âge minimum de mariage recueillies par le Programme sur les femmes, les affaires et la loi de la Banque mondiale. Une version textuelle de ce graphique est disponible en [annexe](#).

Source : Wodon, Q., Tavares, P., Fiala, O., Le Nestour, A., et Wise, L. (2017). *Ending Child Marriage: Legal Age for Marriage, Illegal Child Marriages, and the Need for Interventions*.

En 2012, Disability Rights International a demandé à la Commission interaméricaine des droits de l'homme de mener une enquête sur les allégations de traite des femmes handicapées placées dans un établissement.¹¹⁶ Cette pétition alléguait que les femmes présentant des déficiences intellectuelles étaient forcées d'avoir des relations sexuelles avec d'autres patients et étaient envoyées dans une prison voisine, par les gardes de la prison. En réponse à cette pétition, la Commission a ordonné au gouvernement du Guatemala de prendre des mesures immédiates pour prévenir la violence et l'exploitation sexuelle des femmes et des filles dans l'établissement.¹¹⁷

Le risque est attribué au manque d'inclusion sociale des jeunes handicapés, qui sont rares à aller à l'école et nombreux à être stigmatisés. « Trop souvent, les jeunes handicapés sont considérés comme indésirables et peuvent même être soumis à une traite par leur propre famille. »¹¹⁸ Le manque de dispositions au sein des systèmes juridique peut aussi présenter des difficultés pour les jeunes handicapés victimes de traite souhaitant signaler des abus ou témoigner contre les trafiquants, ce qui donne aux trafiquants la possibilité de cibler ces jeunes en toute impunité.

LA VIOLENCE SEXISTE COMME CAUSE DE HANDICAP

Le 29 mai 1983, pendant que Maria da Penha Fernandez dormait chez elle, son mari lui a tiré une balle dans la tête. C'était la culmination de plusieurs années de violence qui avaient provoqué des blessures à plusieurs reprises. Cette agression a laissé Maria paralysée depuis la taille et souffrant de graves traumatismes psychologiques et physiques. Elle a dû subir de nombreuses interventions chirurgicales mais deux semaines après sa sortie de l'hôpital son mari a essayé de l'électrocuter alors qu'elle prenait un bain.¹¹⁹

L'affaire de Maria da Penha à la Cour interaméricaine des droits de l'homme a débouché sur une décision historique qui tenait pour la première fois un État responsable d'avoir manqué à agir pour protéger une femme des violences conjugales. Cette affaire représente aussi un exemple notable du risque de handicap que représente la VBG pour toutes les femmes.

Les recherches aux États-Unis ont montré que la violence commise par un partenaire intime est l'une des causes de blessures les plus courantes chez les femmes.¹²⁰ Entre 40 et 60 % des femmes victimes de violence au cours d'une année sont blessées.¹²¹ Les femmes battues ont plus de risques d'avoir été blessées à la tête, au visage et au cou que les autres femmes, et beaucoup ont été soumises à des relations sexuelles forcées, avec pour conséquence des problèmes gynécologiques durables et incapacitants.¹²² Les recherches ont régulièrement indiqué un risque accru de handicap parmi les femmes ayant survécu à la violence commise par un partenaire intime, ce qui peut inclure des symptômes physiques et psychologiques chroniques.¹²³

Les chercheurs relient de plus en plus le risque de traumatismes crâniens à une exposition à la violence commise par un partenaire intime. La moitié des victimes de violence conjugales sont étranglées à un moment ou un autre de leur relation, dans de nombreux cas de manière répétée et sur plusieurs années.¹²⁴ La strangulation augmente le risque de décès par AVC, caillot de sang ou aspiration, et les coups à la tête présentent un risque de traumatisme cranio-cérébral qui peut entraîner un handicap sévère.¹²⁵ Le terme traumatisme cranio-cérébral désigne une perturbation du fonctionnement du cerveau et peut provoquer dépression et anxiété, ainsi qu'un déclin cognitif, entre autres conséquences. Il est souvent mal diagnostiqué chez les femmes victimes de violence conjugale, laissant de nombreuses femmes avec un handicap nouvellement acquis ou plus exposées à un risque de handicap, avec des soins inadaptés.¹²⁶

INTERVENTIONS FACE À LA VIOLENCE : L'ACCÈS À LA JUSTICE POUR LES JEUNES HANDICAPÉS

Dans son rapport de 2011 sur le Progrès des femmes dans le monde : à la recherche de la justice, l'Entité des Nations unies pour l'égalité des sexes et

l'autonomisation des femmes (ONU Femmes) suit la transformation significative des droits juridiques des femmes qui s'est produite au cours du siècle dernier.¹²⁷

Cependant, alors même que des lois ont été adoptées pour réduire ou éliminer la discrimination envers les femmes, les systèmes judiciaires ont été lents à

s'adapter et les obstacles pour les femmes souhaitant obtenir une assistance juridique ont persisté. Comme le notait le rapport, dans certaines communautés les femmes ne peuvent pas accéder aux systèmes judiciaires sans l'assistance d'un proche masculin et manquent d'autonomie pour prendre des décisions en dehors du foyer.¹²⁸ Ailleurs, les normes sociales encouragent la résolution des problèmes au sein de la famille ou de la communauté plutôt que de faire appel à des personnes extérieures. Souvent, les agents d'application de la loi et judiciaires sont peu enclins ou incapables de réagir aux besoins particuliers des femmes.

Les jeunes femmes et les filles handicapées devant accéder aux systèmes judiciaires pour faire des accusations d'abus sexuels et autres sont confrontées aux mêmes barrières, aggravées par des attitudes discriminatoires envers le handicap. En l'absence d'un soutien institutionnel et communautaire important, les jeunes femmes et filles ont peu de chances d'obtenir la justice en cas de violation de leurs droits.

Si nous souhaitons vraiment réaliser l'égalité des sexes au cours du XXIe siècle nous devons consacrer plus d'énergie à démanteler les présomptions préjudiciables à propos des hommes et des femmes. Nous devons les voir pour ce qu'ils sont - des êtres humains dans toute leur diversité. Ceci est l'exigence de l'égalité, qui est la base de la loi sur les droits humains. J'espère sincèrement que le travail sur cette question cruciale débutera dans le lieu qui symbolise le plus la justice : la salle du tribunal.

, Juge Navi Pillay, alors Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'Homme¹²⁹

Le soutien institutionnel commence par l'adoption et l'application de lois sensibles au handicap et au genre. La plupart des pays du monde ont désormais des lois qui interdisent la plupart des actes constituant des violences envers les femmes.¹³⁰ Cependant, une évaluation de la législation relative

à la violence conjugale dans 22 pays a trouvé peu de références substantives au handicap ou aux besoins ou aux vulnérabilités spécifiques des personnes handicapées au sein de ces lois. Lorsque les lois relatives à la VBG n'incorporent pas les formes de violence particulières que les personnes handicapées peuvent rencontrer, elles offrent peu de protection contre cette violence aux personnes qui y sont le plus vulnérables.

La communauté et surtout les agents d'application de la loi doivent changer leur attitude envers les filles et les femmes présentant des déficiences intellectuelles. Cela se produira par le partage d'une formation . avec les parties prenantes, y compris nous, pour mieux nous connaître. C'est terrible quand une telle chose vous arrive et quand on se plaint à la police ils commencent à rire et à plaisanter en nous disant que nous sommes grandes et mûres et ne pouvons . . donc pas présenter un tel cas d'abus sexuel.

, une femme présentant une déficience intellectuelle et défendant ses intérêts interrogée par Coalition on Violence against Women et Kenya Association for the Intellectually Handicapped¹³¹

Les recherches ont également démontré que les gouvernements manquent souvent à appliquer efficacement les lois relatives à la VCFF. Un rapport d'Oxfam Canada en 2017 a conclu que les membres du gouvernement responsables de l'application des lois relatives à la VCFF n'ont pas suivi les procédures présentées dans les lois elles-mêmes.¹³² Il y a eu peu de cohérence dans la gestion des plaintes, dans les mesures de protection mises à la disposition des femmes qui déposent des plaintes ou dans l'application des ordonnances du tribunal. Peu de services étaient mis à la disposition des femmes tentant d'échapper à la violence - qu'elles aient besoin d'un refuge, d'un accompagnement psychologique ou d'une assistance juridique - et les approches en matière de détention des agresseurs et la qualité des installations imposaient des restrictions insuffisantes sur les agresseurs. Les femmes qui avaient lancé des

poursuites via le système judiciaire étaient souvent harcelées, à nouveau victimisées, blâmées ou non crues.¹³³

Les recherches sur les expériences des femmes et des filles handicapées ont identifié des problèmes similaires. Le simple fait de signaler des abus sexuels est difficile pour les nombreuses raisons mentionnées plus haut, c'est-à-dire que les femmes et les filles handicapées sont souvent dépendantes de leurs agresseurs pour recevoir des soins et un soutien financier, et ne peuvent pas porter plainte sans mettre en danger leur propre bien-être. Les femmes présentant des déficiences intellectuelles sont confrontées à des défis supplémentaires pour identifier les abus et les communiquer quand ils se produisent. Beaucoup ne sont pas crues quand elles le font.¹³⁴

Si des poursuites doivent être engagées, la survivante doit être interrogée et témoigner au tribunal, et son témoignage doit être suffisamment compris et plausible pour justifier la condamnation d'un agresseur accusé. Lorsque la police, les juges et le personnel du tribunal manquent de connaissances concernant le handicap et les outils appropriés pour communiquer avec les personnes présentant des déficiences intellectuelles, les plaintes contre les agresseurs ont peu de chances d'aller loin.

Une récente étude menée par Human Rights Watch sur 17 cas de violence sexuelle envers les femmes handicapées en Inde a prouvé que les femmes handicapées n'obtiennent pas le soutien dont elles ont besoin à toutes les étapes du processus judiciaire.¹³⁵ Dans un cas, une jeune femme présentant une déficience intellectuelle a été violée plusieurs fois par un voisin mais ne savait pas qu'elle aurait dû signaler ces viols et avait du mal à expliquer ce qui s'était passé.¹³⁶ Dans un autre cas, une victime de viol âgée de 11 ans présentant une déficience intellectuelle a été amenée à la police qui a proposé un interprète du langage des signes alors que la jeune victime ne connaissait pas la langue des signes et n'était pas sourde.¹³⁷ Selon le commissaire de police adjoint pour les femmes au Bengale occidental cité dans le rapport :

Nous n'avons eu aucune formation. Quand nous rencontrons une femme handicapée, nous ne savons pas comment lui parler correctement. Les policiers ne sont pas cruels. Dans la plupart des cas les policiers sont simplement ignorants. Ce n'est pas que nous ne voulons pas les croire, mais nous nous inquiétons aussi qu'en cas d'erreur un innocent sera puni. Les policiers ont besoin d'être éduqués et sensibilisés à la manière de gérer ces situations.¹³⁸

Au Kenya, la Coalition on Violence against Women et Kenya Association for the Intellectually Handicapped ont collaboré sur un projet pour améliorer l'accès à la justice pour les femmes et les filles présentant des déficiences intellectuelles victimes d'abus sexuels.¹³⁹ Ce partenariat a inclus une enquête de base pour évaluer les obstacles auxquels sont confrontées les femmes et les filles handicapées en termes de signalement de violences. Plus de la moitié des femmes et filles interrogées ont déclaré avoir été victimes d'abus sexuels au moins une fois, et la plupart d'entre elles de nombreuses fois. Mais quand on leur a demandé de noter les services fournis par les professionnels de la santé ou les agents d'application de la loi, la plupart leur ont attribué des notes très faibles. Parmi les besoins les plus importants cités étaient la formation sur la manière de préserver les preuves (en cas de viol ou d'agression sexuelle), les services de soutien, y compris le soutien psychosocial aux victimes, et une participation plus active des agents des forces de l'ordre et des professionnels de la santé concernant la collecte de preuves, la réception de dépositions et la prestation de soins suite à un viol.

L'une des plus grandes difficultés pour les jeunes femmes et les filles handicapées pour faire valoir une plainte au tribunal est l'affirmation de leur droit de capacité juridique, qui fait l'objet de l'encadré ci-dessous.



LE DROIT DE CAPACITÉ JURIDIQUE

L'Article 12 de la CDPH reconnaît le droit de toutes les personnes handicapées à « l'égalité devant la loi ». Cela signifie que les personnes handicapées doivent être reconnues comme détenant des droits et reconnues comme des personnes juridiques ayant droit à un extrait de naissance, par exemple, ou à une assistance médicale si nécessaire. Cela signifie aussi que les personnes handicapées doivent avoir l'aptitude légale à agir pour faire valoir leurs droits et à faire reconnaître leurs décisions par les autorités juridiques.¹⁴⁰ Dans ses premières Observations générales dans la CDPH, Le Comité sur les droits des personnes handicapées reconnaît l'importance de la capacité juridique des personnes handicapées, qui se voient trop souvent dénier leurs droits.

La capacité juridique est indispensable pour l'exercice des droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels. Elle acquiert une signification particulière pour les personnes handicapées quand elles doivent prendre des décisions fondamentales concernant leur santé, leur éducation et leur travail. Le refus de capacité juridique des personnes handicapées a fait que dans bien des cas elles ont été privées de nombreux droits fondamentaux, y compris le droit de vote, le droit de se marier et de fonder une famille, les droits reproductifs, les droits parentaux, et le droit de donner leur consentement à des relations intimes et à des traitements médicaux.

Le refus de capacité juridique aux femmes et filles handicapées viole leurs droits humains et peut exacerber leur exposition à la violence sexiste. Dans cette situation, elles peuvent aussi avoir plus de difficultés à signaler les violences et mauvais traitements dont elles sont victimes, et à être crédibles auprès des autorités pertinentes, ce qui réduit ou élimine leur capacité à témoigner contre leurs agresseurs. Quand le refus de capacité juridique est utilisé pour autoriser la stérilisation des femmes et filles handicapées sans leur consentement, leurs droits reproductifs sont violés et elles deviennent des cibles plus faciles pour les agresseurs sexuels qui ne risquent plus mettre leur victime enceinte.

// IV. DROITS ET SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Les adolescents et jeunes handicapés ont les mêmes besoins en termes de DSSR que leurs pairs non handicapés.¹⁴¹ Des études ont montré qu'ils sont sexuellement actifs et ont les mêmes préoccupations en matière de sexualité, de relations et d'identité que leurs pairs.¹⁴² Pourtant, trop souvent la stigmatisation et les idées

fausses à propos du handicap, ainsi qu'une absence de services de SSR accessibles, une autonomie personnelle limitée et une absence de responsabilisation empêchent les jeunes handicapés de mener une vie sexuelle saine et de jouir pleinement de leurs droits.¹⁴³

C'est l'idéologie de la capacité¹⁴⁴ ou le discours de normalité¹⁴⁵ qui fournit un horizon de possibilités ou de limites selon lequel l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive est négocié pour les jeunes handicapés.¹⁴⁶

LA MARGINALISATION DES FILLES ET DES JEUNES FEMMES HANDICAPÉES AU MOZAMBIQUE¹⁴⁷

Pendant la visite sur le terrain de l'étude au Mozambique, les prestataires de services de SSR et les défenseurs des droits des handicapés ont exprimé que les filles et les jeunes femmes handicapées étaient confrontées à des obstacles extraordinaires pour accéder et faire appliquer leurs DSSR, même de façon minimale. Ces filles et jeunes femmes, d'après eux, courent un risque accru d'infection au VIH, particulièrement parce que beaucoup d'entre elles sont incapables de négocier des pratiques sexuelles protégées ou la monogamie avec leurs partenaires sexuels. Les participants clé ont affirmé que les normes sociales dévaluent tellement les femmes handicapées que les défenseurs signalent que les hommes qui choisissent d'avoir une relation à long terme avec une femme handicapée ne sont pas respectés. Une participante, infirmière dans une clinique de planning familial à Maputo, gérée par une organisation nationale de la société civile (OSC), explique : « Il y a trop de stigmatisation. Ils [les hommes] les poursuivent mais uniquement par curiosité. Ils veulent savoir ce que ça fait d'être avec une femme handicapée, mais ils ne voudront jamais d'une relation. C'est pourquoi les femmes ne peuvent pas maintenir de relations saines ou tenir leurs partenaires sexuels responsables, malgré leur sensibilisation aux risques liés aux rapports sexuels avec des hommes qui ont plusieurs partenaires.

Beaucoup de femmes handicapées souffrent de pauvreté extrême et utilisent les rapports sexuels de nature transactionnelle pour survivre. Un membre du conseil d'une organisation nationale de handicapés à Maputo explique : « Si elle a faim, elle a des rapports sexuels avec un homme en échange d'un repas. Les préservatifs ne sont pas mentionnés. Pas si elle doit manger. ». La principale participante a indiqué que même si les femmes handicapées sont conscientes des risques, il est courant qu'elles s'adonnent à des comportements sexuels risqués en raison de leur pauvreté et de leur besoin de survie.

Lorsque les femmes handicapées font appel à des services de SSR, souvent elles se heurtent également à une discrimination. Dans un groupe de discussion de jeunes femmes sourdes membres d'une organisation de personnes handicapés (OPH) de jeunes sourds, une femme de 19 ans a expliqué que lorsqu'elle était enceinte deux ans auparavant, l'infirmière a fait preuve de discrimination : « Ma mère ne m'avait rien dit à propos de la grossesse, et j'étais plus de cinq mois enceinte quand je suis allée à l'hôpital pour la première fois, mais l'infirmière a refusé de m'expliquer quoi que ce soit. Il n'y avait pas d'informations, aucune consultation prénatale. L'infirmière a refusé de faire quoi que ce soit et a même demandé de l'argent. »

L'incapacité des personnes handicapées à accéder aux services de santé est due à une toile complexe de discrimination composée d'attitudes sociales négatives et d'hypothèses culturelles ainsi que

d'obstacles environnementaux dont les politiques, les lois, les structures et services, qui entraîne la marginalisation et l'exclusion sociale.¹⁴⁸

- Les recherches révèlent que les adolescents handicapés se sentent isolés socialement et manquent de confiance sociale et de confiance en eux au plan sexuel.¹⁴⁹ Les parents, enseignants et prestataires de services de santé indiquent se sentir nerveux, non formés et sans assurance lorsqu'il s'agit de parler de sexualité avec les enfants et les adolescents handicapés, notamment les enfants et les adolescents présentant des déficiences intellectuelles.¹⁵⁰
- Il a été constaté que les jeunes handicapés avaient de faibles niveaux de connaissances sur la SSR, les filles et les jeunes femmes ayant les niveaux les plus faibles.¹⁵¹ Les filles et les jeunes femmes handicapées ne sont pas considérées comme ayant besoin d'informations à propos de leur DSSR ou comme capables de prendre leurs propres décisions à propos de leur vie sexuelle et reproductive.¹⁵²
- De faibles niveaux d'éducation sexuelle, y compris l'éducation à propos de la transmission et de la prévention du VIH, peuvent entraîner des comportements sexuels risqués. Des études ont montré que les adolescents handicapés signalent un faible niveau d'utilisation de préservatifs et de contraceptifs, la présence de relations sexuelles occasionnelles et de nature transactionnelle, et de multiples partenaires au cours de leur vie.¹⁵³ On constate que les jeunes handicapés courent le même risque, ou un risque supérieur, de contracter des IST que leurs pairs non handicapés, mais que le dépistage du VIH est moins fréquent chez les jeunes handicapés.¹⁵⁴
- Les jeunes handicapés signalent aussi de faibles niveaux d'accès aux services de planning familial et de SSR. Dans une étude menée en Inde, seulement 22 % de femmes signalaient avoir consulté régulièrement un gynécologue.¹⁵⁵

Les jeunes dans le monde entier continuent à avoir des difficultés à jouir de leurs droits reproductifs et

à faire respecter leurs besoins.¹⁵⁶ Pour les adultes et les jeunes handicapés, la difficulté est de trouver des manières de lutter contre les fausses idées et la stigmatisation à propos du handicap et des relations sexuelles pour permettre une représentation équitable dans les discours autour des questions de santé et de justice qui sont cruciales pour la sécurité, la santé et le bien-être de tous.

Aucun autre groupe de personnes marginalisées n'a été aussi sévèrement limité ou traité de manière aussi négative en ce qui concerne les droits de reproduction, que les femmes handicapées.¹⁵⁷

ÉDUCATION SEXUELLE COMPLÈTE ET JEUNES HANDICAPÉS

Le document *International Technical Guidance on Sexuality Education* des N.U. pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) adopte une approche complète en matière d'éducation sexuelle, qui commence par le principe selon lequel la sexualité est un aspect fondamental de la vie humaine qui a des dimensions physiques, psychologiques, spirituelles et culturelles importantes.¹⁵⁸ Conformément au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et à la CDE, le Conseil technique souligne que tous les jeunes ont besoin d'une éducation sexuelle, y compris les jeunes handicapés. Entre autres choses, une éducation sexuelle efficace est un élément vital de la prévention du VIH et des IST et réduit les risques de grossesses non désirées et d'activités sexuelles contraintes ou abusives, tout en augmentant les connaissances et les compétences des jeunes pour leur permettre de prendre des décisions informées à propos de leur propre SSR, de leur bien-être et de celui de leurs partenaires actuels ou potentiels.¹⁵⁹

Les recherches ont montré que les jeunes handicapés ont des niveaux faibles d'éducation

STIGMATISATION, SEXUALITÉ ET HANDICAP¹⁶⁰

Les recherches montrent que l'absence de DSSR et d'éducation est souvent due à un manquement à reconnaître que l'activité sexuelle est un aspect normal et sain de la croissance et du développement.

Pour veiller à ce que les jeunes handicapés aient des droits et un accès égaux à une éducation et des informations appropriées, il faut reconnaître les choses suivantes :

- Malgré les fausses idées suggérant que les jeunes handicapés se trouvent dans un état perpétuel comparable à celui d'un enfant, la plupart des jeunes présentant des déficiences physiques, intellectuelles et psychosociales passent par la puberté et développent un intérêt et un désir sexuels au même rythme que leurs pairs
- Quel que soit leur handicap, tous les humains ont besoin d'amour, d'affection et de compagnie
- La perception selon laquelle les jeunes handicapés sont hypersexuels et/ou incapables de contrôler leurs envies est souvent le résultat d'un manquement à expliquer correctement les problèmes liés à la sexualité et l'absence ou le refus d'une éducation sur la SSR.
- L'éducation sur la santé reproductive est particulièrement importante car les handicapés ont le droit de prendre des décisions à propos de leur propre fertilité et capacité ou intérêt à porter ou élever un enfant.
- L'accès à l'éducation sur la SSR est un droit et non un luxe.

sexuelle et peu de connaissances à propos de la SSR.¹⁶¹ Les filles handicapées sont plus susceptibles d'avoir encore moins de connaissances que leurs pairs masculins.¹⁶² Les différences de niveaux de connaissances ont été attribuées aux différences des types de handicaps et de leur gravité, les jeunes présentant des déficiences intellectuelles ayant le niveau le plus faible.¹⁶³

Les connaissances limitées des jeunes handicapés concernant les DSSR sont en partie le résultat de leur exclusion sociale, notamment des écoles et d'autres centres où l'éducation sexuelle est disponible. De nombreuses filles handicapées, en particulier, ne sont pas scolarisées ou ne sont plus scolarisées à l'âge où l'éducation sexuelle est dispensée.¹⁶⁴

Les parents peuvent aussi représenter un obstacle pour les jeunes handicapés souhaitant obtenir des informations appropriées sur les DSSR. De nombreux parents de jeunes handicapés signalent qu'ils sont mal à l'aise pour communiquer avec leur enfant à propos de la sexualité, et sont nombreux à ne pas être sûrs de pouvoir le faire efficacement.¹⁶⁵ Lorsqu'ils sont consultés, les prestataires de services liés aux DSSR ne sont souvent pas à même de fournir des informations aux jeunes handicapés en raison de croyances stéréotypiques selon lesquelles les personnes handicapées sont asexuelles, indifférents ou incapables de donner leur consentement.

Les campagnes de santé auprès du grand public sont aussi souvent inaccessibles. Par exemple, les jeunes handicapés ne bénéficient pas de manière

CONNAISSANCES ET ATTITUDES CONCERNANT LA SSR PARMIS LES JEUNES HANDICAPÉS EN ÉTHIOPIE¹⁶⁶

Une étude de 2012 à laquelle 426 jeunes handicapés d'Addis-Abeba, en Éthiopie, ont participé, a conclu que peu d'entre eux avaient des connaissances complètes concernant leur SSR. Cette étude a été menée auprès de jeunes handicapés entre 10 et 24 ans inscrits dans des organisations soutenant les handicapés moteurs, les malvoyants et malentendants, les lépreux et ceux atteints de déficiences intellectuelles. La majorité des participants avaient entre 15 et 24 ans, en grande partie parce que les handicapés plus jeunes ont un accès limité aux OPH.

Conclusions principales :

- La plupart des participants avaient entendu parler des méthodes de planning familial mais en avaient des connaissances limitées. Peu d'entre eux savaient à quel moment du cycle menstruel une grossesse était la plus probable ou comment utiliser différentes méthodes de contraception.
- La plupart avaient aussi entendu que certaines maladies pouvaient être transmises par contact sexuel, mais peu avaient d'informations et certains ne savaient pas que le VIH / SIDA était lié à une IST.
- Les jeunes présentant une déficience intellectuelle étaient les moins informés à propos des DSSR.
- La moitié des participants pensaient que les services de SSR n'étaient pas disponibles pour les personnes handicapées. L'inaccessibilité des prestataires de services était l'obstacle principal (cité par 62,2 %), alors que l'absence d'informations (43,7 %), la désapprobation des prestataires (33,3 %), le manque d'argent (26 %), la peur d'accéder aux services (23 %), et la désapprobation des parents (13 %) étaient cités comme des raisons supplémentaires.
- Moins d'un sur quatre pensait courir le risque de contracter le VIH / SIDA et 88 % avait de mauvaises connaissances à propos des manières de prévenir la transmission du VIH.
- La plupart (77,9 %) n'avait jamais mentionné des sujets liés aux DSSR à leurs parents
- Seulement 60 pour cent pensaient qu'une femme avait le droit de refuser un rapport sexuel non protégé avec son mari.

Les auteurs de l'étude ont conclu que les jeunes handicapés démontraient des connaissances limitées des DSSR, une faible utilisation des services et un pourcentage élevé d'attitudes négatives envers l'utilisation de ces services.

égale des programmes de prévention du VIH / SIDA car les cliniques sont souvent physiquement inaccessibles et la documentation non disponible

pour les malvoyants (Braille) ou malentendants (accompagnés par une interprétation en langage des signes).

ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Bien que les personnes handicapées aient les mêmes DSSR que leurs pairs non handicapés, on constate un déni et/ou des violations réguliers de ces droits dans les communautés à travers le monde. Les barrières que rencontrent les personnes handicapées sont complexes, allant de l'absence de lois et politiques protégeant leurs droits dans certains contextes à des barrières plus subtiles motivées par des convictions et attitudes concernant les personnes handicapées. Les obstacles ne sont pas nécessairement liés au handicap mais reflètent plutôt l'absence de soutien juridique et institutionnel à la disposition des jeunes handicapés.¹⁶⁷

La moitié de toutes les jeunes femmes de 15 à 19 ans dans le Sud du globe qui sont sexuellement actives et souhaitent éviter une grossesse ont un besoin non satisfait de contraception moderne.¹⁶⁸ On estime que les très jeunes adolescentes (entre 10 et 14 ans) ont donné naissance à 777 000 enfants en 2016,¹⁶⁹ et que plus de 15 millions d'adolescentes de 15 à 19 ans accouchent chaque année.¹⁷⁰ Les taux de naissances chez les adolescentes sont très supérieurs pour celles qui se situent dans les 20 % les plus démunies de la population mondiale, parmi celles qui vivent en milieu rural et celles qui ont le niveau d'éducation le plus faible.¹⁷¹

L'accès aux services de SSR est particulièrement difficile pour les jeunes handicapés. Les attitudes des prestataires, notamment envers les jeunes femmes, est un élément dissuasif, tout comme le stigmate attaché aux relations sexuelles prémaritales.¹⁷² Les jeunes handicapés doivent également faire face à la stigmatisation et aux préjugés liés à leur handicap. Les femmes handicapées qui ont demandé des services de santé reproductive en Afrique du Sud, par exemple, ont signalé que les prestataires de santé posaient des questions inappropriées pour

savoir comment et pourquoi elles se livraient à des activités sexuelles et n'étaient autrement pas prêts à accepter les personnes handicapées comme des êtres humains sexuellement actifs.¹⁷³

Les établissements de soin sont souvent inaccessibles aux personnes handicapées, ce qui leur pose des difficultés pour obtenir des services de santé reproductive.¹⁷⁴ Lorsque les jeunes handicapés doivent être accompagnés pour leur permettre d'accéder aux services, que ce soit par un soignant, par un interprète en langue des signes ou similaire, ils sont bien moins susceptibles de faire appel à ces services.¹⁷⁵

La qualité des services que les jeunes handicapés reçoivent est également affectée par des attitudes discriminatoires envers le handicap. Les prestataires de services de santé reproductive, qui supposent souvent que les personnes handicapées ne sont pas sexuellement actives, n'effectuent pas systématiquement de dépistage d'IST et ne donnent pas accès aux contraceptifs.¹⁷⁶ Il a été constaté que cette exclusion était particulièrement répandue dans de nombreux pays en développement¹⁷⁷ et qu'elle créait des risques encore plus grands pour les jeunes femmes et les filles handicapées dans les régions à forte prévalence de VIH / SIDA.¹⁷⁸

La qualité des soins est également influencée par le type de handicap et par le niveau de communication qu'il autorise. Les études menées parmi les femmes malentendantes au Cap par exemple ont conclu que la communication était un déterminant majeur de la qualité des services pendant la grossesse et de maternité dont ces femmes ont bénéficié.¹⁷⁹ Plus de la moitié des participantes ont signalé qu'elles et le personnel soignant ne se comprenaient pas pendant les rendez-vous, et près de deux tiers ont signalé la même chose pendant le travail et l'accouchement. Le besoin numéro un cité était l'accès à des services d'interprétation.¹⁸⁰



LA STÉRILISATION FORCÉE ET L'AVORTEMENT CONTRAINT

Au plan historique, les théories eugénistes encourageaient l'idée que seuls ceux considérés « aptes » devaient être autorisés à se reproduire. Selon cette théorie, ceux qui étaient trop différents ou considérés inférieurs affaibliraient l'espèce si on les autorisait à fonder des familles. Pour les personnes handicapées, surtout les femmes, ces théories ont autorisé un refus global de leurs droits à vivre librement et à choisir si et quand fonder une famille. Même si l'eugénisme est discrédité depuis longtemps, les femmes et les filles handicapées restent confrontées à des perceptions persistantes comme quoi elles sont inaptes à remplir le rôle de mère.

La stérilisation forcée est interdite par la CDPH, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEFD) et la CDE, et représente une violation des droits humains des jeunes femmes et des filles handicapées.¹⁸¹ Elle reste pourtant répandue, les femmes et les filles handicapées étant soumises de manière disproportionnée à la stérilisation forcée et involontaire pour différentes raisons.¹⁸² La stérilisation est souvent justifiée par les soignants comme un moyen de réduire le fardeau supplémentaire créé par la gestion de la menstruation et comme un effort pour éviter les grossesses.¹⁸³

Les parents et prestataires de soins choisissent souvent la stérilisation des jeunes présentant des

DÉNI DES DROITS LIÉS À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE POUR LES FEMMES PRÉSENTANT DES DÉFICIENCES INTELLECTUELLES AU MEXIQUE¹⁸⁴

En 2015, Disability Rights International a publié un rapport sur le déni des DSSR aux femmes présentant des déficiences intellectuelles au Mexique. Après avoir interrogé 51 femmes présentant des déficiences intellectuelles, les enquêteurs ont constaté que plus de la moitié avaient été informées qu'elles ne devraient pas avoir d'enfant. Une participante a écrit : « Selon les croyances culturelles et sociales dans lesquelles j'ai été élevée, la responsabilité de la reproduction appartient aux femmes non-handicapées, alors que moi, en tant que femme handicapée, je ne peux pas et ne doit pas me reproduire.

Parmi les principales conclusions :

- Plus de la moitié des femmes ont affirmé qu'elles savaient très peu de choses à propos de la sexualité ou de la santé reproductive et qu'elles ne consultaient pas régulièrement un gynécologue ou n'en avaient jamais consulté un.
- Quarante-trois pour cent des femmes interrogées ont dit qu'elles avaient été victimes d'abus sexuels au cabinet du gynécologue, et certaines avaient même été violées par un professionnel de la santé ou son personnel.
- Une femme interrogée sur deux avait été recommandée pour une stérilisation par un membre de la famille et près de la moitié de celles qui ont participé à l'enquête avaient été définitivement stérilisées.
- Trois des femmes stérilisées savaient qu'elles avaient eu une intervention chirurgicale mais ne savaient pas pourquoi au moment où elle s'est déroulée.
- Parmi les femmes qui étaient devenues enceintes, près d'un tiers avaient subi des pressions pour se faire avorter.

déficiences intellectuelles au lieu de traiter les défis perçus de la prévention des abus et de la fourniture de CSE. L'une des raisons les plus courantes données pour la stérilisation des filles et des jeunes femmes handicapées est que cela les protégera d'une grossesse en cas de viol.¹⁸⁵ Toutefois, en pratique, loin de protéger les jeunes femmes et les filles de la violence sexuelle, la stérilisation peut augmenter leur vulnérabilité aux abus sexuels, en partie par le fait qu'elle rend les abus plus difficiles à détecter.¹⁸⁶

La contraception sans le consentement libre et informé des filles et jeunes femmes handicapées est également répandue, tout comme l'avortement forcé ou contraint, pour la plupart des mêmes raisons que ci-dessus. Bien que les jeunes femmes et filles handicapées aient les mêmes besoins contraceptifs que leurs pairs non handicapées, elles sont plus susceptibles de recevoir une contraception par injection ou par dispositif intra-utérin que par voie orale afin de réduire la charge sur les soignants.¹⁸⁷ Ces méthodes sont souvent plus durables et offrent une protection sans exiger une intervention fréquente.

LE VIH / SIDA ET LES JEUNES HANDICAPÉS

Les adolescents et les jeunes dans l'ensemble sont plus exposés au VIH/sida que tout autre groupe d'âge. Ce risque plus élevé vient en partie du fait que la jeunesse est définie par la transition de l'enfance à l'âge adulte, y compris la transition entre la non-activité sexuelle et l'activité sexuelle. Souvent, cette transition se produit avant que les jeunes aient appris les informations nécessaires concernant la SSR, établi librement des relations stables avec leurs partenaires sexuels, exercé un contrôle sur leur environnement de vie et leur sécurité personnelle et obtenu la liberté de rencontrer les prestataires de SSR librement et confidentiellement. Il est estimé qu'une nouvelle infection par le VIH sur sept se produit pendant

l'adolescence,¹⁸⁸ et le VIH est la seconde cause de mortalité des adolescents dans le monde.¹⁸⁹

Les personnes handicapées ont un risque égal ou supérieur d'exposition au VIH que la population générale. Des groupes spécifiques de jeunes handicapés sont plus exposés que les autres, dont les femmes et les filles, les jeunes présentant des déficiences intellectuelles et les jeunes handicapés placés dans des établissements ou autres environnements distincts. Ceci est le résultat direct de la discrimination des personnes handicapées, y compris les attitudes sociales et les fausses idées à propos de la sexualité des personnes handicapées et de la relation spécifique entre le VIH et les personnes handicapées. À cause de la discrimination des personnes handicapées, les handicapés sont extrêmement moins susceptibles d'avoir accès à l'éducation, aux informations ou aux communications, ont souvent moins de contrôle sur leur situation de vie et leur environnement quotidien, sont dans l'incapacité d'accéder aux services publics et privés de base et ne jouissent pas de la liberté de consulter en privé des professionnels de la santé. Seulement 5 % des enfants handicapés terminent leurs études primaires,¹⁹⁰ ce qui les exclut de l'éducation sexuelle en milieu scolaire et des programmes de sensibilisation au VIH / SIDA. Lorsque les enfants handicapés sont inscrits à l'école, ils sont souvent dans des classes spéciales où l'éducation sexuelle ne figure pas au programme.¹⁹¹ Les informations liées au virus de l'immunodéficiência humaine ne sont souvent pas disponibles dans plusieurs formats et la sensibilisation publique telle que les campagnes de porte à porte ne sont souvent pas fournies dans des formats de communication accessibles. Les personnes handicapées sont bien plus susceptibles d'être institutionnalisées ou placées dans des installations séparées telles que les écoles spécialisées. Ceci est particulièrement vrai pour les personnes présentant des déficiences psychosociales ou intellectuelles, qui sont souvent placées dans des établissements résidentiels pouvant être des sites présentant de hauts niveaux

de violence sexuelle.¹⁹² Les services liés au virus de l'immunodéficience humaine se trouvent souvent dans des établissements inaccessibles aux personnes handicapées et leur personnel n'est pas formé à l'inclusion et aux aménagements pour les handicapés.¹⁹³ Enfin, les personnes handicapées, surtout les jeunes handicapés, dépendent souvent de soignants, soit pour des raisons de tutelle légale, soit par nécessité de base, pour accéder aux cliniques et autres établissements et ne peuvent donc pas accéder aux services et consultations par eux-mêmes.

Le genre ajoute une dimension supplémentaire de discrimination et de vulnérabilité qui vient s'ajouter à la jeunesse et au handicap. Les croyances sexospécifiques à propos du rôle des femmes et des filles dans la société signifient que les femmes et les filles sont plus exposées à l'infection au VIH que les hommes et les garçons dans de nombreux contextes.¹⁹⁴ Cette situation existe parce que les femmes et les filles sont moins susceptibles d'avoir accès à l'éducation sexuelle, ont un statut économique et social inférieur et se voient souvent refuser des droits fondamentaux y compris le contrôle de leur propre corps. Par exemple, la pauvreté des femmes ou leur dépendance économique sur les hommes augmente la participation des femmes à des comportements risqués tels que la prostitution et limite la capacité des femmes à négocier des rapports sexuels protégés au sein de leurs relations.¹⁹⁵ Dans d'autres contextes, les jeunes femmes et les filles ne peuvent pas choisir leurs partenaires sexuels à long terme, y compris leur mari. Il est estimé qu'il reste encore 39 000 filles forcées à se marier chaque jour,¹⁹⁶ souvent sans l'éducation sexuelle la plus fondamentale et sans la capacité de contrôler leurs choix sexuels et reproductifs au sein du mariage.

Les attitudes sociales et les fausses idées à propos de l'âge, du handicap et du genre contribuent principalement au risque accru auquel sont exposés les jeunes handicapés, surtout les jeunes femmes et les adolescentes. Par exemple, les jeunes

handicapés, surtout les jeunes femmes et les filles, sont souvent considérés par les autres comme des êtres non-sexuels.¹⁹⁷

Ceci est à la base de nombreuses politiques et pratiques qui opèrent une discrimination envers les handicapés, leur refusant l'accès aux informations liées au VIH ou aux services de base en partant du principe qu'ils sont inutiles parce qu'ils sont tout simplement non-sexuels. D'autres convictions plus spécifiques jouent un rôle néfaste. Par exemple, pendant une étude qualitative sur la relation entre le VIH et le handicap en Zambie, une participante qui expliquait qu'on lui avait refusé un test à une clinique VIH/Sida locale a déclaré que lorsqu'elle a demandé à être testée le clinicien a refusé et répondu « Dieu t'a déjà punie une fois, il ne te punira pas à nouveau en te donnant le sida ».¹⁹⁸ Il s'agit d'une démonstration significative du modèle moral/religieux du handicap en tant que rétribution divine, une croyance similaire étant appliquée à l'infection par le VIH. Les jeunes handicapés, surtout les femmes et les filles, sont également plus exposés à cause de croyances locales spécifiques concernant le VIH, comme la croyance selon laquelle un rapport sexuel avec une vierge guérit le VIH. Les jeunes handicapés sont les cibles de violences sexuelles par les personnes qui vivent avec le VIH et pensent que ces jeunes sont vierges et que le viol d'une personne handicapée est ainsi un remède au VIH.¹⁹⁹ On pense souvent que les enfants sont vierges car les membres de la communauté croient que leur jeune âge les empêche d'avoir une activité sexuelle.²⁰⁰ Les enfants et les adolescents handicapés, surtout les jeunes femmes et les filles, sont donc exposés à un risque encore plus élevé que les enfants non handicapés ou les adultes handicapés plus âgés.

Une autre dimension de recoupement est entre la séropositivité et le handicap et d'autres identités et caractéristiques sociales. De nombreuses sociétés stigmatisent les personnes atteintes de VIH/Sida. La majorité des études sur le VIH et l'intersectionnalité se sont focalisées sur les dimensions multiples de la discrimination à laquelle sont confrontés

les minorités raciales et ethniques, les personnes LGBTQI, les prostitué(e)s et autres groupes traditionnellement victimes de discrimination.²⁰¹ Il est rare que les travaux sur le VIH / SIDA utilisent une analyse intersectionnelle pour examiner le croisement entre la stigmatisation liée au VIH et la discrimination fondée sur le handicap, et encore moins le croisement spécifique entre la stigmatisation liée au VIH et les jeunes handicapés. Il existe quelques exceptions importantes, rédigées depuis la perspective d'une étude sur le handicap, qui soulignent le fait que de nombreux prestataires de services et défenseurs liés au VIH opèrent une discrimination envers les handicapés, créant une double discrimination des personnes handicapées touchées par le VIH/Sida.²⁰² Cela concerne la conviction des défenseurs des personnes atteintes du VIH / SIDA et des prestataires de services que les personnes handicapées sont non sexuelles, ainsi leurs campagnes de sensibilisation et autres services n'utilisent que rarement des formats multiples pour l'information et la communication.²⁰³ Les personnes handicapées et les organisations qui les représentent peuvent aussi faire preuve de discrimination envers les handicapés touchés par le VIH, y compris le refus d'adhésion aux OPH pour les personnes vivant avec le VIH et le refus de donner priorité à leur droit aux services liés au VIH dans la défense fournie par les OPH. Mais on constate des signes positifs comme quoi les organisations de handicapés et les organisations liées au VIH collaborent et créent des politiques et programmes qui traitent ce recoupement important, y compris la manière dont la stigmatisation liée au VIH et au handicap se recoupe avec la jeunesse et le genre.²⁰⁴

La perspective du modèle des droits de l'Homme met en avant le fait que la participation des jeunes handicapés aux services de lutte contre le VIH / SIDA ne doit pas se limiter à l'accès et à l'inclusion dans la prestation de services de santé mais requiert une approche qui reconnaisse l'interconnexion de tous les droits. La CDPH fournit un modèle pour l'élaboration d'approches juridiques et politiques nationales pour l'inclusion des jeunes handicapés dans les services liés au VIH en soulignant l'importance d'une approche globale des droits.²⁰⁵ Il est nécessaire de reconnaître que tous les droits sont interdépendants et doivent être promus pour garantir que les jeunes handicapés, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes, puissent pleinement jouir de leurs droits aux services de lutte contre le VIH / SIDA. Par exemple, le droit économique à un niveau de vie adéquat aborde la pauvreté, le droit social à l'éducation fournit des outils pour accéder à l'éducation, le droit civil d'accéder à la justice est nécessaire pour que la protection contre la VBG soit efficace, le droit politique de voter est nécessaire pour tenir les gouvernements responsables de la fourniture de services accessibles, et ainsi de suite. La réalisation de chacun de ces droits contribue directement à s'attaquer à l'exposition accrue des jeunes handicapés au VIH. Ils exigent aussi des mesures positives telles que d'assurer le droit à l'éducation par le biais d'une éducation inclusive ou le droit d'accéder à la justice par le biais d'aménagements et du développement des capacités du personnel policier, des tribunaux et autres services judiciaires.

// CHAPITRE 2

**RECONNAÎTRE
LES DROITS
DES JEUNES
HANDICAPÉS
DANS DIFFÉRENTS
CONTEXTES**

// I. INTRODUCTION

De la même manière que la jeunesse et le genre, la multitude d'autres identités que peuvent avoir les jeunes handicapés, peut avoir un effet conséquent sur la discrimination de ces derniers, ainsi les obstacles discriminatoires peuvent être le résultat de contextes variés. Par rapport à autrefois, un nombre encore plus important de personnes ont été déplacées de force de leurs maisons,²⁰⁶ et de nombreuses communautés connaissent des catastrophes naturelles plus dévastatrices que par le passé.²⁰⁷ Il est supposé que les jeunes personnes handicapées déplacées de force sont plus susceptibles que leurs pairs non handicapés d'être victimes de violence et d'abus. Par exemple, un rapport du Haut-Commissariat des Nations Unies (NU) pour les Réfugiés concernant les réfugiés bhoutanais au Népal, a révélé que près de la moitié (49 %) des victimes de viol étaient des personnes handicapées.²⁰⁸

En plus de ces crises humanitaires, d'autres problèmes persistent. Par exemple, la majorité de la population mondiale continue de vivre dans des pays pauvres ou à faible revenu,²⁰⁹ un nombre important de personnes continuent de vivre dans des zones rurales isolées,²¹⁰ et les habitants de nombreuses régions continuent de faire face à des épidémies telles que le VIH / SIDA. Enfin, malgré le fait que de nombreux pays adoptent des politiques de désinstitutionnalisation, des dizaines de milliers de personnes dans le monde continuent de vivre dans des orphelinats, des hôpitaux psychiatriques, des établissements de soins infirmiers, des prisons et d'autres établissements résidentiels.

Même là où les jeunes handicapés ne sont pas confrontés à des crises, leur lieu de vie peut être un facteur important pour déterminer s'ils peuvent accéder à leurs droits. La recherche pour cette étude globale a inclus des visites sur le terrain dans quatre pays : Équateur, Maroc, Mozambique et Espagne, qui sont tous parties à la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), à la

Convention sur l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes (CEFD), et la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) et engagés à atteindre les Objectifs de développement durable (ODD). Bien que chaque État se soit engagé à respecter les mêmes normes et à reconnaître les mêmes droits pour les jeunes handicapés, la mise en œuvre de ces normes varie considérablement d'un État à l'autre, ce qui risque de laisser les enfants, les adolescents et les adolescents les plus marginalisés de côté.

Les sections suivantes reconnaissent que c'est dans des contextes très locaux et en relation avec des circonstances spécifiques que les adolescents et les jeunes handicapés vivent leur vie quotidienne. Les jeunes handicapés sont partout. Ils vivent dans des villages ruraux reculés dans des États à faible revenu, dans des grandes villes côtières en proie à des ouragans et dans des institutions qui les coupent du monde extérieur. Les jeunes handicapés font également partie de communautés temporaires ou en déplacement, comme les refuges d'urgence à la suite d'une catastrophe naturelle ou les populations déplacées à l'intérieur du pays en quête de sécurité ou de subsistance en période de conflit ou de famine. Ils font également partie des populations de migrants économiques et de réfugiés politiques réinstallés dans de nouvelles communautés ou vivant dans des camps éloignés de leurs foyers. Les jeunes femmes, hommes et adolescents handicapés rencontrent des obstacles spécifiques lors de l'accès à leurs droits humains dans ces contextes uniques, notamment les droits à la santé sexuelle et reproductive (DSSR), ainsi que les droits en découlant et l'accès à des services de prévention et d'intervention concernant la violence basée sur le genre (VBG).

Ces barrières spécifiques construisent et exacerbent les barrières que les jeunes personnes handicapées rencontrent déjà en raison de leurs identités diverses définies par leur âge, leur sexe, leur handicap et leur appartenance à d'autres groupes marginalisés et discriminés sur la base de

la race, l'ethnie, la religion, l'orientation sexuelle et l'identité de genre, etc. Par exemple, les jeunes personnes handicapées qui appartiennent à des groupes ethniques, des castes, des minorités et des groupes autochtones particuliers peuvent faire face à des obstacles supplémentaires dans la loi, la politique et la pratique en raison de ces autres axes d'inégalité.²¹¹ Les décideurs politiques, les responsables de la mise en œuvre de projets et les défenseurs doivent garder à l'esprit que les jeunes handicapés sont diversifiés, sont membres de tous les groupes de population et ont une multitude d'identités qui se recoupent. Toute initiative visant à promouvoir les droits des jeunes handicapés et l'accès aux services doit être attentive aux multiples formes de discrimination auxquelles sont confrontés les jeunes handicapés.

Dans de nombreux cas, les identités des jeunes personnes handicapées s'entrecroisent avec l'identité d'être réfugié, une personne vivant en zone rurale, une personne séropositive ou institutionnalisée. En tant que tels, ils sont souvent soumis à de nouvelles formes de discrimination, telles que la discrimination au sein de la communauté des personnes handicapées parce qu'ils sont séropositifs ou discriminés dans un camp de réfugiés parce qu'ils sont handicapés. Aborder ces attitudes discriminatoires est nécessaire dans tous ces contextes et pour toutes les identités qui leur sont associées.

Comme indiqué au chapitre 1, une condition préalable fondamentale pour que les jeunes handicapés puissent participer pleinement à tous les aspects de la vie sociale, économique et politique est la liberté d'agir, la liberté de décider eux-mêmes de tous les aspects de leur vie. Pour veiller à ce que les jeunes ne soient vraiment pas laissés pour compte, les États doivent tenir compte de la diversité des environnements et des circonstances locales pour garantir que les jeunes handicapés puissent exercer leur profession, notamment en matière de santé et de sécurité physique. Le risque de violence sexuelle en période de conflit est considérablement plus élevé

qu'en temps de paix, tout comme la complexité de naviguer dans un système de santé reproductive pour accéder à la planification familiale est plus difficile pour les migrants dans un État étranger que d'accéder à ces mêmes services au sein d'un système plus familier.

Dans de nombreux cas, tels que les conséquences d'une catastrophe naturelle ou dans les régions où le VIH / SIDA est très répandu, l'État peut être assisté pour respecter ses obligations de fournir un accès aux DSSR ainsi qu'aux services de prévention et d'intervention concernant la VBG par les organisations multilatérales, les États étrangers et les organisations de la société civile (OSC). Cette diversité des acteurs peut être d'une grande aide pour garantir les droits, mais elle peut également constituer un obstacle pour les jeunes handicapés qui passent à travers les mailles du filet si les acteurs sur le terrain ne sont pas coordonnés ou ne sont pas tenus pour responsables d'être inclusifs au handicap. Les États locaux sont tenus d'élaborer des lois, des politiques et des programmes garantissant que les jeunes handicapés soient inclus concernant les DSSR et dans les services de prévention et d'intervention concernant la VBG, quelle que soit la multiplicité des organisations et des États impliqués dans la mise en œuvre des programmes liés aux DSSR et à la VBG.

PRÉSENTATION DU CHAPITRE

Ce chapitre met l'accent sur des contextes spécifiques susceptibles d'accroître de façon disproportionnée le risque de VBG chez les jeunes handicapés ou de les empêcher de jouir de leurs DSSR et d'y avoir accès. Les sections suivantes s'appuient sur le cadre intersectoriel présenté au chapitre 1, qui identifie les identités spécifiques liées à l'âge, au sexe, au handicap et à d'autres caractéristiques pour mettre en évidence le rôle que jouent les localités et les circonstances et les identités associées dans le façonnement des expériences des jeunes hommes et femmes et garçons et filles adolescents

handicapés. Les sections suivantes porteront sur les situations locales et les circonstances de la crise humanitaire, la ruralité, les communautés à forte pauvreté, les zones à forte prévalence du VIH et l'institutionnalisation. Le chapitre abordera ensuite

les visites de pays effectuées en Équateur, au Maroc, au Mozambique et en Espagne, qui fournissent des exemples des défis auxquels de nombreux États sont confrontés dans la promotion des droits des jeunes handicapés au foyer.



POINTS PRINCIPAUX

- Les jeunes handicapés connaissent des **obstacles spécifiques au contexte** qui les empêchent d'exercer leurs droits sur un pied d'égalité avec les autres.
- Les États ont une **obligation de concevoir des lois, politiques et programmes spécifiques au contexte** qui traitent des crises humanitaires, de la pauvreté, de la ruralité, de la forte prévalence du VIH / SIDA, de l'institutionnalisation et d'autres circonstances qui augmentent de façon disproportionnée le risque que les droits des jeunes personnes handicapées soient violés.
- Les jeunes sont exposés à un **risque disproportionné de VBG et d'exploitation sexuelle** dans les environnements de conflit et d'après-conflit et à la suite de catastrophes naturelles.
- **Les États ont l'obligation positive** de protéger les droits des personnes handicapées pendant et dans leurs **réponses aux crises humanitaires**.
- **La pauvreté elle-même est un obstacle** pour les jeunes personnes handicapées qui souhaitent profiter des services de prévention et d'intervention en matière de DSSR et de VBG et y avoir accès sur un pied d'égalité avec les autres.
- Dans les pays en développement, la majorité des jeunes handicapés vivent dans **des zones rurales isolées qui n'ont pas accès à des services de SSR et VBG intégrant la question des personnes handicapées** par rapport aux services urbains.²¹²
- Dans les communautés à forte prévalence du VIH, les jeunes handicapés sont souvent **exclus des services de prévention et de traitement du VIH / SIDA**, y compris les services mis en œuvre par des OSC internationales et par l'aide étrangère.
- Les jeunes handicapés vivant en **institutions courent un risque accru** de violation de leurs droits, notamment un risque accru de VBG et le déni de prendre des décisions concernant leurs DSSR.
- **Chaque pays a ses contextes et circonstances uniques** auxquels il doit répondre lorsqu'il conçoit des lois, des politiques et des programmes garantissant les droits des jeunes handicapés. **Aucun pays n'a atteint la pleine mise en œuvre** de tous les droits des jeunes handicapés. Les jeunes handicapés sont confrontés à des obstacles spécifiques dans chacun des pays visités. Chaque pays visité s'attaque de manière proactive à ces obstacles.

- Les jeunes handicapés vivant dans les zones rurales de **l'Équateur** sont exposés à un risque disproportionné de VBG et ont des taux de fécondité plus élevés que ceux des zones urbaines. L'Équateur est en train d'élaborer de nouvelles politiques et programmes de DSSR et de VBG pour promouvoir **l'inclusion des personnes handicapées dans les zones rurales**.
- Les jeunes handicapés au **Maroc** connaissent des obstacles culturels liés aux DSSR. Cependant, l'État a **élaboré de nouvelles lois et politiques** pour promouvoir les droits des jeunes handicapés, y compris le droit aux soins de santé, mais il est confronté à des problèmes de mise en œuvre.
- Les jeunes handicapés au **Mozambique** sont exposés à un risque disproportionné de VIH mais sont souvent exclus des programmes de prévention, de dépistage et de traitement. Le gouvernement mobilise **la société civile et encourage l'inclusion des personnes handicapées** dans tous les acteurs afin que les jeunes handicapés soient inclus dans les services liés aux VIH / SIDA.
- Les jeunes personnes handicapées en **Espagne** ont des protections juridiques importantes, mais les politiques et programmes relatifs aux DSSR et à la VBG sont mis en œuvre par le biais d'un système de gouvernement décentralisé. Un grand nombre **d'autorités régionales et de gouvernements locaux espagnols ont élaboré de nouvelles stratégies pour promouvoir l'inclusion du handicap** dans les services de DSSR et de VBG qui peuvent fournir des modèles à d'autres régions et villes.

// II. CRISES HUMANITAIRES ET CONTEXTES FRAGILES

Trop souvent invisibles, trop souvent oubliés et trop souvent négligés, les réfugiés handicapés sont parmi les plus isolés, exclus socialement et marginalisés de toutes les populations déplacées.

, Le Secrétaire général des Nations Unies, António Guterres, alors Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés²¹³

La Banque mondiale estime que plus de 2 milliards de personnes vivent aujourd'hui dans des situations fragiles, conflictuelles ou violentes,²¹⁴ et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) estime que 75 % de la population mondiale a vécu

dans des zones touchées par des tremblements de terre, cyclones tropicaux, inondations ou sécheresses sur une période de 20 ans entre 1980 et 2000.²¹⁵ Ces estimations peuvent en fait être faibles et le nombre de personnes touchées par ou vulnérables aux crises humanitaires peut être beaucoup plus élevé. Par exemple, sur les 163 pays classés selon l'Indice de la paix mondiale de 2017, seulement 10 ont été identifiés comme complètement sans conflit et entièrement en paix,²¹⁶ et un récent rapport sur les catastrophes naturelles a noté une augmentation constante du nombre et de l'ampleur des catastrophes naturelles aux cours des dernières années à la suite du changement climatique mondial.²¹⁷ Que le nombre et l'ampleur des zones confrontées à une crise humanitaire soient grands ou petits, il est indéniable que les jeunes handicapés sont touchés de manière disproportionnée par des obstacles pour accéder à leurs droits humains dans un contexte de conflit ou de catastrophe naturelle.



MIP MS

Cette situation de risque est aggravée par de nombreux autres facteurs qui affectent les jeunes et les adolescents handicapés sur leur capacité à accéder aux services de prévention et d'intervention concernant la VBG, à accéder et exercer leurs DSSR sur un pied d'égalité avec les autres.

80 % des personnes handicapées vivent dans des pays en développement et 20 % des personnes les plus pauvres vivant dans des pays en développement ont un handicap.

, *Rapport mondial sur le handicap, 2011*²¹⁸

Les crises humanitaires surviennent de manière disproportionnée dans les pays en développement, où vivent la majorité des jeunes et des adolescents, des personnes handicapées, des femmes et des filles. La majorité des personnes déplacées dans le monde sont des jeunes. Par exemple, sur les 22,5 millions de personnes qui vivent aujourd'hui en tant que réfugiés dans le monde, plus de la moitié ont moins de 18 ans.²¹⁹ Les jeunes sont également exploités de manière disproportionnée par les auteurs de ces actes ; des dizaines de milliers d'adolescents ont été recrutés et servent actuellement d'enfants soldats dans les zones de conflit du monde entier.²²⁰ Un grand nombre de ces jeunes et adolescents sont des personnes handicapées, y compris ceux qui ont développé de nouveaux handicaps à la suite de traumatismes et de violences vécues dans les zones de conflit. La violence sexuelle contre les adolescentes et même les plus jeunes filles est reconnue comme l'une des violations graves les plus courantes contre les enfants en temps de conflit.²²¹ Les personnes handicapées sont également touchées de manière disproportionnée par les inondations, les ouragans et les catastrophes naturelles,²²² et connaissent souvent des taux de mortalité deux à trois fois plus élevés que la population générale.²²³ Puisque les personnes handicapées sont plus susceptibles d'être pauvres, elles sont également surreprésentées dans les logements et les communautés à risque en raison d'une mauvaise construction ou de l'emplacement de crues, de glissements de terrain ou de zones vulnérables.

Une fois de plus, les jeunes handicapés vivent de façon disproportionnée dans des communautés touchées par une catastrophe naturelle, et ces catastrophes, à la suite de blessures physiques et de traumatismes psychologiques, augmentent la population de jeunes et d'adolescents handicapés.²²⁴ L'inclusion du handicap suite à des catastrophes naturelles ou lors de conflits sauve des vies, mais de nombreuses personnes handicapées sont exclues pendant les périodes de crises humanitaires. Les personnes handicapées sont moins susceptibles d'être évacuées par des travailleurs humanitaires ou d'avoir leurs propres moyens de fuir,²²⁵ et les femmes et les filles sont insuffisamment protégées contre les formes spécifiques de VBG, y compris la violence perpétrée dans les camps de réfugiés et les refuges d'urgence.²²⁶ Les jeunes femmes et les adolescentes qui ont été déplacées sont également souvent la cible de trafiquants sexuels et d'autres actes criminels. C'est aussi pendant ces périodes que les jeunes handicapés, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes handicapées, rencontrent les plus grands obstacles aux services de SSR, rarement accessibles en temps de crise et souvent la dernière forme de services de santé à être ré-établie à la suite d'une crise.²²⁷

Historiquement, les directives sur la VBG dans les crises humanitaires n'ont pas reçu de reconnaissance spécifique de la vulnérabilité accrue des personnes handicapées ou d'une orientation sur l'inclusion du handicap pour les travailleurs humanitaires.²²⁸ Ce besoin n'a été résolu que récemment par le développement et la diffusion de nouveaux outils de formation.²²⁹ Heureusement, de nouveaux instruments sont en cours de développement et il existe de plus en plus d'informations et d'outils pratiques pour que les jeunes handicapés puissent jouir de leurs DSSR et des services de prévention et d'intervention en matière de VBG, et y avoir accès en période de crise humanitaire. La CDPH prévoit un cadre de droit international pour l'inclusion dans des situations humanitaires. La CDPH contient des articles cruciaux qui, ensemble, garantissent les droits des jeunes, en particulier des jeunes femmes

et des filles handicapées, aux services de prévention et d'intervention aux DSSR et à la VBG. L'article 11 sur les « Situations à risque et urgences humanitaires » indique clairement qu'il incombe aux États parties de mettre en œuvre « toutes les mesures nécessaires pour assurer la protection et la sécurité des personnes handicapées en situation de risque, y compris les situations de conflit armé, d'urgence humanitaire et la survenance de catastrophes naturelles ». Ce droit recoupe les obligations des États parties de prendre des mesures positives pour assurer le plein et égal traitement des femmes et des filles handicapées (article 6), de les protéger de l'exploitation, de la violence et des abus basés sur le genre (article 16) et d'éliminer la discrimination dans l'accès à la SSR et aux programmes de santé publique axés sur la population (article 25a). En vertu de la CDPH, tous les États parties, qui comprennent non seulement les pays où surviennent les crises, mais aussi tous les autres États qui répondent à l'aide humanitaire, ont la responsabilité de garantir les droits des jeunes handicapés pendant la crise.

Les identités des jeunes hommes et des jeunes femmes et des adolescentes et des garçons handicapés se recoupent avec l'identité des réfugiés et des personnes déplacées d'une manière qui aggrave la discrimination à laquelle ils sont confrontés. Les réfugiés, en tant que groupe, sont victimes de discrimination. Cette discrimination peut elle-même créer de nouveaux handicaps au sein de la population réfugiée. Par exemple, les adolescents réfugiés somaliens vivant aux États-Unis ont développé de nouvelles conditions de santé mentale ou les conditions existantes ont été exacerbées par le stress et les traumatismes causés par des expériences de discrimination, comme le harcèlement dans les écoles puisqu'ils sont identifiés comme réfugiés.²³⁰ Les réfugiés handicapés sont plus susceptibles de connaître ce comportement discriminatoire que les réfugiés non handicapés, ce qui les rend encore plus vulnérables, mais les réfugiés handicapés restent souvent invisibles pour ceux qui fournissent des services aux réfugiés.²³¹ Lorsque le genre est inclus, les réfugiés et les jeunes femmes

et adolescentes déplacées handicapées font encore plus face à de multiples cas de discrimination et de vulnérabilité.²³² Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne le fait de profiter de leurs DSSR et des services de prévention et d'intervention en matière de VBG et d'y avoir accès.

De nouvelles études et ressources permettent désormais de mieux prendre conscience de la nécessité et de la disponibilité d'actions concrètes qui peuvent assurer aux jeunes handicapés de jouir de leurs DSSR ainsi que des services de prévention et d'intervention en matière de VBG puis d'y avoir accès dans les situations humanitaires. Des données quantitatives et qualitatives ont été collectées dans des contextes humanitaires, mettant en évidence des « victimes dissimulées »²³³ et montrant clairement le nombre disproportionné de jeunes handicapés dans les populations déplacées.²³⁴ De nouvelles lignes directrices sont rapidement diffusées et mises en œuvre, y compris les recommandations selon lesquelles les acteurs clés développent non seulement leur propre capacité d'inclusion en cas de crise, mais s'attaquent aussi de manière proactive aux attitudes sociales de discrimination envers les personnes handicapées, en particulier les femmes et les filles. De nouvelles directives reconnaissent également la nécessité de prévention et d'intervention face à la VBG ainsi que de spécialistes des DSSR, de défenseurs des droits des personnes handicapées, d'intervenants humanitaires et de gouvernements pour travailler ensemble, établir des relations avant les crises et de coopérer pendant les interventions humanitaires.²³⁵

/// III. PAUVRETÉ ET HANDICAP

En tant que membres les plus vulnérables et les moins protestataires de toute société, les pauvres [personnes handicapées] ne sont souvent même pas perçus.²³⁶

Le contexte spécifique de la pauvreté crée des obstacles uniques et des vulnérabilités supplémentaires qui affectent directement l'accès des jeunes handicapés, en particulier les femmes et les filles handicapées, aux services de prévention et d'intervention aux DSSR et à la VBG. Les communautés à forte concentration de pauvreté reçoivent souvent moins de services publics, malgré des besoins égaux ou plus grands. Ceci est vrai pour tous les services, y compris les services de prévention et de réponse en matière de SSR et de VBG. Outre les obstacles directs que représentent la mise à disposition de services inadéquats en matière de SSR et de VBG, les jeunes handicapés rencontrent également d'autres obstacles au sein des communautés pauvres qui augmentent leurs besoins tout en diminuant la possibilité de jouir de leurs DSSR ainsi que des services de prévention et d'intervention en matière de VBG puis d'y avoir accès. Ces obstacles indirects et ces besoins accrus vis-à-vis des DSSR et des services de prévention et d'intervention concernant la VBG incluent souvent un manque de transport public accessible, moins d'options pour l'emploi dans l'économie formelle et des niveaux plus élevés de criminalité et de violence. Des facteurs comme ceux-ci touchent de manière disproportionnée les jeunes, les femmes et les filles et les personnes handicapées par rapport aux autres résidents vivant dans des conditions de pauvreté, rendant les jeunes femmes et les filles handicapées dans des contextes de pauvreté particulièrement vulnérables à la privation de leurs droits humains. Par exemple, l'Organisation internationale du travail a récemment identifié une forte augmentation du chômage des jeunes à l'échelle mondiale, qui tend à être exacerbée dans des environnements de chômage déjà élevés.²³⁷ Les femmes et les filles dans les pays à faible revenu et les communautés pauvres dans les pays les plus riches sont très ciblées par les trafiquants sexuels et d'autres personnes impliquées dans l'exploitation sexuelle des femmes. Enfin, dans les communautés pauvres touchées de manière disproportionnée par le crime, les personnes handicapées deviennent souvent la cible de criminels. Pour toutes ces

raisons, les États ont l'obligation importante d'investir dans l'accès aux DSSR et aux services de prévention et d'intervention concernant la VBG, dans leurs communautés les plus pauvres et de veiller à ce que ces services incluent les jeunes handicapés.

Malgré des besoins accrus en investissements publics et privés, les quartiers pauvres bénéficient rarement d'investissements équitables dans les infrastructures et les services par rapport aux communautés plus riches, y compris les quartiers voisins de la même ville ou les villages voisins dans la même zone rurale. Qu'il s'agisse de services publics fondamentaux, tels que l'eau et l'électricité, ou de services plus avancés tels que la connexion à Internet,²³⁸ ce manque d'accès à l'infrastructure est courant au sein des communautés pauvres, tant rurales qu'urbaines.²³⁹ Dans les pays en développement, seulement 60 des personnes vivant dans un contexte de pauvreté dans les zones urbaines ont accès à l'eau de leur domicile et seulement 50 de la population rurale a accès à un approvisionnement en eau propre partagé.²⁴⁰ De même, la santé, l'éducation et même les services de police sont interdits aux communautés pauvres des zones rurales et urbaines. Les quartiers pauvres qui connaissent des niveaux élevés de criminalité se voient souvent refuser la protection de la police et l'accès à la justice, comme la possibilité de porter plainte suite un crime,²⁴¹ ce qui accroît la vulnérabilité des résidents à la violence et à l'exploitation. Cette inégalité est exacerbée par le genre et les handicaps. Par exemple, au sein des ménages pauvres, qui sont proportionnellement moins nombreux à avoir accès à l'éducation de base, les enfants handicapés sont moins susceptibles d'aller à l'école. Mais parmi les enfants handicapés, les garçons sont encore plus susceptibles d'être inscrits dans les écoles par leurs parents ou les autorités locales que les filles handicapées. En conséquence, moins de 10 % des enfants handicapés dans le monde sont inscrits à l'école primaire et parmi ceux qui sont inscrits, seulement la moitié achève leurs études primaires.²⁴² Cependant, pour les jeunes

femmes et les adolescentes handicapées, le niveau d'éducation est encore plus bas. L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) estime que seulement 1 % des femmes et des filles handicapées dans le monde sont alphabétisées, ce qui est nettement inférieur à la moyenne. Cela signifie que seulement 5 % des adolescents et des jeunes handicapés ont terminé leurs études primaires et, parmi ces 5 %, très peu sont des femmes et des filles. Le résultat de ce déni de l'éducation est l'incapacité de participer pleinement au sein des sociétés, y compris leurs économies locales.

La prévalence de l'incapacité est plus élevée dans les pays à faible revenu que dans les pays à revenu élevé. Les personnes du quintile de richesse le plus pauvre et les femmes ont une prévalence plus élevée du handicap.²⁴³

Malgré un profond degré de recherche et d'élaboration de politiques sur la pauvreté et la réduction de la pauvreté au cours des dernières décennies, on en sait très peu sur la relation entre pauvreté et handicap, et encore moins sur les politiques qui répondent aux besoins des personnes handicapées dans les contextes de grande pauvreté, tels que les pays à faible revenu ou dans les bidonvilles ou les villages isolés dans les pays à revenu moyen et élevé. Selon la Banque mondiale, la grande majorité des personnes handicapées (80 %) vivent dans des économies encore en développement et environ 20 % des personnes les plus pauvres du monde souffrent d'une forme quelconque de handicap.²⁴⁴

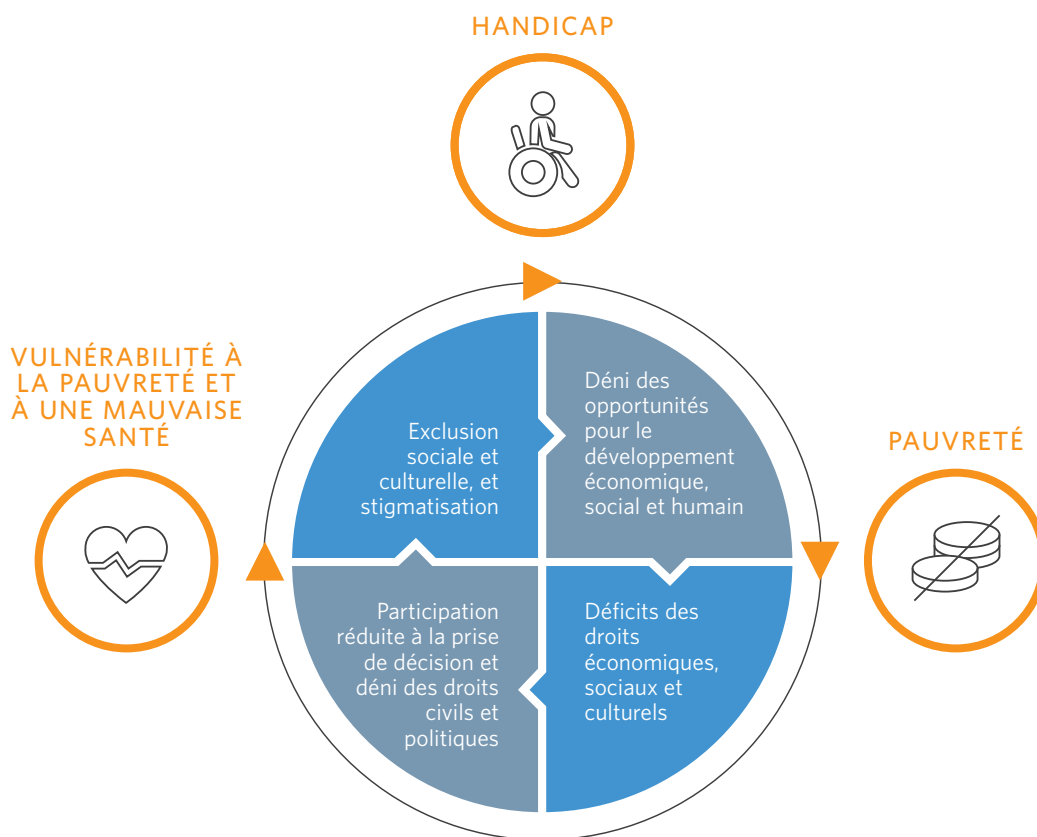
La pauvreté s'entrecroise avec l'âge, le handicap et le genre de façon complexe, ce qui ajoute une autre dimension à la discrimination vécue dans la vie quotidienne des jeunes handicapés. Les personnes vivant dans le contexte de la pauvreté se voient souvent refuser une voix dans les affaires publiques et sont ouvertement discriminées par d'autres membres de la communauté. Malheureusement,

peu de données systématiques ont été recueillies sur la relation entre la pauvreté, l'âge, le handicap et le sexe. La relation entre la pauvreté et le handicap n'est pas seulement différente d'un pays à l'autre et d'une économie à l'autre, mais également entre les sexes. Par exemple, la recherche sur la pauvreté et l'invalidité a révélé que :

Les problèmes rencontrés par les [personnes handicapées] dans les pays riches en technologie, avec des prestations sociales très développées, sont en effet différents de ceux du monde [en développement]. Dans un contexte mondial, la plupart des [personnes handicapées] rencontrent à la fois des obstacles liés au handicap et des obstacles liés à des ressources limitées. L'accès aux ressources est hautement lié au genre et les expériences de vie des femmes handicapées requièrent une attention particulière.²⁴⁵

Les aspects liés au genre de l'intersection entre la pauvreté et le handicap requièrent des politiques différentes pour traiter les vulnérabilités liées au genre, y compris la discrimination liée aux DSSR et le risque accru de VBG.²⁴⁶ Par exemple, les femmes et les adolescentes handicapées sont souvent particulièrement vulnérables à la VBG en raison des normes matrimoniales au sein des communautés. Dans les cultures qui exigent une dot ou un prix de la fiancée, les femmes handicapées sont considérées comme moins « mariables » et sont donc plus susceptibles d'être mariées dans des ménages pauvres et à des partenaires moins désirables. Elles sont également moins susceptibles d'être valorisées au sein de leurs nouveaux ménages et d'être plus à risque de VBG. Dans d'autres cas, les femmes handicapées incapables de se marier et incapables de trouver un emploi formel peuvent s'engager dans des activités

LIEN ENTRE LE HANDICAP ET LA PAUVRETÉ : COMMENT LE HANDICAP PEUT EXACERBER LES CONDITIONS QUI MÈNENT À DES NIVEAUX ACCRUS DE PAUVRETÉ POUR LES POPULATIONS VULNÉRABLES



Remarque : Une version textuelle de ce graphique est disponible en [annexe](#).

Source : DFID (2000), Disability, poverty, and development. (*Handicap, pauvreté et développement*).

à risque telles que le travail sexuel ou le sexe pour survivre, ce qui augmente leur vulnérabilité aux maladies sexuellement transmissibles (MST) et à la VBG. Cependant, les hommes handicapés peuvent ne pas rencontrer les mêmes obstacles et vulnérabilités dans le mariage ou le marché du travail, en particulier s'ils sont physiquement forts ou ont des compétences utilisables.²⁴⁷

Les personnes handicapées pauvres ont simplement été ignorées dans l'économie du développement, car elles ont toujours été considérées comme un

petit groupe mieux compris par les médecins spécialistes et mieux traitées par la réadaptation médicale plutôt que par des politiques sociales et économiques développées pour la population générale.²⁴⁸ Ceci est un exemple du modèle médical du handicap, dans lequel les expériences des personnes handicapées sont réduites au besoin supposé de réhabilitation plutôt qu'à la compréhension dans un éventail plus large d'expériences sociales, y compris la discrimination dans l'économie et la politique économique. Cette invisibilité dans la recherche et la politique est un

témoignage de la marginalité dont font l'expérience les personnes handicapées qui souffrent également de la pauvreté.

Ce que l'on sait de la relation entre la pauvreté et le handicap, c'est qu'il existe souvent une relation de renforcement mutuel entre les deux. Par exemple, les personnes handicapées sont plus susceptibles d'être pauvres, et les personnes pauvres sont plus susceptibles d'être des personnes handicapées. Le Rapport sur le handicap dans le monde note que les personnes vivant dans la pauvreté éprouvent en moyenne moins de bien-être que les mieux nantis et que la pauvreté conduit souvent à des conditions liées au handicap, telles que des conditions de vie et de travail précaires.²⁴⁹ En effet, la pauvreté peut augmenter la probabilité de devenir invalide.²⁵⁰ Cette même relation entre la pauvreté et le handicap peut également accroître la pauvreté et aggraver les déficiences existantes.

Cette relation, cependant, peut ne pas être la même partout. Par exemple, l'une des très rares études comparatives sur le bien-être économique des personnes handicapées dans 15 pays en développement a montré que la relation entre pauvreté et handicap était plus faible dans les pays à faible revenu que dans les pays à revenu intermédiaire. Cela signifiait que, malgré le nombre relativement plus élevé de débouchés économiques dans les pays à revenu intermédiaire, les conséquences économiques de la discrimination fondée sur le handicap étaient plus élevées. La même étude a également montré que lorsque l'on regarde une série de données, les inégalités subies par les personnes handicapées varient d'un pays à l'autre. Par exemple, dans certains pays, la pauvreté, le handicap et les niveaux d'éducation les plus bas étaient étroitement liés, alors que dans d'autres pays ce lien n'était pas significatif.²⁵¹

Outre la recherche comparative transnationale sur la relation entre la pauvreté et le handicap, il est également nécessaire d'adopter des approches plus nuancées en matière de recherche et de mesure

au sein d'une économie nationale. Par exemple, l'économiste lauréat du prix Nobel, Amartya Sen, a souligné de manière importante que les comparaisons grossières basées sur le revenu et la richesse passent à côté d'importants facteurs concernant les différences de dépenses entre les différents ménages. Sen fait valoir qu'une personne handicapée peut avoir besoin d'un revenu plus élevé pour atteindre le même niveau de vie qu'une personne sans handicap.²⁵² Par exemple, un jeune handicapé peut avoir à dépenser de l'argent dans un taxi privé pour accéder à un service de SSR dans un quartier qui manque de transport public accessible, alors qu'un jeune sans handicap n'aurait pas à payer ces coûts supplémentaires pour accéder au même service de SSR. Par conséquent, même si elles ont les mêmes revenus, la personne handicapée est en réalité plus pauvre et a moins accès aux services de SSR même si le service lui-même est gratuit et que son établissement est accessible. En tant que tel, le jeune handicapé ne jouit pas de ses droits égaux au même titre que les autres parce qu'il a un niveau de pauvreté relativement plus élevé. Des exemples similaires pourraient être produits concernant le coût supplémentaire relatif à l'accès à l'information pour les personnes ayant une déficience sensorielle ou communicationnelle ou les coûts associés à l'accès à la justice pour un jeune handicapé, par exemple signaler la VBG à la police ou participer à une procédure judiciaire.

IV. CONTEXTES RURAUX

Les jeunes handicapés vivant dans les zones rurales sont confrontés à des obstacles qui les empêchent de jouir de leurs DSSR ainsi que des services de prévention et d'intervention en matière de VBG, et il en ont un accès plus restreint par rapport à leurs pairs dans les communautés urbaines et semi-urbaines. Non seulement l'accès à l'information et aux services est plus limité dans les zones rurales, mais l'accès à la représentation dans la société civile est également plus limité. Les jeunes handicapés vivant dans les zones rurales

sont moins susceptibles de connaître leurs droits, d'accès aux moyens de transport et d'hébergement nécessaires pour les revendiquer, ou faire partie d'une organisation de personnes handicapées (OPH) ou d'un autre groupe par lequel ils peuvent faire valoir leurs droits. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne les DSSR et la VBG.

Les droits des jeunes handicapés dans les zones rurales sont violés de manière disproportionnée en raison de nombreux facteurs « géographiques, physiques, culturels, sociaux et psychologiques dans l'environnement externe », qui ne sont pas présents ou préjudiciables dans la vie de leurs pairs dans les zones urbaines.²⁵³ Dans les pays en développement, la grande majorité des personnes handicapées vivent aujourd'hui dans des zones rurales isolées²⁵⁴ où les prestataires ont moins de probabilités de proposer un logement de base et où les transports en commun sont totalement absents ou inaccessibles.²⁵⁵ Dans une étude sur l'accès aux soins dans les zones rurales des États-Unis, les personnes handicapées ont indiqué que de nombreux médecins disposaient de bureaux dans des bâtiments inaccessibles, que le personnel médical connaissait moins bien leurs handicaps spécifiques ou méthodes de base que le personnel médical des zones urbaines et que la majorité des installations médicales rurales étaient inaccessibles par les transports en commun.²⁵⁶ En ce qui concerne les DSSR, une étude sur les attitudes des infirmières sages-femmes fournissant des services de SSR au Kenya et en Zambie a montré que les prestataires dans les zones rurales étaient moins favorables aux jeunes que dans les zones urbaines. Enfin, la recherche sur l'intégration du genre dans les politiques de développement rural de l'Union européenne a mis en évidence que les questions relatives aux femmes et aux filles étaient souvent ignorées ou négligées par les décideurs politiques et les responsables de la mise en œuvre des programmes.²⁵⁷ Quoi qu'il en soit, on empêche les jeunes handicapés, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes, de faire valoir leurs DSSR et d'accéder aux services de prévention

et d'intervention concernant la VBG sur un pied d'égalité avec les autres, qu'ils se trouvent dans un pays à faible revenu ou non.

Le manque relatif d'investissement dans la garantie des droits et la promotion des opportunités dans les zones rurales a été bien documenté. Les programmes d'études sur le développement ont attiré l'attention sur les « préjugés urbains » en analysant les investissements publics dans les pays en développement et ont constaté que les gouvernements investissent souvent de manière disproportionnée dans les zones urbaines parce que les citoyens ont plus de pouvoir politique que leurs homologues ruraux.²⁵⁸ En termes simples, les habitants des zones urbaines peuvent s'organiser et faire pression sur l'État plus efficacement que ceux qui sont répartis dans une grande région. Les OSC, y compris les organisations non gouvernementales (ONG) internationales, investissent également de manière disproportionnée dans les zones urbaines, souvent parce qu'elles estiment qu'il est plus rentable de mettre en œuvre des programmes dans les villes qu'à la campagne.²⁵⁹ Ce manque d'investissement dans les zones rurales inclut un manque d'investissement dans les services liés aux DSSR, à la prévention et aux interventions concernant la VBG, ainsi que des initiatives d'inclusion du handicap. Les résultats de ce sous-investissement peuvent être alarmants. Par exemple, une étude sur les taux de mortalité maternelle chez les femmes rurales en Gambie a montré que les femmes victimes d'urgences obstétricales dans les zones rurales se voyaient refuser totalement les soins ou que les soins qu'elles recevaient n'étaient fournis qu'après de longs délais. En conséquence, les taux de mortalité des femmes rurales en Ouganda étaient beaucoup plus élevés que les taux de mortalité déjà élevés des femmes dans les zones urbaines connaissant des besoins identiques ou similaires.²⁶⁰ Les personnes handicapées sont souvent exclues de façon disproportionnée de tous les services dans les zones rurales, y compris dans les zones et les secteurs où des améliorations ont été

apportées à la population générale. Par exemple, l'Organisation internationale du travail a constaté que les personnes handicapées sont rarement incluses dans les stratégies et programmes de développement rural.²⁶¹ Cela signifie que les jeunes handicapés ne bénéficient pas de la formation professionnelle, des investissements dans l'agriculture et d'autres industries, ainsi que d'autres ressources sur un pied d'égalité avec les autres dans leur communauté, ce qui exacerbe les inégalités déjà existantes. Cela signifie également que les jeunes handicapés dans les zones rurales sont beaucoup plus susceptibles d'être pauvres que leurs pairs dans les zones urbaines, ce qui affecte indirectement la possibilité de pouvoir accéder et de profiter des services liés aux DSSR ainsi qu'à la prévention et aux interventions en matière de VBG.

En ce qui concerne l'accès aux services de santé pour les personnes handicapées dans les zones rurales, une analyse complète de la documentation disponible a mis en évidence que même lorsque les services de santé, y compris les SSR, sont disponibles pour la population rurale, les personnes handicapées reçoivent beaucoup moins de soins étant donné qu'ils sont souvent mal pris en charge ou aiguillés vers des para-professionnels insuffisamment formés en l'absence de professionnels de la santé connaissant les handicaps.²⁶² Enfin, non seulement les personnes handicapées sont exclues des opportunités ou de l'accès aux services disponibles pour les autres membres de la communauté dans les zones rurales, mais les personnes handicapées vivant dans les zones rurales se voient également refuser des opportunités et des services disponibles pour leurs pairs handicapés dans les zones urbaines. Par exemple, les personnes handicapées vivant dans les zones rurales sont souvent exclues des OPH, qui ont tendance à être basées dans les zones urbaines.²⁶³ En conséquence, les moyens d'expression des zones rurales sont exclus du plaidoyer en faveur d'une plus grande inclusion des personnes handicapées et sont souvent exclues des

programmes et initiatives que les États et autres acteurs engagent et entreprennent en partenariat avec les OPH.

Les attitudes et les pratiques discriminatoires sont parfois plus prononcées dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Par exemple, une OSC soutenant l'accès aux DSSR en Ouganda cite les attitudes culturelles qui limitent la propriété foncière et l'accès aux ressources dans les zones agraires comme facteurs contribuant au risque de VBG et au déni des DSSR subis par les femmes et les filles des campagnes ougandaises.²⁶⁴ Des observations similaires ont été faites sur les attitudes envers les personnes handicapées dans d'autres communautés rurales. Par exemple, une étude sur les femmes handicapées au Cambodge a révélé que les pratiques traditionnelles et les croyances liées au mariage empêchaient de nombreuses femmes handicapées de se marier et ainsi de fonder une famille ou, lorsqu'elles étaient mariées, elles étaient mariées à des hommes souvent abusifs.²⁶⁵ Cela peut s'expliquer par le fait que les structures sociales traditionnelles sont restées en place dans les communautés rurales parce qu'elles ont été moins touchées par la modernisation ou qu'elles ont été exclues des campagnes de sensibilisation sur le genre, le handicap et autres campagnes de sensibilisation qui ont été mises en œuvre dans des lieux plus urbains.

Les États parties à la CDPH ont l'obligation positive de donner la possibilité aux jeunes handicapés de faire valoir leurs DSSR et d'avoir accès aux services de prévention et d'intervention concernant la VBG. Pour remplir leurs obligations, les États doivent veiller à ce que leurs politiques et programmes relatifs aux DSSR et à la VBG incluent les jeunes handicapés dans les zones rurales. Ces politiques et programmes incluent les États parties qui fournissent une aide internationale au développement. Ces politiques et programmes comprennent les États parties qui fournissent une aide internationale au développement.

// V. INCLUSION DANS LES INTERVENTIONS ET LA PRÉVENTION DU VIH

Aujourd'hui, plusieurs pays ont un taux de prévalence du VIH supérieur à 20 % et plusieurs autres dépassent les 10 %. La majorité des pays ayant un taux élevé de prévalence du VIH sont regroupés en Afrique subsaharienne, une région qui accueille 60 % de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde. Dans ces contextes, les jeunes handicapés sont exposés à un risque disproportionné car ils sont moins susceptibles d'être inclus dans les services de lutte contre le VIH / SIDA, dont les services fournis par les OSC internationales. Pour cette raison, les États ont l'obligation spécifique de veiller à ce que tous les prestataires de services de lutte contre le VIH / SIDA incluent des personnes handicapées dans leurs programmes de sensibilisation, d'éducation, de dépistage et de traitement. De nombreux prestataires de services relatifs au VIH / SIDA fournissent également des services liés aux DSSR, ainsi qu'à la prévention et aux interventions concernant la VBG. Pour cette raison, non seulement les jeunes handicapés directement touchés par le VIH rencontrent des obstacles spécifiques à leurs DSSR et de vivre sans violence dans des contextes de forte prévalence du VIH, mais ceci est également le cas de tous les jeunes handicapés.

Le manque d'inclusion des personnes handicapées dans les politiques et programmes de lutte contre le VIH a placé les jeunes handicapés face à un risque disproportionné d'infection par le VIH. Par exemple, une étude comparative sur les jeunes handicapés et les jeunes sans handicap au Swaziland, où la prévalence du VIH est la plus élevée au monde (27 %), a mis en évidence que les jeunes handicapés avaient des informations extrêmement limitées sur le VIH par rapport à leurs pairs sans handicap et que l'information dont disposent les jeunes handicapés était souvent

inexacte, y compris des informations sur la façon dont ils pourraient être infectés.²⁶⁶ Cette inégalité était le résultat de campagnes de sensibilisation au VIH / SIDA qui n'étaient pas accessibles et n'incluaient pas les personnes handicapées. Les résultats au Swaziland sont repris dans la littérature et incluent tous les contextes de prévalence élevée du VIH dans le monde. Les jeunes handicapés sont exposés à un risque disproportionné de VIH, souvent parce que les interventions liées au VIH les excluent. Cela inclut des programmes de prévention, l'accès à une éducation sexuelle complète (ESC), et le dépistage ainsi que le traitement du VIH, qui sont soit directement refusés, soit inaccessibles et incapables ou peu disposés à offrir des aménagements de base.²⁶⁷

Une autre dimension de l'intersectionnalité entre l'âge, le handicap et le genre est le statut VIH. De nombreuses sociétés stigmatisent les personnes atteintes du VIH / SIDA. La majorité des recherches sur le VIH et l'intersectionnalité ont porté sur les multiples dimensions de la discrimination à laquelle sont confrontées les minorités raciales et ethniques, les personnes LGBTQI (lesbiennes, homosexuels, bisexuels, transgenres, intersexuels et queers), les travailleurs du sexe et d'autres groupes traditionnellement discriminés.²⁶⁸ Il est rare que les travaux sur le VIH / SIDA utilisent une analyse intersectionnelle pour examiner le croisement entre la stigmatisation liée au VIH et la discrimination fondée sur le handicap, et encore moins le croisement spécifique entre la stigmatisation liée au VIH et les jeunes handicapés. Il existe quelques exceptions importantes écrites du point de vue des études sur le handicap qui soulignent le fait que de nombreux prestataires de services liés au VIH discriminent les personnes handicapées, et créent ainsi une double discrimination des personnes handicapées affectées par le VIH / SIDA.²⁶⁹ Cela concerne la conviction des défenseurs des personnes atteintes du VIH / SIDA et des prestataires de services que les personnes handicapées sont non sexuelles, ainsi leurs campagnes de sensibilisation et autres services n'utilisent que rarement des formats multiples pour

l'information et la communication.²⁷⁰ Des personnes handicapées et leurs organisations représentatives peuvent également discriminer les personnes handicapées vivant avec le VIH, notamment en leur refusant la possibilité d'adhérer à des OPH et en refusant de faire de leurs droits d'accès aux services liés au VIH une priorité du plaidoyer des OPH. Il existe cependant des signes positifs montrant que des organisations de personnes handicapées et des organisations liées au VIH collaborent et créent des politiques et des programmes abordant cette importante intersection, y compris la façon dont la stigmatisation liée au VIH et au handicap s'entrecoupe avec les jeunes et le genre.²⁷¹

La perspective du modèle des droits de l'Homme met en avant le fait que la participation des jeunes handicapés aux services de lutte contre le VIH / SIDA ne doit pas se limiter à l'accès et à l'inclusion dans la prestation de services de santé mais requiert une approche qui reconnaisse l'interconnexion de tous les droits. La CDPH fournit un modèle pour l'élaboration d'approches juridiques et politiques nationales pour l'inclusion des jeunes handicapés dans les services liés au VIH en soulignant l'importance d'une approche globale des droits.²⁷² Il est nécessaire de reconnaître que tous les droits sont interdépendants et doivent être promus pour garantir que les jeunes handicapés, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes, puissent pleinement jouir de leurs droits aux services de lutte contre le VIH / SIDA. Par exemple, le droit économique à un niveau de vie adéquat aborde la pauvreté, le droit social à l'éducation fournit les outils pour accéder à l'information, le droit civil à l'accès à la justice est nécessaire pour que les protections contre la VBG soient efficaces, le vote est nécessaire pour tenir les gouvernements responsables de la prestation de services accessibles, et ainsi de suite. La réalisation de chacun de ces droits contribue directement à répondre à la vulnérabilité accrue des jeunes handicapés au VIH. Ces personnes ont également besoin de mesures positives, telles que le droit à l'éducation par l'éducation inclusive ou le droit à l'accès à la justice en fournissant

des logements et en renforçant les capacités de la police, des tribunaux et d'autres personnels de justice.

Un dernier facteur à prendre en compte en ce qui concerne le VIH / SIDA et le handicap est le rôle particulièrement important joué par les OSC dans la fourniture de services liés au VIH. Cela est particulièrement vrai dans les pays en développement à faible revenu, où de nombreuses organisations non gouvernementales internationales et leurs partenaires locaux sont des acteurs majeurs dans la prestation de services liés au VIH. Cela signifie que même si les États ont pu établir des lois et des politiques strictes exigeant l'inclusion des jeunes handicapés dans les services liés au VIH, les OSC peuvent être les principaux fournisseurs de ces services dans certaines communautés. Il est important que les États, qui ont la responsabilité d'assurer l'égalité d'accès de tous leurs citoyens aux services liés au VIH, élaborent des lignes directrices pour les OSC afin de s'assurer qu'elles incluent les personnes handicapées. En vertu de l'article 32, les États parties à la CDPH qui fournissent une aide étrangère et d'autres moyens de coopération internationale sont tenus de veiller à ce que toutes les activités de développement international, telles que les services liés au VIH / SIDA, soient accessibles aux personnes handicapées, y compris les jeunes et les adolescents handicapés.

// VI. INSTITUTIONS

On estime que 2,7 millions d'enfants et d'adolescents vivent en institution dans le monde entier.²⁷³ Plusieurs millions de jeunes de 18 à 24 ans sont également institutionnalisés. Un nombre disproportionné de personnes institutionnalisées sont des personnes handicapées. Les adolescents et les jeunes personnes handicapées vivent dans des maisons de soins infirmiers, des foyers de groupe, des hôpitaux psychiatriques, des pensionnats, des orphelinats et des prisons. L'institutionnalisation

représente un obstacle majeur pour les jeunes handicapés concernant l'application de leurs droits humains sur un pied d'égalité avec les autres, dont leurs DSSR ainsi que l'accès aux services de prévention et d'intervention concernant la VBG. L'institutionnalisation elle-même, qui limite la liberté des enfants et des adultes d'exercer des choix et de prendre des décisions dans la vie quotidienne et les empêche de participer à leurs communautés sur un pied d'égalité, est de plus en plus reconnue comme une violation des droits de l'homme. Les institutions sont souvent le théâtre de violations directes des DSSR et de VBG, où l'accès à une ESC est limité ou inexistant, la violence sexuelle est dissimulée et la stérilisation forcée continue de se produire. Au sein de ces institutions, non seulement tous les jeunes handicapés sont exposés à un risque accru de violation des droits de l'homme, mais les jeunes femmes et les adolescentes et les personnes souffrant de déficiences intellectuelles et psychosociales courent un risque encore plus grand.

L'institutionnalisation est contraire au modèle de handicap des droits de l'homme et de plus en plus reconnue comme une violation des droits de l'enfant. Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme (HCDH) ont appelé à la fin immédiate de la pratique consistant à placer les enfants dans des institutions,²⁷⁴ et le Comité des droits de l'enfant a appelé les États parties à la CDE à prendre des mesures actives pour empêcher la séparation d'enfants de leur famille et soutenir les parents dans leur rôle afin de promouvoir l'objectif de la désinstitutionnalisation.²⁷⁵ La CDPH promeut le droit des personnes handicapées « d'avoir la possibilité de choisir leur lieu de résidence et où et avec qui elles vivent sur un pied d'égalité avec les autres » (article 19) et oblige les États parties à « veiller à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre son gré » et dans les cas « où la famille proche est incapable de prendre soin d'un enfant handicapé, s'efforce de fournir une protection de remplacement au sein de la famille

élargie et à défaut, dans la communauté dans un cadre familial » (article 23). Avec le progrès des droits de l'homme pour les enfants et les personnes handicapées, de nombreux États ont cherché à développer des soutiens communautaires pour les personnes handicapées et leurs familles comme une alternative à l'institutionnalisation. Ces progrès, cependant, ont été inégaux et touchent de plus en plus les personnes atteintes de déficiences spécifiques. L'institutionnalisation aujourd'hui, par exemple, affecte de manière disproportionnée les personnes ayant des handicaps intellectuels et psychosociaux, alors que dans le passé, elle était utilisée pour des incapacités croisées. L'institutionnalisation persiste également dans certaines régions du monde plus que dans d'autres, telles que l'Europe de l'Est et l'Asie centrale.²⁷⁶

En plus de l'institutionnalisation elle-même contraire aux normes internationales, vivre dans une institution place les jeunes handicapés dans une situation de risque extrême de nouvelles violations de leurs droits humains, y compris leurs droits reproductifs et leur droit de vivre sans violence. Ces violations des droits spécifiques touchent de manière disproportionnée les jeunes femmes et adolescentes et les personnes ayant des déficiences intellectuelles et psychosociales.

Les attitudes discriminatoires et les fausses croyances à l'égard des personnes handicapées ont toujours montré que les personnes handicapées, en particulier les femmes et les filles, étaient soit non sexuées, soit incapables de s'acquitter des responsabilités de la maternité. Les histoires d'eugénisme à travers le monde ont également conduit à des pratiques néfastes qui empêchent les personnes handicapées de jouir de leur droit à la sexualité, au mariage, à la reproduction et au rôle parental. Alors que de nombreuses lois explicitement fondées sur l'eugénisme ont été corrigées, l'idéologie de l'eugénisme continue d'informer de nombreuses politiques et procédures mises en place au sein des institutions pour les personnes handicapées. Par conséquent, les



jeunes handicapés vivant en institution se voient souvent refuser l'accès à des informations et à des services de base en matière de SSR, notamment des informations sur la planification familiale et les MST.²⁷⁷ Les institutions sont également massivement basées sur le modèle médical du handicap. En conséquence, les professionnels de santé prennent souvent des décisions et mettent en œuvre des procédures sans le consentement des personnes handicapées, ce qui constitue une violation de l'article 12 de la CDPH, qui reconnaît la capacité juridique des personnes handicapées à prendre des décisions. Le Rapporteur spécial des Nations Unies (NU) sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants a noté que des actes de discrimination et de violence graves contre les personnes handicapées sont souvent commis par des professionnels de la santé soumettant des personnes handicapées à des soins médicaux de nature intrusive et irréversible sans le consentement libre et éclairé de la personne concernée. Ces procédures comprennent des actions telles que l'avortement forcé et la stérilisation.²⁷⁸ Les familles sont également complices des professionnels de la santé pour contraindre les personnes handicapées à suivre ces procédures, en particulier dans les États où la capacité juridique des personnes handicapées n'est pas reconnue ou dans les institutions où les protocoles de prise de décision assistée ne sont pas en place. Selon un rapport de Disability Rights International sur l'institutionnalisation des femmes souffrant de handicaps psychosociaux, 40 % des personnes interrogées ont été soumises à une stérilisation forcée ou contrainte.²⁷⁹

Les institutions sont également des sites présentant un risque accru de VBG. On a estimé que les enfants et les adolescents ayant une déficience intellectuelle subissaient des abus sexuels à des taux jusqu'à quatre fois élevés que ceux de leurs pairs non handicapés.²⁸⁰ Les autres résidents et membres du personnel sont les auteurs les plus communs dans les institutions. Les États et les OSC excluent souvent les institutions des campagnes

de sensibilisation aux VBG et des activités de surveillance, ce qui signifie que, bien qu'elles soient des sites à haut risque, les institutions sont souvent laissées sans surveillance nécessaire.²⁸¹ Les procédures telles que l'avortement et la stérilisation forcés et la perpétuation de la violence sexuelle vont souvent de pair, car les institutions peuvent efficacement dissimuler les conséquences de la violence sexuelle en mettant fin aux grossesses qui, autrement, alerteraient les autres sur le fait qu'un viol s'est produit. Les institutions sont également des sites d'autres violations des DSSR et de VBG, y compris la production de pornographie mettant en scène des enfants, le trafic sexuel et d'autres formes d'exploitation sexuelle.²⁸² Outre le placement dans des hôpitaux psychiatriques et autres établissements résidentiels, les personnes souffrant de troubles mentaux et intellectuels sont souvent emprisonnées de manière inappropriée, ce qui les expose à un autre environnement institutionnel de risque accru de violence sexuelle, d'exposition aux MST, et qui les empêche de jouir de leurs DSSR et d'accéder aux services de prévention et d'intervention concernant la VBG. L'institutionnalisation dans les prisons exacerbe également les problèmes de santé mentale existants et peut créer de nouveaux traumatismes et troubles de la santé mentale.²⁸³ Le ministère de la Justice des États-Unis estime que 26 % de la population carcérale fédérale des États-Unis sont des personnes handicapées,²⁸⁴ une estimation qui, pourrait grandement sous-estimer le nombre de personnes incarcérées ayant des déficiences intellectuelles ou psychosociales non diagnostiquées.²⁸⁵ En prison, les jeunes personnes handicapées sont souvent victimes de violences, notamment de VBG, et d'autres violations des droits.

Bien qu'il y ait eu une diminution de l'institutionnalisation à travers le monde, elle est encore répandue, en particulier en Europe de l'Est et en Asie centrale. Dans de nombreux États, les OSC, les donateurs et même les professionnels de santé et les membres de la

famille choisissent l'institutionnalisation, en particulier pour les jeunes ayant des déficiences intellectuelles et psychosociales. Pour promouvoir les droits des jeunes handicapés et empêcher leur institutionnalisation, les États parties à la CDE et à la CDPH sont tenus de sensibiliser la communauté et de fournir les soutiens communautaires nécessaires pour garantir le droit des jeunes handicapés à vivre à la maison ou indépendamment dans leurs communautés. Les États parties ont également l'obligation de promouvoir les DSSR ainsi que services de prévention et d'intervention concernant la VBG dans les circonstances extrêmes où l'institutionnalisation est nécessaire.

// VII. VISITES SUR LE TERRAIN

Pour mieux comprendre comment les États travaillent pour soutenir les droits des personnes handicapées dans des contextes nationaux spécifiques, l'étude a inclus des visites sur le terrain en Équateur, au Maroc, au Mozambique et en Espagne. Les sites de visites sur le terrain ont été présélectionnés pour assurer la diversité régionale, géographique et économique. Bien que chaque pays accueillant une visite sur le terrain ait pris des mesures importantes pour faire progresser les droits des jeunes handicapés, aucun d'entre eux n'aura entièrement éliminé des obstacles à l'intégration complète des jeunes handicapés. Ils ont plutôt constitué l'occasion d'évaluer comment un État met en œuvre la CDPH, le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et d'autres instruments internationaux relatifs à l'inclusion des jeunes handicapés concernant les DSSR et dans les services de prévention et d'intervention liés à la VBG.

Bien que chaque visite sur le terrain ait été soumise à des contraintes de temps et de ressources et que les données recueillies aient été limitées, chaque chercheur a eu l'occasion de

voir comment le contexte compte étant donné la diversité des politiques et des pratiques visant à réduire la marginalisation des jeunes handicapés. Les principaux points à retenir et les exemples de pratiques positives adoptées par chaque État sont mis en évidence tout au long de ce rapport. Cependant, les sections suivantes offrent une description plus détaillée des défis auxquels chaque État est confronté en assurant que chaque jeune handicapé a une chance égale de réussir, et qu'aucun n'est laissé pour compte.

ÉQUATEUR

L'Équateur offre un contexte unique pour comprendre les droits des jeunes handicapés. À bien des égards, il est largement représentatif de la région de l'Amérique latine et des Caraïbes et, plus généralement, des pays à revenu intermédiaire. Mais il représente également un contexte spécifique dans lequel l'État doit faire face à des circonstances uniques, incluant le fait que plus d'un tiers de sa population vit encore dans les zones rurales, où certaines communautés ont des attitudes et des pratiques sociales qui créent des obstacles spécifiques aux droits des jeunes handicapés. L'Équateur a l'un des taux de grossesse des adolescentes les plus élevés de la région latino-américaine, en particulier dans les zones rurales et parmi la population autochtone. Toutefois, le pays a développé et pris des mesures positives pour faire face aux défis importants auxquels il est confronté en ce qui concerne la promotion des DSSR et des services de prévention et d'intervention concernant la VBG pour les jeunes handicapés à travers le pays. De cette manière, l'Équateur démontre l'importance des États dans l'adaptation des pratiques et la localisation des lois, des politiques et des programmes pour répondre à leurs contextes spécifiques respectifs.

L'Équateur est un pays à revenu intermédiaire. Il est classé 89^e sur 188 pays figurant sur l'indice de développement humain du PNUD²⁸⁶ Il représente à

la fois une région et un niveau de développement économique où de nombreux États développent activement de nouvelles institutions pour promouvoir les droits de l'Homme de leurs citoyens. Ces nouveaux développements incluent des lois encourageant l'égalité des personnes handicapées ainsi que des femmes et des filles et de nouvelles politiques et stratégies assurant l'inclusion quant aux DSSR et dans les services de prévention et d'intervention concernant la VBG. L'Équateur dispose également d'un paysage interculturel unique. Parmi les 14,5 millions d'habitants, 65 % sont métis, 13 % indigènes, 7,2 % descendants d'Africains, 7,4 % Montubio et 19 % blancs. Un grand nombre de ces communautés ont leur propre culture et leurs propres langues, ce qui oblige l'état à élaborer des stratégies distinctes pour chaque population afin d'assurer la connaissance et l'accès à leurs droits.

Bien qu'il soit un pays à revenu intermédiaire, l'Équateur a un taux de fécondité des adolescentes beaucoup plus élevé que ce qui est commun dans les pays à revenu intermédiaire et dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes. Selon le recensement de 2015, le taux de fécondité des adolescentes en Équateur était de 75,60 pour 1 000 adolescentes (15-19 ans).²⁸⁷ Ainsi le taux de fécondité de l'Équateur est supérieur de plus de 50 % à celui de ses plus proches voisins, la Colombie et le Pérou (48,45 et 48,58 pour 1 000 respectivement) et nettement supérieur à la moyenne régionale pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Une partie du taux de fécondité est attribuable à la violence sexuelle perpétrée contre les enfants, les adolescents et les jeunes. Une partie du taux de fécondité est attribuable à la violence sexuelle perpétrée contre les enfants, les adolescents et les jeunes. Selon une enquête nationale de 2012, une femme sur quatre a été victime de violence sexuelle et les femmes les plus vulnérables à la violence sont des jeunes femmes âgées de 16 à 20 ans.²⁸⁸ Les faits indiquent que les femmes et les filles ayant une déficience intellectuelle sont exposées à un risque disproportionné de violence sexuelle.

La recherche suggère également qu'il existe d'importants obstacles sociaux, économiques, culturels et institutionnels qui empêchent de manière disproportionnée les personnes vivant dans les zones rurales et les autochtones de jouir de leurs DSSR et d'accéder aux services de prévention et d'intervention concernant la VBG.

L'Équateur a élaboré un cadre important de lois et de politiques visant à promouvoir les droits des jeunes handicapés, notamment les DSSR et l'accès aux services de prévention et d'intervention concernant la VBG. Cependant, il existe des barrières culturelles importantes qui peuvent stigmatiser les jeunes, en particulier les jeunes handicapés, souhaitant accéder à leurs DSSR, y compris l'accès aux contraceptifs. En effet, malgré les politiques et stratégies mises en œuvre par le Ministère de la Santé Publique pour accroître l'utilisation de la planification familiale, une partie significative de la population des jeunes ne pratique pas la sexualité sans risque. Par exemple, une enquête nationale récente a révélé que 97 % des adolescents connaissaient les méthodes contraceptives modernes, mais 89 % de ceux qui étaient sexuellement actifs avant l'âge de 17 ans n'avaient pas utilisé de préservatif lors de leur première relation sexuelle.²⁸⁹ Un rapport antérieur a révélé que dans les zones rurales, 50 % de tous les répondants qui étaient sexuellement actifs ont déclaré n'avoir jamais utilisé de préservatif.²⁹⁰ L'écart entre les connaissances et la pratique est révélateur d'un tabou chez les jeunes qui recherchent et utilisent des contraceptifs. La stigmatisation entourant la planification familiale et la déclaration de la VBG est aggravée pour les jeunes handicapés, qui sont souvent considérés comme des êtres non sexuels.

L'Équateur a fait la preuve de son dévouement à faire progresser les droits de ses citoyens, y compris l'égalité des droits des jeunes handicapés, en ratifiant les instruments juridiques internationaux et la législation nationale. L'Équateur a également pris des mesures proactives pour veiller à ce que

les personnes handicapées jouissent de manière égale de leurs DSSR et d'un accès à des services de prévention et d'intervention concernant la VBG. L'Équateur a été l'un des premiers signataires et ratificateurs de la CEFDF (signée en 1980, ratifiée en 1981) et de la CDPH (signée en 2007, ratifiée en 2008). En outre, les normes internationales relatives au handicap et à l'égalité des sexes sont reflétées dans la Constitution de l'Équateur de 2008, qui promeut spécifiquement les droits et l'égalité des personnes handicapées, des femmes et des jeunes filles et des jeunes. La protection et la promotion des droits de ces groupes sont précisées dans des actes législatifs et des politiques publiques.

La Constitution nationale s'adresse aux trois groupes de personnes handicapées, aux femmes et aux jeunes. L'article 11 (2) de la Constitution interdit la discrimination fondée sur le sexe, l'identité de genre, l'orientation sexuelle et le handicap et l'article 27 exige que l'État adopte des politiques d'action positive pour toutes les personnes qui souffrent des inégalités. L'article 47 affirme expressément les droits des personnes handicapées, et de nombreuses autres dispositions affirment spécifiquement les droits des personnes handicapées, notamment en leur garantissant la priorité en matière de services de santé, en particulier pour les personnes âgées (art. 35 et 38) et l'égalité des chances pour l'inclusion sociale (article 47). 35 et 38) et l'égalité des chances pour l'inclusion sociale (article 47). En ce qui concerne l'égalité des sexes, l'article 66, paragraphe 4, affirme « le droit à l'égalité formelle, à l'égalité matérielle et à la non-discrimination ». L'article 69 stipule que l'égalité au sein du mariage et des filles d'avoir les mêmes droits que les fils et l'article 70 demande à l'État d'élaborer des politiques pour parvenir à l'égalité des sexes et demande l'intégration du genre dans la planification et l'élaboration des politiques. Plus précisément, en ce qui concerne cette étude, l'article 66 (9-10) garantit aux femmes le droit de prendre librement des décisions éclairées, volontaires et responsables sur leur sexualité, leur vie sexuelle et leur orientation. . . et [a] le droit

de prendre des décisions libres, responsables et éclairées sur leur santé et leur vie reproductive et de décider du nombre d'enfants à avoir ». En ce qui concerne la jeunesse, l'article 39 stipule que l'État garantit les droits des jeunes et encourage l'exercice effectif de ces droits au moyen de politiques et de programmes, d'institutions et de ressources qui garantissent et soutiennent, de manière permanente, leur participation et leur inclusion dans tous les secteurs. L'article 46 oblige l'État à adopter des mesures pour soutenir les adolescents, notamment « une prise en charge préférentielle pour l'intégration sociale complète des personnes handicapée » et à assurer la protection contre toutes les formes de violence, de maltraitance, d'exploitation sexuelle ou d'exploitation. contre la négligence des enfants et des adolescents. Ces obligations constitutionnelles sont complétées par la Loi sur l'invalidité, la Loi sur l'invalidité complète (ou *Organique*) le Programme national pour les femmes et l'inclusion du genre et ainsi de suite.

Une façon d'institutionnaliser le droit et les politiques publiques consiste à créer des agences publiques et / ou des bureaux spécifiques avec les ministères existants. Ceux-ci comprennent le Conseil national pour l'égalité des personnes handicapées (CONADIS), le Conseil national pour l'égalité des genres (CNIG), et des bureaux et des postes spécifiques au sein du Ministère de la santé publique, tels que le Coordinateur de la promotion de la santé sexuelle et reproductive, le Directeur des Droits de l'Homme, du Genre et de l'Inclusion, et le Directeur du Handicap. Chaque agence et bureau a participé à la promotion de l'inclusion du handicap dans les DSSR ainsi que les services de prévention et d'intervention concernant la VBG, fournissant ainsi une base institutionnelle solide. Cependant, un des défis relevés est que l'intersection spécifique du genre, du handicap, des adolescents et des jeunes handicapés n'a pas été complètement institutionnalisée. Les personnes handicapées, par exemple, y compris les femmes et les filles et les adolescents et les jeunes handicapés, sont principalement identifiées avant

tout comme des personnes handicapées plutôt que comme une identité qui s'entrecroise. À ce titre, les organismes s'en remettent souvent à CONADIS (Conseil national pour l'égalité des personnes handicapées) et à la direction du ministère des personnes handicapées plutôt que de reconnaître que tous ont une responsabilité égale à l'égard des jeunes handicapés représentés dans leur propre circonscription. La création de ces agences et postes pour le handicap, le genre, etc., fournit cependant un cadre organisationnel dans lequel les intersections peuvent être facilement institutionnalisées grâce à leur coopération continue les unes avec les autres.

Malgré l'importance de la législation, des politiques et des programmes élaborés par l'État, les progrès en matière de DSSR et le droit de vivre à l'abri de la violence de ses citoyens ont été limités, en particulier dans les zones rurales. Les femmes et les filles des zones rurales représentent une part disproportionnée des grossesses non désirées. Une étude récente sur la grossesse dans le bassin amazonien rural de l'Équateur a révélé que 73,7 % des femmes autochtones ont déclaré avoir eu au moins une grossesse non désirée.²⁹¹ De précédentes études ont attribué le taux de fécondité élevé de l'Amérique latine, en dépit de la création de nouveaux droits et du développement socio-économique accru, à une culture religieuse conservatrice qui stigmatise les individus qui recherchent certaines formes de planification familiale.²⁹² De même, les attitudes conservatrices à l'égard de la sexualité sont particulièrement fortes dans les communautés indigènes de l'Équateur, où la famille traditionnelle est célébrée et où la grossesse à un âge précoce est une norme culturelle et souvent célébrée comme un rite nécessaire de l'âge adulte.²⁹³ Dans ces mêmes communautés, l'utilisation de contraceptifs est faible et souvent taboue, et la violence sexuelle est répandue, bien que souvent aucune intervention n'ait lieu et qu'elle ne soit pas dénoncée.²⁹⁴ L'Équateur a également un système juridique pluraliste. La Constitution de 2008 reconnaît le droit des communautés autochtones de maintenir et de mettre en pratique leurs propres

systèmes juridiques. Bien qu'il s'agisse d'un droit culturel important, il peut indirectement empêcher les femmes et les filles, ainsi que les hommes et les garçons, de profiter pleinement de leurs DSSR ainsi que de l'accès aux services de prévention et d'intervention en matière de VBG. Ceci est particulièrement vrai puisque l'Équateur n'a pas harmonisé les juridictions autochtones avec le système judiciaire national au moyen d'une « Loi de coordination » ou d'un autre mécanisme juridique garantissant que toutes les normes relatives aux droits de l'Homme soient également localisées dans la pratique juridique autochtone.²⁹⁵

Les attitudes sociales envers l'accès à la planification familiale, l'acceptation passive de la VBG et les croyances sociales sur les personnes handicapées, y compris les adolescentes et les jeunes femmes handicapées, constituent des obstacles majeurs pour les jeunes handicapés en Équateur souhaitant accéder à leurs DSSR. L'Équateur a toutefois été proactif dans la lutte contre ces obstacles au niveau local. Au chapitre 4 : Prévention et interventions face à la violence basée sur le genre, le nouveau cours de formation obligatoire en matière de VBG, *Atención Integral a la Violencia de Género* (Attention complète à la violence basée sur le genre), sera considéré comme une pratique nationale importante pour l'inclusion des jeunes handicapés dans les services de prévention et d'intervention en matière de VBG. En tant que cours de formation virtuel, il est en mesure d'atteindre tous les employés du ministère de la Santé publique, y compris ceux des zones rurales isolées qui n'avaient pas souvent la possibilité de suivre facilement des formations dans le passé. Le cours consacre également l'un de ses cinq modules à la VBG et au handicap. Tous les employés du ministère de la Santé publique sont tenus de suivre le cours en ligne, en veillant à ce que le ministère de la Santé publique puisse surveiller l'achèvement de la formation par les employés. Une autre étape positive, soulignée au chapitre 5 : Permettre la santé et les droits sexuels et reproductifs pour les jeunes handicapés est le programme de certification du Centre de santé

inclusif de l'Équateur. Ce nouveau programme de certification pour les établissements du ministère de la Santé publique comprend la garantie que tous les établissements proposent des services « adaptés aux adolescents » et « adaptés aux personnes handicapées ». Ce nouveau programme de certification a permis d'importants progrès, notamment en améliorant l'accès des jeunes handicapés aux DSSR dans les zones rurales.

MAROC

Le Maroc est largement représentatif des États arabes et des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure de manière plus générale. Le Maroc est classé 123^e sur 188 inscrits à l'indice de développement humain du PNUD.²⁹⁶ Il représente à la fois une région et un niveau de développement économique où de nombreux États développent de nouvelles institutions pour promouvoir les droits de l'Homme de leurs citoyens mais aussi faire face à des défis. Ces nouveaux développements comprennent des lois promouvant l'égalité des personnes handicapées, mais aussi des considérations spécifiques, notamment la stipulation que les politiques et pratiques de l'État ne soient pas en contradiction avec les dispositions de la loi islamique, qui peuvent avoir un effet sur les politiques et stratégies mises en œuvre concernant les DSSR et les services de prévention et d'intervention en matière de VBG. Le Maroc a cependant été choisi pour cette étude en raison des progrès réalisés dans la promotion des droits des jeunes handicapés, notamment en ce qui concerne la possibilité de jouir des DSSR et d'accéder aux services de prévention et d'intervention concernant la VBG.

La recherche montre que le taux national de prévalence des personnes handicapées au Maroc est de 6,8 %, ²⁹⁷ les handicaps les plus courants étant liés à la vue et à la mobilité. Le rapport hommes / femmes est similaire : 49,7 % pour les hommes et 50,3 % pour les femmes. De plus,

60,8 % des personnes handicapées ont déclaré avoir des difficultés à accéder aux services de santé en général, dont 62,9 % étaient attribuables à des facteurs financiers. Seulement 34,1 % des personnes handicapées ont bénéficié de systèmes de protection sociale, ²⁹⁸ et seulement 10,6 % ont déclaré connaître leurs droits. ²⁹⁹

Le Maroc a accompli des progrès notables dans l'élaboration du cadre juridique et politique nécessaire pour promouvoir les droits des jeunes handicapés liés aux DSSR ainsi qu'aux services de prévention et d'intervention concernant la VBG, au cours des dernières années. De nombreuses lois dans ce cadre sont actuellement en phase finale d'approbation. Le Maroc a signé et ratifié la CEFDF, la CDE et la CDPH et a élaboré un cadre juridique national pour leur mise en œuvre. La nouvelle Constitution nationale de 2011 inclut le droit à la santé de tous les citoyens et stipule l'intention de l'État de mobiliser tous les moyens disponibles pour faciliter l'accès égal des citoyens aux droits de traitement, de santé, de protection sociale, d'assurance santé et de solidarité et vivre dans un environnement sain. La Constitution reconnaît également le principe de l'égalité des sexes dans tous les droits et libertés civils, politiques, économiques, sociaux, culturels et environnementaux ; le droit à l'intégrité physique et morale des individus ; et le principe de l'égalité et la lutte contre toutes les formes de discrimination. Le Maroc a adopté la loi n° 103-13 sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes en 2018. ³⁰⁰ Le Code pénal de 2003 a également été modifié pour interdire et punir la discrimination fondée sur le handicap.

À la suite de ces lois, de nombreuses politiques et stratégies gouvernementales intersectorielles ont été formulées, mais la mise en œuvre continue d'être difficile. Le Ministère de la solidarité, de la famille, de l'égalité et du développement social, chargé de coordonner les politiques pour les femmes et les filles et les personnes handicapées, a pris des mesures importantes en élaborant

des plans d'action nationaux qui rassemblent tous les ministères et autres parties prenantes pour mettre en œuvre des politiques et des programmes. Actuellement, cependant, les DSSR ne sont pas spécifiquement abordées dans le Programme National des Personnes Handicapées, et les personnes handicapées ne sont pas spécifiquement incluses dans le Programme de santé sexuelle et reproductive du Ministère de la Santé. Les OSC jouent un rôle important dans ces stratégies et politiques en s'engageant activement avec le gouvernement à travers la participation à des forums publics et des ateliers et à travers leur propre plaidoyer. Ces organisations fournissent actuellement de nombreux services éducatifs, médicaux, psychologiques et juridiques aux personnes handicapées. Il s'agit d'une distinction importante, car le sexe avant le mariage est contraire à la loi au Maroc, et la fourniture de services par l'État a ses défis. Les OSC sont également considérées comme jouant un rôle dans l'amélioration de la proximité des services car elles sont présentes dans la plupart des régions, en particulier les plus petites.

Il existe un écart significatif entre les différents types de handicap sur le terrain pour accéder aux services de santé, y compris certains services de SSR, ainsi, les personnes ayant des déficiences intellectuelles et psychosociales sont plus exclues, alors que les personnes aveugles ont déclaré des niveaux de service similaires à ceux de leurs pairs non handicapés. De plus, il existe une importante disparité entre les régions urbaines et rurales.

Il y a une absence de statistiques dans le domaine des services de santé, y compris les services de SSR liés aux personnes handicapées. La plupart du temps, le handicap n'est pas inclus dans les données, ce qui rend impossible l'évaluation des stratégies en conséquence et empêche par conséquent la mise en œuvre des politiques relatives aux personnes handicapées. Des ressources supplémentaires sont nécessaires pour renforcer l'accès et la sensibilisation aux services,

notamment en développant les connaissances et les compétences des prestataires de services en ce qui concerne l'inclusion des personnes handicapées dans les services de SSR.

Il existe beaucoup de fausses représentations et de fausses croyances concernant les personnes handicapées et la sexualité, comme croire en l'asexualisation des personnes handicapées, en particulier celles ayant une déficience intellectuelle. Ces représentations empêchent les jeunes handicapés d'avoir une vie sexuelle et reproductive saine et d'être protégés contre la violence sexuelle ou VBG. Les personnes handicapées dépendent souvent de leur famille. Ceci est considéré comme un obstacle majeur à leur vie sexuelle normale et saine. En raison de cette dépendance et des difficultés d'accès aux services, la possibilité de jouir pleinement de leurs DSSR et d'accéder aux services de prévention et d'intervention concernant la VBG, dépend souvent des perceptions, projections et craintes de leur famille concernant leur sexualité.

MOZAMBIQUE

Le Mozambique représente un contexte important à prendre en compte pour comprendre les droits des jeunes handicapés. C'est l'un des États à faible revenu du monde et l'un des taux de prévalence du VIH / SIDA les plus élevés. Ces deux facteurs contribuent aux obstacles que rencontrent les jeunes handicapés au Mozambique et soulignent également l'importance de la coordination de l'État avec les acteurs de la société civile. En raison du statut du Mozambique en tant qu'économie en développement à forte prévalence du VIH, de nombreux États étrangers et OSC internationales sont actifs en tant que bailleurs de fonds et exécutants de programmes liés aux DSSR et à la VBG. Certains de ces acteurs du développement international n'intègrent pas le handicap. Le Mozambique doit donc non seulement promouvoir les droits des jeunes handicapés à travers ses propres politiques et institutions, mais aussi se coordonner

avec les prestataires de services étrangers et non étatiques qui n'ont pas de politique d'inclusion du handicap dans leurs initiatives de prévention et de réponse en matière de DSSR et de VBG.

Le Mozambique est largement représentatif de l'Afrique subsaharienne et, plus généralement, des pays à faible revenu. En tant que tel, il représente une région et un niveau de développement économique dans lesquels les États font face à des défis importants dans le développement de nouvelles institutions pour la promotion des droits humains de leurs citoyens. Le Mozambique est confronté à des défis uniques en raison de son statut de pays à faible revenu et de sa forte prévalence du VIH / SIDA. Il est classé 181^e sur 188 pays figurant sur l'indice de développement humain du PNUD³⁰¹ et affiche l'un des taux de prévalence du VIH / SIDA les plus élevés au monde (estimé à 10,5 % pour les adolescents et les adultes de 15 à 49 ans).³⁰² Bien qu'il n'y ait pas de données systématiques actuelles sur la prévalence du VIH / SIDA parmi les personnes handicapées au Mozambique, il existe des preuves anecdotiques que la prévalence est égale ou supérieure à celle de la population générale. En réponse à cette preuve naissante, le gouvernement mozambicain a inclus une disposition spécifique dans la loi 12/2009 sur les droits et devoirs des personnes vivant avec le VIH / SIDA pour déclarer que les personnes handicapées ont un droit égal à la prévention, à la protection et au traitement du VIH / SIDA. Un défi spécifique auquel le Mozambique est confronté en assurant la participation des jeunes handicapés aux services de prévention et de réponse en matière de SSR et de VBG liés au VIH / SIDA et plus général est le nombre d'OSC qui fournissent des services de soins de santé. Ceci constitue un obstacle à la mise en œuvre des droits, car seul le gouvernement est tenu d'exécuter le mandat public de protéger les droits de tous ses citoyens de manière égale et de mettre en œuvre des lois, des politiques et des stratégies inclusives sur le handicap. Les OSC, telles que les organisations non gouvernementales internationales et les associations fondamentales,

ne partagent pas la même responsabilité, et ne sont pas non plus responsables vis-à-vis de l'État, mais elles sont souvent les principaux exécutants du plan national lié aux DSSR. En dépit de ces défis, le Mozambique s'est montré proactif en élaborant un cadre juridique et politique qui promeut les droits des jeunes handicapés, y compris les DSSR et les services de prévention et d'intervention liés à la VBG, par son engagement envers les lois, politiques et stratégies internationales et régionales, d'un cadre juridique national pour mettre en œuvre des politiques et des programmes garantissant que les jeunes handicapés aient un accès égal aux services et jouissent pleinement de leurs droits. Cela comprend l'attribution de responsabilités spécifiques au sein des ministères gouvernementaux pour la mise en œuvre de ces lois, politiques et stratégies.

Le Mozambique a signé et ratifié toutes les conventions internationales pertinentes, y compris la CEFDF, la CDE et la CDPH. Il a également signé et ratifié des instruments régionaux, notamment la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples, qui protège les droits des femmes et des enfants (article 18, clause 3), le Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique, qui fait spécifiquement référence aux protections spéciales pour les femmes handicapées (article 23), et la Charte africaine des droits et du bien-être des enfants, qui mentionne spécifiquement les droits des enfants handicapés (article 13), la protection contre les abus d'enfants (article 16) et la protection des enfants contre l'exploitation sexuelle (article 27). En outre, le Mozambique est également signataire du Programme d'action de la CIPD.

Le Mozambique a également développé un cadre juridique national progressiste, qui débute par sa constitution jusqu'à des lois, des décrets et des stratégies. La Constitution du Mozambique de 2004 accorde l'égalité des droits aux personnes handicapées (article 37), l'égalité des droits des femmes (article 36), l'obligation de l'État

de promouvoir le développement des femmes (article 122) et le développement des jeunes (article 123), et les droits à la santé, mais pas spécifiquement la santé sexuelle et reproductive (articles 89 et 116). Dans la législation nationale, la loi 12/2009 sur les droits et devoirs des personnes vivant avec le VIH / SIDA stipule que les personnes handicapées ont droit à la prévention, à la protection et au traitement du VIH / SIDA en tenant compte de leurs besoins spécifiques (par ex. langue des signes). Le décret 78/2009 crée un Conseil national des personnes handicapées, une Loi nationale 29/2009 sur la violence domestique, et un certain nombre de lois et de stratégies supplémentaires promouvant les droits des personnes handicapées, des enfants, des femmes et des filles. La responsabilité de la mise en œuvre de ces lois a été institutionnalisée au sein des organismes publics à travers la création de bureaux spécifiques et de postes avec responsabilité. Cela inclut un département handicap et un point focal VIH / DSSR ayant pour mandat d'assurer l'égalité d'accès à la prévention et au traitement du VIH pour les personnes handicapées au sein du ministère du Genre, des Enfants et de l'Action sociale. Le ministère du Genre, des Enfants et de l'Action sociale ouvre la voie à un forum de la société civile qui inclut les OPH. Le Bureau des droits de l'homme du Ministère de la justice est responsable de l'inclusion du handicap, qui comprend les droits et les protections liés à la VBG.

Au cours des dernières années, l'aide internationale au développement a été de plus en plus canalisée par le biais des organisations de la société civile, telles que les organisations non gouvernementales internationales et les associations de base, plutôt que par les ministères. Le secteur de la santé du Mozambique comprend un nombre important d'OSC fournissant des services de prévention et de réponse en matière de DSSR et de VBG. Bien que de nombreuses OSC exécutent un excellent travail dans des environnements à faibles ressources, elles peuvent constituer un défi pour l'État en garantissant que les droits des jeunes handicapés

et d'autres groupes sont protégés et que tous les citoyens mozambicains ont un accès égal aux services fournis. Par exemple, le nombre d'OSC fournissant des soins de santé a conduit à un secteur de soins de santé fragmenté qui présente pour l'État des défis importants dans la garantie de la coordination et de la mise en œuvre de son plan de soins de santé complet.³⁰³ En effet, les organisations non gouvernementales peuvent se spécialiser dans des services spécifiques ou se concentrer sur des groupes spécifiques en réponse à des donateurs ou en raison de leur mission ou expertise organisationnelle plutôt que des besoins sur le terrain ou des priorités du gouvernement ou du programme national. Les organisations non gouvernementales internationales se retrouvent aussi souvent dans les capitales et autres grandes villes en raison de la facilité d'accès, des infrastructures de communication (téléphone et internet), des besoins de santé et de sécurité du personnel international, de la localisation des ministères et des organisations internationales.³⁰⁴ Cela peut entraîner une favorisation du milieu urbain par laquelle la population des communautés rurales ou les environnements affectés par les conflits sont laissés pour compte. Enfin, il a été noté que les OSC fournissant des services liés au VIH / SIDA jouent un rôle si démesuré dans certains contextes en développement, qu'elles peuvent détourner le personnel de santé publique ou réorienter les ressources publiques vers des approches plus globales des DSSR.³⁰⁵

En raison de la présence relativement importante des OSC participant à la mise en œuvre des programmes nationaux de SSR et de VBG du Mozambique, les organisations de personnes handicapées ne tiennent pas compte de l'inclusion des personnes handicapées. Pendant la réalisation de cette étude, plusieurs organisations non gouvernementales traditionnelles ont fait des distinctions entre leurs objectifs et l'objectif du gouvernement, déclarant que leurs programmes financés par des donateurs ciblaient d'autres populations marginalisées, telles que les travailleurs du sexe et les personnes

LGBTQI, et non les personnes handicapées. Les OPH ont essayé de mettre en œuvre leurs propres programmes, comme fournir une éducation liée au VIH à leurs membres, mais ont noté que leurs ressources limitées leur permettaient seulement de concentrer leurs activités dans la capitale, Maputo, et d'autres grandes villes parce qu'il était financièrement difficile de travailler dans les communautés rurales, où elles n'avaient souvent que de vagues rapports avec les membres ou d'autres personnes handicapées et avec peu de ressources pour mener des activités d'organisation et de sensibilisation.

Malgré ces défis, le Mozambique a élaboré et entrepris plusieurs démarches positives en vue d'établir un partenariat avec la société civile pour mieux assurer l'inclusion du handicap dans le travail de la société civile et œuvrer pour que les jeunes handicapés soient inclus dans plusieurs programmes essentiels liés aux DSSR. Le chapitre 6 sur l'inclusion de la société civile, le partenariat du Mozambique avec l'Association mozambicaine de la Coalition pour la jeunesse (ACJM) et l'Associação Moçambicana para Desenvolvimento da Família/Mozambican (Association mozambicaine pour le développement de la famille) (AMODEFA) sera mis en évidence. Grâce à ce partenariat entre l'État et la société civile, les jeunes handicapés ont été intégrés en tant que conseillers pairs dans le cadre de l'initiative Geração Biz (« génération active »), qui est examinée en détail au chapitre 6.

ESPAGNE

L'Espagne fournit un contexte important à considérer pour garantir les droits des jeunes handicapés. L'Espagne est un pays à revenu élevé et un important acteur international des droits de l'homme et du développement international. En tant que tel, l'Espagne a fait progresser l'inclusion des jeunes handicapés au pays et à l'étranger à travers la loi, les politiques et les programmes. Au niveau national, elle a réalisé des progrès significatifs pour

intégrer les droits reconnus dans la CDPH dans la législation et les politiques nationales. L'Espagne est toutefois confrontée au défi de veiller à ce que les droits des jeunes handicapés soient équitablement répartis dans tout le pays. Le système juridique décentralisé de l'Espagne accorde une autonomie dans l'élaboration des politiques d'éducation et de santé, entre autres, aux autorités régionales, qui ont accordé une attention variable aux besoins des jeunes handicapés. Si un système de gouvernance décentralisé offre des possibilités de programmes très localisés et de sensibilisation des personnes handicapées, en l'absence de normes ou de directives nationales, l'Espagne risque de ne pas respecter les droits des jeunes handicapés dans certaines parties du pays.

Il est classé 27^e sur 188 pays figurant sur l'indice de développement humain du PNUD³⁰⁶ et a été l'un des leaders de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en matière d'aide publique au développement (APD). En 2016, l'APD nette de l'Espagne a atteint plus de 4 milliards de dollars américains, ce qui en fait le 10^e plus grand donateur au sein de l'OCDE.³⁰⁷ L'Espagne a également participé activement à faire en sorte que le Programme de développement durable à l'Agenda 2030 pour le développement durable soit inclusif, adopte une approche fondée sur les droits et soit durablement financé. En 2007, l'Espagne a signé un accord historique avec le système des Nations Unies et a fourni une généreuse contribution de 528 millions d'euros (710 millions de dollars américains) pour la création du Fonds pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.³⁰⁸ Le gouvernement espagnol a également pris des mesures actives pour inclure le secteur privé dans le financement du développement et augmenter son APD pour soutenir le développement et la gestion des biens publics mondiaux.³⁰⁹

En tant que principal bailleur de fonds international, l'Espagne a plaidé en faveur de l'intégration du handicap, du genre et des jeunes dans les programmes et politiques de développement

au niveau mondial Dans son examen de 2016, le Comité d'aide au développement de l'OCDE a appelé à ce que cet effet de levier soit mis en avant, suggérant que l'Espagne adopte et améliore des mécanismes pour intégrer plus efficacement le genre, entre autres, dans les opérations de terrain.³¹⁰ Lorsque l'Espagne participe activement aux efforts de financement pour lutter contre la pauvreté et corriger les inégalités, elle a la possibilité d'accorder la priorité aux projets et programmes conçus pour inclure les jeunes handicapés dans toute leur diversité et promouvoir le développement inclusif parmi ses partenaires bénéficiaires.

L'engagement de l'Espagne en faveur des droits des personnes handicapées est ancien. Premier pays à soumettre un rapport de l'État partie au Comité des droits des personnes handicapées en 2010 et en 2011, l'Espagne a adopté une loi historique, la loi 26/2011, qui incorpore le langage de la CDPH en droit espagnol et favorise la pleine reconnaissance des droits des personnes handicapées.³¹¹ Cette loi a été rapidement suivie par le décret royal 1276/2011, qui adapte la réglementation en vigueur concernant le handicap aux directives de la CDPH, conformément à la loi 26/2011.³¹² Bien que l'Espagne ait depuis fait des progrès significatifs en adaptant son cadre juridique national aux normes fixées par la CDPH, elle doit encore faire face à des défis pour garantir l'égalité des droits entre les femmes, les hommes et les jeunes handicapés dans tout le pays.

L'Espagne a développé un cadre national positif concernant les services de prévention et de réponse en matière de DSSR et de VBG pour les jeunes handicapés. La Constitution espagnole de 1978 promeut spécifiquement l'égalité des sexes (article 14) et la participation sociale des jeunes (article 48), et l'Espagne a adopté la loi générale sur les droits des personnes handicapées et leur inclusion sociale en 2013. La mise en œuvre de ces droits est toutefois filtrée à travers le système décentralisé de l'Espagne. L'article 2 sur l'état des autonomies de la Constitution de 1978 reconnaît le droit à l'autonomie de 17 communautés

(provinces consolidées) et de deux villes. Les caractéristiques fédérales de l'État des Autonomies ont créé 19 implémentations localement distinctes de nombreuses lois nationales.³¹³ Les systèmes décentralisés formels comme ceux de l'Espagne, et les systèmes décentralisés moins formels qui transfèrent simplement les responsabilités pour la mise en œuvre des lois et politiques aux autorités provinciales, régionales et locales, soulignent les opportunités et les défis de la mise en œuvre des droits par des systèmes de gouvernance décentralisés. C'est une opportunité car les gouvernements locaux sont habilités à développer des politiques et des programmes les mieux adaptés à leur population spécifique et à leur contexte. C'est un obstacle car, en pratique, cela peut signifier qu'il n'y a pas de standardisation de la protection et de la promotion des droits dans les communautés, et la coordination nationale-infranationale peut créer un fardeau bureaucratique supplémentaire dans l'allocation des ressources, le flux d'informations et la gestion générale des programmes.³¹⁴

En Espagne, les autorités régionales ont été à l'avant-garde de la promotion des DSSR, mais les avantages des programmes ont généralement été limités dans les régions et n'ont pas été étendus bien au-delà. Dans les entretiens sur le terrain, par exemple, les défenseurs des jeunes handicapés ont exprimé des inquiétudes concernant le nombre limité de sources de services de planification familiale pour les jeunes handicapés dans le pays et le manque d'ESC de haute qualité. Bien que certains centres urbains aient adopté des plans de prévention des grossesses, il n'y avait pas de stratégie nationale pour garantir que tous les jeunes, y compris les jeunes handicapés, aient accès à des services de SSR appropriés. Les femmes des zones rurales étaient particulièrement mal desservies.

Même l'accessibilité peut différer considérablement entre les régions. À Barcelone, où les personnes handicapées sont représentées au conseil municipal, tous les transports en commun sont accessibles aux personnes ayant des handicaps

multiples, et la législation locale et régionale sur l'accessibilité est en place depuis 2014. De plus, il existe un service de « porte à porte » pour les personnes handicapées qui comprend quatre trajets en taxi pour le coût d'un billet d'autobus. Cependant, dans d'autres régions du pays, en particulier dans les zones rurales, l'accès aux transports publics est beaucoup plus limité, ce qui complique considérablement la tâche des personnes handicapées qui doivent recevoir des soins de santé et qui souhaitent participer activement aux activités sociales.

Dans les sondages, les jeunes handicapés signalent que leurs plus grands défis sont la liberté de quitter leur foyer et d'avoir accès à des activités de travail et de loisirs.³¹⁵ Il existe un écart important dans les résultats scolaires entre les jeunes handicapés et leurs pairs non handicapés. En Espagne, seuls 8 % des jeunes handicapés ont un diplôme universitaire et il existe un pourcentage non négligeable d'analphabètes fonctionnels.³¹⁶ L'analphabétisme chez les jeunes femmes handicapées est quatre fois plus élevé que chez les jeunes hommes handicapés en Espagne.³¹⁷

L'accès à l'information sur la sexualité et les services de SSR peut également dépendre de l'emplacement. La Fédération de planification familiale soutient quatre centres de jeunesse à travers le pays, tous situés dans des zones urbaines. Bien qu'au moins certains de ces centres soient physiquement accessibles, les rues sur lesquelles ils sont situés ont des bordures et des pavés élevés, ce qui les rend impossibles à atteindre pour un nombre significatif de jeunes handicapés. Bien que les membres de cette fédération effectuent des visites de terrain occasionnelles dans les zones rurales, celles-ci dépendent des relations avec les gouvernements ou organismes locaux ou provinciaux et ne remplacent pas des services de santé cohérents et accessibles. Des cas de stérilisations forcées et d'avortements forcés ont également été déclarés dans le cas des femmes et des filles handicapées, en particulier des filles et

des femmes ayant des déficiences intellectuelles ou psychosociales. Cela signifie que ces services ont été fournis sans leur consentement, sans leur compréhension du but spécifique de l'opération, et souvent sous prétexte de veiller au bien-être de la personne handicapée plutôt que de reconnaître le droit des individus à prendre leurs propres décisions en matière de santé reproductive.³¹⁸

Une étude menée dans le cadre du Plan stratégique national pour les enfants et les adolescents par la Direction générale de la politique sociale, de la famille et des enfants et le *Centro Reina Sofía* pour l'étude de la violence a montré que le handicap est un facteur principal qui augmente considérablement le risque de maltraitance. Les données de base fournies par la recherche indiquent que la violence est plus fréquente lorsque l'enfant souffre d'une forme de maladie physique ou mentale (7,8 % contre 3,57 % en l'absence d'une telle maladie) et que les enfants atteints d'un type de handicap souffrent d'un taux de violence plus élevé que ceux qui ne le sont pas (23,08 % et 3,87 %, respectivement).³¹⁹

Bien que le gouvernement national ait adopté des politiques nationales pertinentes, il existe peu de dispositions permettant un suivi et une évaluation réguliers, ce qui complique l'évaluation de la conformité ou de la qualité de la mise en œuvre. Par exemple, alors que la législation nationale prévoit une ESC pour tous les jeunes, la mise en œuvre est laissée aux autorités locales et régionales, de sorte que la programmation actuelle dépend de l'intérêt et des connaissances du personnel scolaire. Lors d'entretiens sur le terrain, les défenseurs ont noté que l'éducation sexuelle dans de nombreuses écoles est offerte après que les jeunes sont déjà sexuellement actifs et se concentrent sur des comportements à risque plutôt que sur des relations saines. Certains ont noté que dans certains endroits, la seule éducation que reçoivent les étudiants en matière de sexualité se limite aux présentations du personnel de vente en hygiène féminine.

Pourtant, certaines autorités régionales ont activement promu les droits des personnes handicapées au niveau local. L'École andalouse de santé publique, par exemple, a développé un programme pour former des professionnels de la santé qui fournissent des services de SSR incluant les personnes handicapées, particulièrement en ce qui concerne la promotion d'une vie sexuelle saine, l'utilisation de la planification familiale et les services de SSR. Les hôpitaux de la région ont au moins une salle équipée pour les examens gynécologiques pour les femmes handicapées.

En ce qui concerne la VBG, il existe un certain nombre d'initiatives importantes au niveau régional pour autonomiser les femmes handicapées qui sont vulnérables à la VBG. En Aragon, les OSC de et pour les femmes handicapées collaborent avec l'Institut des femmes d'Aragon gouvernemental et régional pour développer de nouvelles politiques locales sur la VBG qui incluent les femmes handicapées. De même, à Barcelone, l'Associació Dones no Estàndards a élaboré des directives sur la prévention de la VBG à l'égard des femmes handicapées et a aidé le gouvernement régional à élaborer un protocole obligatoire pour les professionnels de la santé afin d'identifier les cas présumés de violence. Le Comité Espagnol des Représentants des Personnes Handicapées (CERMI) d'Andalousie travaille également avec le gouvernement régional pour développer des lignes directrices comparables pour les professionnels de la santé et promouvoir un suivi plus étendu des défis rencontrés par les femmes handicapées qui accèdent aux services de santé et de justice, entre autres choses.

En Espagne, le système de gouvernance décentralisée offre à la fois des exemples de gouvernance décentralisée permettant d'adapter les politiques et les pratiques aux besoins des populations locales, ainsi que le défi de garantir à tous les citoyens un accès égal aux services et aux mêmes droits. Ceci est d'autant plus vrai en ce qui concerne l'actualisation des DSSR et la mise en œuvre d'une approche globale de la prévention

et des interventions concernant la VBG parmi les jeunes handicapés. Par exemple, une étude sur la gouvernance décentralisée a mis en évidence que dans certains contextes sa relation avec la DSSR peut créer des tensions entre les organes nationaux et infranationaux (locaux) sur les aspects des lois et des politiques qui devraient être prioritaires, les responsabilités des différentes parties, et les normes appropriées pour lesquelles on tiendra compte de la mise en œuvre.³²⁰ Une étude des DSSR et de la décentralisation au Ghana, par exemple, a démontré que la mise en œuvre des programmes liés aux DSSR dépendait souvent davantage de l'engagement des autorités locales que des politiques nationales.³²¹ De même, une étude menée en Ouganda, qui décentralise de plus en plus la gouvernance au niveau régional, constate des tensions entre les ressources concernant la distribution des ressources attribuées au gouvernement central mais insuffisamment partagées avec les autorités régionales responsables de la mise en œuvre de la politique.³²² Une étude de cas du système fédéral de santé du Brésil a conclu que le personnel du ministère fédéral de la Santé avait été formé par des experts internationaux et nationaux à la mise en œuvre d'une nouvelle politique concernant les DSSR, mais que le personnel du ministère de la Santé de l'État qui avait le plus besoin de ces informations, n'avait pas reçu de formation adéquate.³²³

/// VIII. CONCLUSION

Ce chapitre a souligné le rôle important que les contextes spécifiques jouent dans la vie des jeunes handicapés et les obstacles uniques que représentent les crises humanitaires, la ruralité, la pauvreté, les zones où la prévalence du VIH est élevée, et l'institutionnalisation vis à vis de la jouissance des DSSR et de l'accès aux services de prévention et d'intervention concernant la VBG. Chaque contexte et circonstance peuvent être différents, mais les États sont tenus de garantir les mêmes droits dans tous les cas. Par conséquent, il est important que les États développent des lois,

des politiques et des programmes qui répondent et s'adaptent aux contextes spécifiques dans lesquels les droits des jeunes personnes handicapées sont violés. Dans les chapitres suivants, les réponses de l'État à la violence et la promotion des DSSR par les États, seront présentées. Des études de

cas, notamment celles provenant de visites sur le terrain en Équateur, au Maroc, au Mozambique et en Espagne, mettront en évidence des pratiques étatiques positives mises en œuvre dans des contextes nationaux et locaux dont tous les États et acteurs non étatiques peuvent s'inspirer.

// CHAPITRE 3

**LES DROITS
DES JEUNES
HANDICAPÉS :
CADRES
NORMATIFS
INTERNATIONAUX
ET RÉGIONAUX**

// I. INTRODUCTION

Les normes internationales définissent les priorités et les responsabilités des États en matière de protection des droits de l'homme et offrent un guide sur la manière de concrétiser ces droits dans la pratique.³²⁴ Elles établissent des normes minimales par rapport auxquelles les États peuvent évaluer les progrès accomplis dans la réalisation des droits reconnus dans les conventions internationales et évaluer les domaines dans lesquels des mesures supplémentaires sont nécessaires. Le droit des traités établit la norme la plus élevée en matière de responsabilité de l'État à l'égard des droits de l'homme et oblige les États à prendre des mesures positives et à exercer une diligence raisonnable pour réaliser les droits auxquels ils se sont engagés.³²⁵ En vertu de la norme de diligence raisonnable, les États sont tenus non seulement d'adopter des lois et des politiques protégeant les droits, mais aussi de veiller à ce qu'ils fonctionnent efficacement dans la pratique et soient appliqués avec diligence.³²⁶ La norme de diligence raisonnable est expliquée plus en détail dans l'encadré de la page 114 ci-dessous.

Les normes qui reconnaissent et protègent les droits des jeunes handicapés sont fondées sur les principes énoncés dans presque tous les principaux traités internationaux relatifs aux droits de l'homme qui, collectivement, constituent un puissant cadre interdépendant pour l'action de l'État.³²⁷ Le système des traités relatifs aux droits de l'Homme est complémentaire et interdépendant, de nombreux droits étant reconnus et protégés dans plus d'un instrument, et soumis à la réglementation et au contrôle de plusieurs organes conventionnels et du Conseil des droits de l'Homme.³²⁸ Dans le même temps, les droits de l'homme sont reconnus comme interdépendants, de sorte que la réalisation d'un droit peut dépendre de la réalisation des autres.³²⁹ Pour les jeunes handicapés, la réalisation de leur droit à une vie pleine et satisfaisante dépend

du respect des droits garantis dans les traités axés sur la protection des droits des personnes handicapées, des enfants et des jeunes, des femmes et des filles, entre autres.

PRÉSENTATION DU CHAPITRE

Ce chapitre donne d'abord un bref aperçu des principaux cadres normatifs internationaux qui protègent les droits des jeunes handicapés dans trois domaines : (1) le droit à l'égalité et à la non-discrimination, (2) le droit connexe d'être à l'abri de la violence basée sur le genre (VBG) et les pratiques discriminatoires envers les jeunes femmes et les filles, et (3) le droit d'atteindre le niveau de santé sexuelle et reproductive (SSR) le plus élevé. Ces droits sont reconnus dans les termes et les directives de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), de la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE), de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEFD), le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), la Déclaration de Beijing et son Programme d'action, le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et l'Agenda 2030 pour le développement durable, et d'autres aux niveaux international et régional. Tout au long du chapitre, les mécanismes et les normes que les défenseurs et les parties prenantes peuvent utiliser pour s'assurer que les États respectent leurs obligations conventionnelles sont discutés.

// II. ASSURER L'ÉGALITÉ ET LA NON-DISCRIMINATION

Le droit international reconnaît depuis longtemps le droit de tous à vivre sa vie sans discrimination

L'APPROCHE DE LA COOPÉRATION POUR LE DÉVELOPPEMENT FONDÉE SUR LES DROITS DE L'HOMME - LA COMPRÉHENSION COMMUNE DES NATIONS UNIES

En 2003, l'Organisation des Nations Unies (ONU) a adopté une compréhension commune d'une approche de la coopération au développement fondée sur les droits de l'homme. La compréhension commune met l'accent sur ce qui suit :

- Tous les programmes de coopération au développement, les politiques et l'assistance technique devraient contribuer à la réalisation des droits de l'Homme tels qu'ils sont énoncés dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme (DUDH) et d'autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'Homme
- Les normes relatives aux droits de l'homme contenues dans la DUDH et d'autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et les principes qui en découlent guident toute la coopération et la programmation dans tous les secteurs et toutes les phases du processus de programmation.
- Les principes fondamentaux des droits de l'homme mis en évidence dans la compréhension commune comprennent :
- **Universalité et inaliénabilité.** Les droits de l'homme sont universels et inaliénables. Tout être humain partout dans le monde peut s'en prévaloir. Ils sont inhérents à la personne humaine qui ne peut les céder volontairement. Nul ne peut non plus priver quelqu'un de ces droits.
- **Indivisibilité.** Les droits de l'homme sont indivisibles. Qu'ils soient civils, culturels, économiques, politiques ou sociaux de par leur nature, tous sont inhérents à la dignité de chacun. Par conséquent, ils sont, en tant que droits, au même niveau, et *a priori*, ne peuvent être hiérarchisés.
- **Interdépendance et corrélation.** La réalisation d'un droit dépend souvent, en partie ou entièrement, de la réalisation d'autres droits.
- **Égalité et non-discrimination.** Tous les individus sont égaux en tant qu'êtres humains et de par leur dignité inhérente. Tous les êtres humains ont droit à leurs droits humains sans distinction de race, couleur, sexe, origine ethnique, âge, langue, religion, opinion politique ou autre, origine nationale ou sociale, handicap, propriété, naissance ou autre statut expliqué par les organes conventionnels des droits de l'homme.
- **Participation et Inclusion.** Toute personne et tous les peuples ont le droit de participer activement, librement et utilement au développement civil, économique, social, culturel et politique dans lequel les droits de l'homme et les libertés fondamentales peuvent être réalisés et d'y contribuer.
- **Responsabilité et État de droit** Les États et autres entités responsables sont garants de l'observation des droits de l'homme. À cet égard, il leur faut se soumettre aux normes et règles inhérentes aux instruments juridiques relatifs aux droits de l'homme. En cas de violation de ces règles, les personnes dont les intérêts ont été lésés ont droit à un recours effectif devant le tribunal compétent ou un autre arbitre conformément aux règles et procédures prévues par la loi.

et à être égal dans sa dignité et ses droits. Le respect universel des droits de l'Homme et des libertés fondamentales pour tous est inscrit dans la Charte des Nations Unies, et le principe de non-discrimination est affirmé dans la DUDH, le PIDCP (Préambule et art. 2, 3, 24 et 26), le PIDESC (Préambule et art. 2 et 3), et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (articles 2 et 5), *entre autres*.³³⁰ Bien que le handicap ne soit pas formellement reconnu comme base de discrimination dans ces premiers documents, les droits qu'ils reconnaissent s'étendent à tous, « sans distinction d'aucune sorte ». ³³¹ Les directives ultérieures des organes de suivi des traités et l'adoption de la CDPH en 2006 ont affirmé que les personnes handicapées ont droit aux mêmes droits et libertés fondamentales que leurs pairs non handicapés et que les États doivent prendre des mesures positives pour reconnaître et répondre aux besoins des personnes handicapées, y compris les jeunes handicapés.³³²

Les jeunes handicapés sont confrontés à de multiples formes de discrimination sur la base, au moins, de leur âge, de leur sexe et de leur handicap. Ils peuvent également être victimes de discrimination fondée sur la race, la religion, l'appartenance ethnique ou toute une série d'autres facteurs. Pour que les jeunes puissent jouir pleinement de leurs droits humains, il est essentiel de prendre en compte la manière dont la discrimination et les violations des droits de l'homme peuvent comporter des éléments spécifiques au handicap qui peuvent être exacerbés par l'âge ou le sexe, entre autres facteurs.³³³ En d'autres termes, l'action de l'État doit tenir compte du handicap, de l'âge, et du sexe pour aborder et éliminer complètement les obstacles à l'application des droits de l'Homme pour tous. La base normative de l'intégration des droits des jeunes handicapés est fondée sur la CDPH, la CDE et la CEFDF, comme présenté plus loin.

CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES³³⁴

Ratifiée par 175 partis, la CDPH comprend 33 articles de base couvrant tous les domaines de la vie, de la dignité inhérente à toutes les personnes handicapées à leur droit à l'inclusion dans tous les aspects de la vie sociale, politique et économique.

La CDPH adopte une approche fondée sur les droits qui met l'accent sur la garantie des droits humains des personnes handicapées. Elle souligne la discrimination intersectionnelle dont sont victimes les personnes handicapées, avec des articles consacrés aux droits des femmes et des jeunes handicapés, et demande aux États parties « d'assurer et de promouvoir la pleine réalisation de tous les droits de l'Homme et de toutes les libertés fondamentales pour toutes les personnes handicapées sans discrimination d'aucune sorte » (article 4).³³⁵

L'article 7 demande aux États parties de « prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la pleine jouissance par les enfants et les adolescents handicapés de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales », tandis que le préambule et les articles 3, 6, 8, 16 et 25 adoptent expressément une perspective de genre. La CDPH reconnaît en particulier à l'article 6 que « les femmes et les filles handicapées font l'objet de multiples discriminations » et exige des États qu'ils « prennent des mesures pour assurer la pleine et égale jouissance par les femmes et les filles de tous les droits humains et libertés fondamentales ». Elle stipule en outre que « les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour assurer le plein développement, la promotion et l'autonomisation des femmes, afin de leur garantir l'exercice et la jouissance des droits de l'homme et des libertés fondamentales énoncés dans la présente Convention. »



INTÉGRATION DES DROITS DES JEUNES HANDICAPÉS

La CDPH oblige les États parties à « prendre en compte la protection et la promotion des droits humains des personnes handicapées dans toutes les politiques et tous les programmes ». (Article 4 (1) (c)) Au niveau international, cela stipule que « la coopération internationale, y compris les programmes de développement international, soit inclusive et accessible aux personnes handicapées ». (Art.32 (1) (a)) La Convention impose donc le devoir d'intégrer les droits de l'homme des personnes handicapées à tous les niveaux du droit et de l'élaboration des politiques de l'État ;

L'intégration est « le processus d'évaluation des implications pour [les personnes handicapées] de toute action planifiée, y compris la législation, les politiques ou les programmes, dans tous les domaines et à tous les niveaux ». ³³⁶ Ceci requiert la pleine intégration des droits des personnes handicapées dans *toutes* les lois, politiques, tous les programmes et toutes les pratiques. Cela va au-delà de la simple mention des personnes handicapées ou de la limitation de la prise en compte des droits des personnes handicapées dans les politiques ou programmes spécifiques au handicap. ³³⁷ L'« approche duale » appelle les États à :

- a. Intégrer des mesures sensibles aux handicaps dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de toutes les politiques et de tous les programmes
- b. Fournir des initiatives spécifiques au handicap pour soutenir l'autonomisation des personnes handicapées. ³³⁸

Pour les groupes particulièrement marginalisés comme les jeunes handicapés, qui peuvent souffrir d'une discrimination croisée fondée sur l'âge et le sexe ou sur d'autres motifs, le combat contre la discrimination exige de reconnaître chaque motif d'identité sur lequel elle repose. En d'autres termes, les législateurs et les autres doivent prendre en compte les vulnérabilités uniques qui accompagnent l'enfance et le handicap, l'adolescence et le handicap, et le jeune âge adulte et le handicap. ³³⁹ L'Observation générale n° 20 du Comité des droits de l'enfant sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence, par exemple, souligne la vulnérabilité unique des adolescents handicapés à la discrimination et exhorte les États à prendre des mesures actives pour surmonter les obstacles spécifiques auxquels ces adolescents sont confrontés pour assurer leur pleine intégration dans la société.

Le Comité des droits des personnes handicapées a étendu la marginalisation en particulier des jeunes femmes et des filles à la discrimination et à l'étendue des obligations des États en vertu du traité. ³⁴⁰ Il a noté que la discrimination à l'égard des femmes et des filles handicapées peut prendre plusieurs

formes, notamment : (a) la discrimination directe, qui se produit lorsque les femmes et les filles handicapées sont traitées moins favorablement que leurs pairs non handicapés ou que les hommes et les garçons handicapés, (b) la discrimination indirecte, telle que des lois apparemment neutres

mises en œuvre de manière discriminatoire ou ayant un impact discriminatoire, c) la discrimination par association, telle que celle contre les mères d'enfants, y compris les adolescents handicapés, (d) le refus d'accommodement raisonnable, et e) la discrimination structurelle ou systémique. La discrimination structurelle sous la forme de stéréotypes néfastes sur le genre et le handicap peut exacerber la vulnérabilité des femmes à la violence et à la maltraitance et rendre plus difficile la dénonciation des plaintes ou l'obtention de la justice auprès des autorités policières et judiciaires.

Le Comité a souligné que les obligations des États parties de respecter, protéger et réaliser les droits fondamentaux des femmes et des filles handicapées leur imposent de faire preuve de toute la diligence voulue pour garantir que leurs droits ne soient pas violés par des acteurs étatiques ou des tiers et d'éviter toute forme de discrimination

à leur rencontre. Il a exigé que les États intègrent les femmes et les filles handicapées dans tous les plans d'action nationaux, politiques et stratégies concernant les femmes, les enfants, le handicap, l'égalité des sexes, la SSR, la prévention de la violence et l'accès à la justice, entre autres, et d'élaborer des politiques, programmes, dispositions et activités spécifiques ciblant spécifiquement les femmes et les filles handicapées.

Je suis une femme avec un handicap intellectuel. Je suis allé à l'école et à l'université ; Je suis autodéfenseur et formateur sur la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Je souhaite dire : « Trouvez votre rêve et réalisez-le dans votre communauté, car c'est l'endroit idéal pour vivre votre vie. »

, Mia Farah, Liban³⁴¹

COMPRENDRE LA DISCRIMINATION

Une décision rendue en 1997 par la Cour suprême du Canada donne des indications utiles sur la nature des obligations de l'État visant à assurer l'égalité des personnes handicapées. Robin Eldridge et John et Linda Warren étaient tous nés sourds. Tous les trois ont préféré communiquer par la langue des signes et ont reçu des services d'interprétation gratuits d'une organisation de la société civile locale (OSC) lorsqu'ils recevaient des services médicaux. En 1990, l'OSC, l'Institut occidental pour les sourds et malentendants, a mis fin aux services en raison d'un manque de financement. De ce fait, Mme Eldridge a été incapable de communiquer avec son médecin lors d'une visite subséquente, et les Warrens ont enduré la naissance de jumeaux sans avoir la capacité de comprendre pleinement ce que les médecins et les infirmières leur disaient. Tous les trois ont affirmé que l'incapacité du gouvernement à fournir des services d'interprétation médicale violait leurs droits constitutionnels à l'égalité et constituait une discrimination à leur rencontre. La Cour suprême du Canada a convenu que la communication efficace étant une composante nécessaire des services de santé, l'absence de services d'interprétation pour les personnes sourdes était discriminatoire parce qu'elle les empêchait d'avoir accès aux services de santé gouvernementaux de la même façon que leurs pairs sans handicap.³⁴² La décision a attiré l'attention sur les obstacles à l'accès des personnes handicapées aux soins de santé et a souligné le fait que les politiques qui ne discriminent pas explicitement, mais qui traitent les personnes handicapées de la même manière que leurs pairs sans handicap risquent de provoquer ou de renforcer des traitements discriminatoires.³⁴³

CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

Un siècle qui a commencé avec des enfants qui n'ont pratiquement pas de droits se termine avec des enfants ayant l'instrument juridique le plus puissant qui non seulement reconnaît, mais protège leurs droits humains.

, Carol Bellamy, ancien directeur exécutif de l'UNICEF

La CDE est l'un des traités sur les droits de l'homme les plus largement ratifiés de l'histoire, avec 196 États parties.³⁴⁴ Le CDE adopte une « approche des droits de l'enfant »³⁴⁵ fondée sur quatre principes fondamentaux :

Une approche fondée sur les droits de l'enfant est une approche qui favorise la réalisation des droits de tous les enfants. . en développant la capacité des détenteurs d'obligations à respecter leurs obligations de respecter, protéger et réaliser leurs droits (article 4) et la capacité des titulaires de droits à revendiquer leurs droits, guidés en tout temps par le droit à la non-discrimination (article 2), la considération de l'intérêt supérieur de l'enfant (article 3), la vie, la survie et le développement (article 6) et le respect des opinions de l'enfant (article 12).³⁴⁶

La CDE a été la première convention des droits de l'homme à interdire explicitement la discrimination fondée sur le handicap et, avant la CDPH, elle était unique pour sa reconnaissance expresse des droits humains des enfants handicapés. Non seulement l'article 2 interdit la discrimination à l'égard des enfants handicapés, mais l'article 23 reconnaît en outre que : « Un enfant mentalement ou physiquement handicapé doit mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent la dignité, favorisent l'autonomie et

facilitent la participation active de l'enfant dans la communauté. ».

Dans ses orientations sur l'article 23, le Comité a souligné l'importance pour les États parties d'inclure le handicap dans les dispositions interdisant la discrimination dans les lois et politiques nationales et d'élaborer des politiques efficaces tenant compte des besoins et des droits des enfants handicapés dans le cadre de la Convention.³⁴⁷

Le Comité a également publié des directives appelant à une attention particulière portée sur les adolescents : « Promouvoir la réalisation de leurs droits, renforcer leur contribution potentielle à une transformation sociale positive et progressive et surmonter les défis auxquels ils sont confrontés dans la transition de l'enfance à l'âge adulte dans un monde de plus en plus mondialisé et complexe. ».³⁴⁸

Notant que « l'adolescence elle-même peut être une source de discrimination », le Comité a exhorté les États à accorder une attention particulière à la garantie du respect des droits des adolescents.³⁴⁹ Il a souligné la vulnérabilité accrue des adolescents handicapés à la discrimination et à l'isolement social et a appelé les États à « garantir le respect égal des droits des adolescents handicapés, à promouvoir leur pleine intégration et à faciliter les transitions efficaces de l'adolescence à l'âge adulte ».³⁵⁰

CONVENTION POUR L'ÉLIMINATION DE TOUTES LES FORMES DE DISCRIMINATION À L'ÉGARD DES FEMMES

La CEFDF, adoptée en 1979 par l'Assemblée générale des Nations Unies, interdit la discrimination contre les femmes et les filles dans tous les domaines de la vie, y compris les espaces politiques, sociaux, économiques et culturels.³⁵¹ Bien que le traité ne

mentionne pas spécifiquement les droits des femmes ou des filles handicapées, la Recommandation générale n° 18 du Comité CEFDF appelle les États parties à : « fournir des informations sur les femmes handicapées dans leurs rapports périodiques et sur les mesures prises pour faire face à leur situation particulière, y compris des mesures spéciales garantissant un accès égal à l'éducation et à l'emploi, aux services de santé et à la sécurité sociale ; dans tous les domaines de la vie sociale et culturelle ».

Le mouvement des femmes doit être intersectionnel sinon cela exclut un groupe important. Nous sommes aussi des femmes. Nous avons les compétences, le potentiel et nous voulons devenir plus visibles. Travaillons ensemble, unissons-nous, soyons partenaires. Nous voulons avoir un siège à la table où les décisions sont prises. Je veux que les femmes handicapées occupent des postes de direction, même dans le mouvement général des femmes aux niveaux mondial, régional et local.

, Irene Ojiugo Patrick, Ogbogu, Nigeria³⁵²

Le Comité de la CEFDF a souligné que les femmes handicapées peuvent faire l'objet d'une double discrimination fondée sur le sexe et le handicap et qu'elles doivent être considérées comme un groupe risquant d'être confronté à la discrimination et à l'exclusion.

Depuis la publication de cette recommandation, le Comité de la CEFDF continue de reconnaître que le handicap est l'un des nombreux facteurs pouvant contribuer à la discrimination à l'égard des femmes et influencer la discrimination à l'égard des femmes.³⁵³

DÉCLARATIONS, RÉOLUTIONS ET NORMES INTERNATIONALES

Bon nombre des droits de l'homme reconnus dans les conventions examinées ici, y compris les droits fondamentaux à l'égalité et à la non-discrimination, sont fondés et soutenus par diverses déclarations, résolutions et autres documents, ainsi que par les titulaires de mandat au titre des procédures spéciales sous le Conseil des droits de l'homme. Adoptés par consensus par la quasi-totalité des gouvernements du monde et entérinés par les pratiques d'établissement de rapports, tous ces instruments contribuent à l'élaboration d'un cadre global permettant de réaliser les droits de l'homme. Par exemple, la Déclaration de Vienne et son Programme d'action (1993) étaient essentiels à la reconnaissance des droits des femmes, y compris le droit à des soins de santé accessibles et adéquats, aux services de planification familiale, à l'éducation sexuelle, plaçant l'élimination de la violence contre les femmes et les filles (VCFF) en priorité pour l'agenda international. En ce qui concerne les droits des personnes handicapées, le Programme d'action mondial pour les personnes handicapées de 1982 et l'adoption ultérieure des Règles pour l'égalisation des chances des handicapés (1993) ont jeté les bases du développement éventuel de la CDPH. Le travail du Rapporteur spécial des NU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences et les droits des personnes handicapées et le Représentant spécial du Secrétaire général sur la violence contre les enfants ont permis de mieux comprendre les obligations des États en vertu du droit international des droits de l'Homme. Ceux-ci ne représentent que quelques exemples des nombreux moyens par lesquels les normes internationales articulant les droits des jeunes handicapés ont été promues, interprétées et développées.

Pour les femmes handicapées, l'inclusion du handicap et l'égalité des sexes ne peuvent être réalisées sans aborder leurs droits à la santé sexuelle et reproductive. . . . Les filles et les jeunes femmes handicapées sont capables de développer leur propre identité et de réaliser leur plein potentiel lorsque leurs besoins et leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive sont satisfaits. Cela contribue à assurer leur santé et leur bien-être, à réduire les écarts existants dans leur accès à l'éducation et à l'emploi et à réaliser leur autonomisation.

, Rapporteur spécial sur les Droits des personnes handicapées³⁵⁴

La section suivante offre un bref aperçu de trois déclarations importantes de priorités mondiales, le Programme d'action de la CIPD, la Déclaration de Beijing et son Programme d'action, adoptés par consensus lors de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes en 1995, et le Programme de développement durable à l'horizon 2030, adopté à l'unanimité par l'Assemblée générale des N.U. en 2015, qui fixe des objectifs ambitieux pour la réalisation d'un avenir inclusif.

Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement

Le Programme d'action adopté par 179 pays lors de la CIPD de 1994 représente un jalon dans la reconnaissance par les gouvernements de la SSR en tant que droit de l'Homme. Comme la CDPH, la CDE et la CEFDF, la CIPD souligne le droit de tous à être libres et égaux « en dignité et en droits », sans distinction d'aucune sorte, et reconnaît en outre le droit de tous « à la vie, à la liberté et la sécurité de la personne » (Principe 1). Le Programme d'action identifie la promotion de l'égalité des sexes et l'élimination de la violence contre les femmes comme les « pierres angulaires » des programmes internationaux de développement et reconnaît les droits humains des femmes et des filles comme « partie[s] inaliénable[s], intégrale[s] et indivisible[s]

des droits de l'homme universels » (Principe 4). Il affirme également le droit de tous au « niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale » et invite les États à garantir l'accès universel aux services de santé, sur un pied d'égalité, pour tous les hommes et les femmes, y compris les services de santé reproductive, de planification familiale et les services de santé sexuelle (Principe 8).

Le Programme d'action répond directement aux besoins des personnes handicapées et appelle les gouvernements à :

- Considérer les besoins des personnes handicapées en termes de dimensions éthiques et de droits de l'homme et reconnaître les besoins concernant, *entre autres*, la santé reproductive, y compris la planification familiale et la santé sexuelle, le VIH / SIDA, l'information, l'éducation et la communication ;
- Éliminer les formes spécifiques de discrimination auxquelles les personnes handicapées peuvent être confrontées en ce qui concerne les droits en matière de procréation, la formation du ménage et de la famille et les migrations internationales ;
- Développer l'infrastructure pour répondre aux besoins des personnes handicapées, en particulier en ce qui concerne leur éducation, leur formation et leur réadaptation ;
- Promouvoir des mécanismes garantissant la réalisation des droits des personnes handicapées et renforcer leurs capacités d'intégration ; et
- Mettre en œuvre et promouvoir un système de suivi et d'intégration sociale et économique des personnes handicapées.³⁵⁵

Il reconnaît également les besoins uniques des jeunes et exhorte les gouvernements à les impliquer dans : « la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'activités de développement ayant un impact direct sur leur vie quotidienne, [y

compris] activités et services concernant la santé reproductive et sexuelle, y compris la prévention des grossesses précoces, l'éducation sexuelle et la prévention du VIH / sida et d'autres maladies sexuellement transmissibles. ».³⁵⁶

Le Programme d'action note que l'accès aux services de SSR « doit être assuré conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant ».

Le Programme d'action de la CIPD a articulé une compréhension du contenu des droits en matière de procréation qui a éclairé la compréhension des DSSR adoptés par le Comité du PIDESC (voir la Recommandation générale N° 22), la CDE et la CDPH. Les dispositions relatives à la santé et aux droits sexuels et reproductifs (DSSR) seront discutées plus en détail ci-dessous.

La Déclaration de Beijing et son Programme d'action

La Déclaration et le Programme d'action de Beijing, adoptés à la quatrième Conférence mondiale sur les femmes en 1995, reconnaissent de la même manière les différentes formes de discrimination que peuvent subir les femmes et les filles handicapées en raison de leur sexe et de leur handicap. La Déclaration prend « note de la diversité des femmes et de leurs rôles et circonstances », tout en reconnaissant la nécessité de répondre à « la voix de toutes les femmes partout dans le monde » (Par. 3). Les gouvernements participants ont affirmé leur engagement envers « l'égalité des droits et la dignité inhérente aux femmes et aux hommes » et à assurer la pleine mise en œuvre des droits fondamentaux des femmes et des filles (Paragraphes 8 et 9) L'engagement comprenait le fait « d'intensifier les efforts pour garantir l'égalité de jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales pour toutes les femmes et les filles confrontées à de multiples obstacles à leur autonomisation et à leur avancement en raison de facteurs tels que leur âge ou handicap » (Par. 32).

La Plate-forme d'action, qui fournit un cadre global pour agir sur les droits reconnus dans la CEFDF, a engagé les gouvernements à un certain nombre de mesures pour réduire la discrimination contre les femmes et les filles handicapées et promouvoir leur autonomisation et inclusion sociale. Il s'agit notamment de garantir un accès égal à l'éducation et des soins de santé appropriés, abordables et de qualité ; de réduire l'analphabétisme chez les femmes handicapées ; et de promouvoir la recherche et le partage d'informations sur la santé des femmes, entre autres choses.

Les objectifs de développement durable et le Programme de développement durable à l'horizon 2030

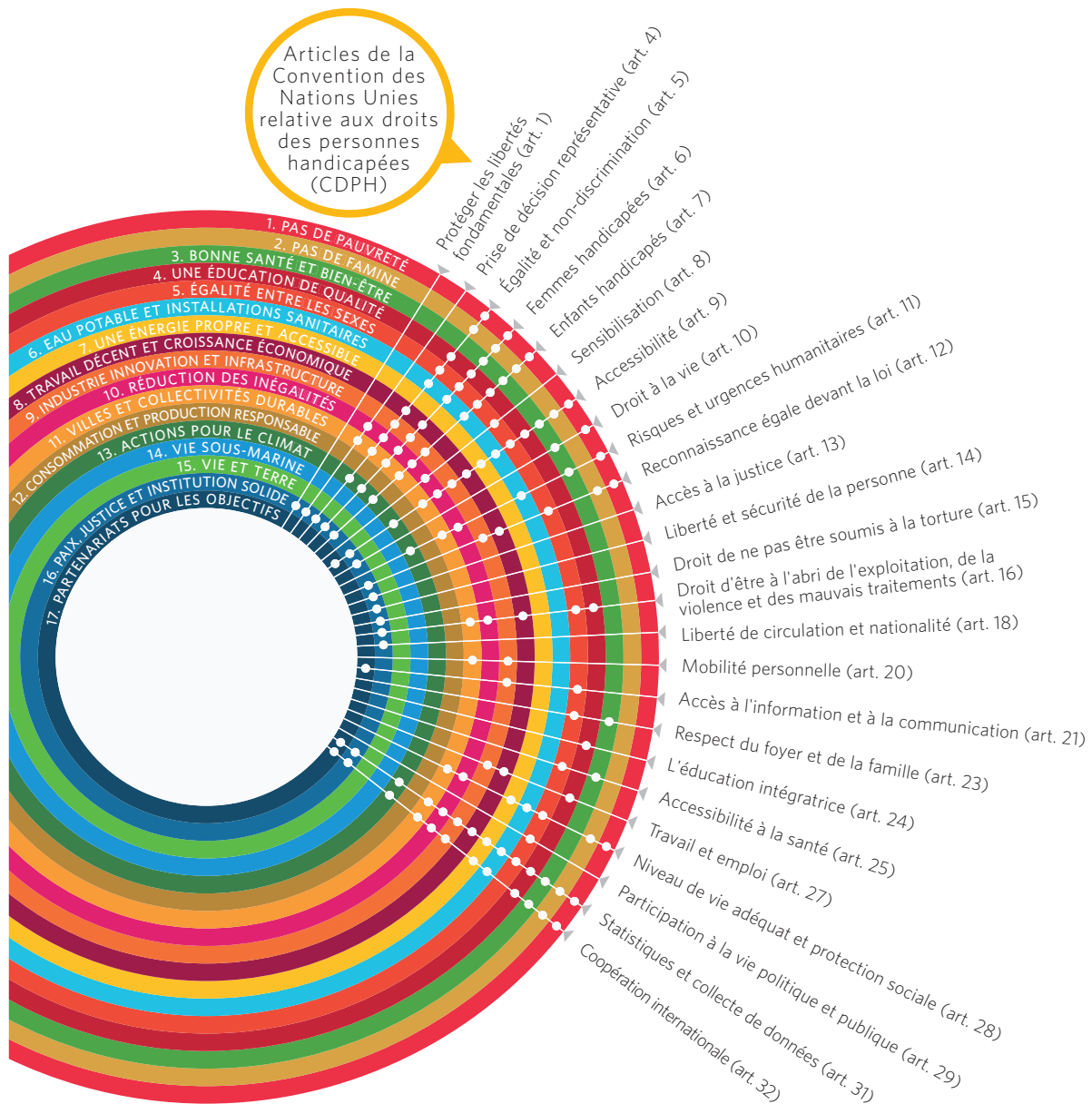
Le Rapport mondial sur le handicap de 2011 a conclu qu'une personne sur cinq parmi les plus pauvres du monde souffre d'un handicap. L'engagement de la communauté mondiale en faveur d'un programme de transformation pour mettre fin à la pauvreté peut ainsi permettre à des millions de personnes handicapées, y compris les jeunes handicapés, de sortir de la pauvreté et leur permettre de concrétiser les droits énoncés plus haut.

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 a été adopté comme un principe essentiel selon lequel la communauté mondiale ne doit « laisser personne de côté ». Les États membres se sont engagés à prendre des « mesures audacieuses et transformatrices » pour réaliser les droits de l'homme pour tous, y compris les plus marginalisés. Sur les 17 objectifs de développement durable (ODD) convenus par les 193 États membres de l'ONU en août 2015, cinq objectifs comprennent des objectifs qui font explicitement référence aux personnes handicapées. En outre, six autres cibles parmi les 17 objectifs se rapportent aux personnes en situation de vulnérabilité, qui incluent les personnes handicapées, et 12 indicateurs mesurent les progrès avec une référence expresse aux personnes handicapées.³⁵⁷ La cible 17.18 de l'ODD 17 appelle également les États à produire des données de haute qualité ventilées par handicap,

entre autres, pour mesurer les progrès réalisés dans le cadre des objectifs. Tout cela devrait être lu en plus des exigences de la CDPH, la CDE et la CEFDF décrites ci-dessus.

Le graphique ci-dessous, créé par CBM International, met en évidence l'interdépendance entre les ODD et la CDPH :

LIENS ENTRE LES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE ET LES ARTICLES DE LA CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES



Remarque : Une version textuelle de ce graphique est disponible en [annexe](#).

Source : CBM International (2016). *Graphique CDPH et VBG*. Extrait de <https://www.cbm.org/New-resources-on-Agenda-2030-and-the-CRPD-501728.php>.

CIBLES ET OBJECTIFS PERTINENTS DU DÉVELOPPEMENT DURABLE :

<p>OBJECTIF 3 : ASSURER UNE QUALITÉ DE VIE Saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges.</p>	<p>Objectifs pertinents :</p> <p>3.1 D'ici à 2030, ramener le taux de mortalité maternelle mondial à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes.</p> <p>3.7 D'ici à 2030, assurer un accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive, y compris en termes de planification familiale, d'informations et d'éducation et l'intégration de la santé reproductive dans les stratégies et programmes nationaux.</p>
<p>OBJECTIF 4 : ASSURER UNE ÉDUCATION INCLUSIVE ET DE QUALITÉ POUR TOUS ET PROMOUVOIR L'APPRENTISSAGE TOUT AU LONG DE LA VIE</p>	<p>Objectifs pertinents :</p> <p>4.5 D'ici à 2030, éliminer les inégalités entre les sexes dans le domaine de l'éducation et garantir un accès égal à tous les niveaux d'éducation et de formation professionnelle pour les populations vulnérables, y compris les personnes handicapées, les peuples autochtones et les enfants en situation de vulnérabilité.</p> <p>4.A Construire et moderniser les établissements d'éducation qui tiennent compte des enfants, des handicaps et des différences de sexe et qui offrent des environnements d'apprentissage sûrs, non-violents, inclusifs et efficaces pour tous.</p>
<p>OBJECTIF 5 : PARVENIR À L'ÉGALITÉ DES SEXES ET ÉMANCIPER TOUTES LES FEMMES ET LES JEUNES FILLES</p>	<p>5.1 Mettre un terme à toutes les formes de discrimination contre toutes les femmes et les jeunes, partout dans le monde.</p> <p>5.2 Éliminer toutes les formes de violence contre les femmes et les jeunes filles dans les sphères publiques et privées, y compris le trafic d'êtres humains et l'exploitation sexuelle et les autres formes d'exploitation.</p> <p>5.3 Éliminer toutes les pratiques néfastes, telles que les mariages précoces et forcés, et les mutilations génitales féminines.</p> <p>5.6 Assurer l'accès universel à la santé et aux droits sexuels et reproductifs</p>
<p>OBJECTIF 8 : PROMOUVOIR UNE CROISSANCE ÉCONOMIQUE INCLUSIVE ET DURABLE, L'EMPLOI ET UN TRAVAIL DÉCENT POUR TOUS</p>	<p>Objectif pertinent :</p> <p>8.5 D'ici à 2030, atteindre un plein emploi productif et un travail décent pour tous les hommes et toutes les femmes, y compris pour les jeunes et les personnes handicapées, et un salaire égal pour un travail de valeur égale.</p>
<p>OBJECTIF 10 : RÉDUIRE LES INÉGALITÉS AU SEIN ET ENTRE LES PAYS</p>	<p>Objectif pertinent :</p> <p>10.2 D'ici à 2030, responsabiliser et promouvoir l'inclusion sociale, économique et politique de tous, indépendamment de l'âge, du sexe, du handicap, de la race, de l'ethnie, de l'origine, de la religion ou du statut économique ou autre</p>
<p>OBJECTIF 16 : PROMOUVOIR DES SOCIÉTÉS PACIFIQUES ET INCLUSIVES POUR UN DÉVELOPPEMENT DURABLE, ASSURER L'ACCÈS À LA JUSTICE POUR TOUS ET DÉVELOPPER DES INSTITUTIONS EFFICACES, RESPONSABLES ET INCLUSIVES À TOUTS LES NIVEAUX</p>	<p>Objectifs pertinents :</p> <p>16.1 Réduire de manière significative toutes les formes de violence et les taux de mortalité connexes partout dans le monde.</p> <p>16.2 Mettre fin aux abus, à l'exploitation, à la traite et à toutes les formes de violence et de torture contre les enfants.</p> <p>16.3 Promouvoir l'État de droit aux niveaux national et international et donner à tous accès à la justice dans des conditions d'égalité.</p> <p>16.9 D'ici à 2030, fournir une identité légale pour tous, y compris l'enregistrement des naissances.³⁵⁸</p> <p>16.B Promouvoir et appliquer des lois et des politiques non discriminatoires pour le développement durable.</p>
<p>OBJECTIF 17 : REVITALISER LE PARTENARIAT MONDIAL POUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE</p>	<p>Objectif pertinent :</p> <p>17.18 D'ici à 2020, améliorer le soutien au renforcement des capacités des pays en développement, notamment des pays les moins avancés et des petits États insulaires en développement, afin d'accroître considérablement la disponibilité de données fiables, précises et ventilées par sexe, âge, race, ethnie, statut migratoire, handicap, situation géographique et autres caractéristiques pertinentes dans les contextes nationaux</p>

// III. PRÉVENIR LA VIOLENCE ET METTRE FIN AUX PRATIQUES NÉFASTES

La VBG est une forme extrême de discrimination. Elle comprend de multiples formes de discrimination, telles que les abus économiques, psychologiques et sociaux, en plus des abus physiques, ainsi que des pratiques néfastes qui empêchent les jeunes femmes et les filles d'exprimer pleinement leurs droits humains et leur dignité. Les pratiques néfastes telles que le mariage précoce et forcé, les mutilations génitales féminines et l'avortement forcé ou contraint et la contraception sont toutes des formes de violence qui trouvent leurs racines dans les stéréotypes de genre et les rapports de force inégaux entre hommes et femmes.³⁵⁹

Les jeunes personnes handicapées sont presque quatre fois plus susceptibles que leurs pairs non handicapés d'être victimes d'abus, les jeunes ayant une déficience intellectuelle, en particulier les filles, étant les plus exposés.³⁶⁰

Le droit international garantit le droit de vivre sans violence pour toutes les personnes sans discrimination.³⁶¹ Non seulement plusieurs conventions interdisent la VBG,³⁶² mais aussi des déclarations politiques adoptées par les États membres comme la Déclaration de 1993 sur l'élimination de la violence contre les femmes, la Déclaration de Beijing et son Programme d'action de 1995, la résolution 1325 du Conseil de sécurité des Nations Unies adoptée en 2000, et le Programme de développement durable à l'horizon 2030, adopté en 2015, appelle tous à la fin de la VBG. La 57e session de la Commission de la condition de la femme en 2013 s'est conclue par un accord historique selon lequel les États devaient prendre des mesures urgentes pour répondre à la violence contre les femmes. En effet, la reconnaissance que la VBG est une violation des droits de l'homme de ses victimes est devenue si largement acceptée qu'elle est devenue un principe du droit international coutumier.³⁶³

Comme d'autres formes de discrimination, le handicap, l'âge et le sexe sont tous des facteurs qui peuvent accroître la vulnérabilité à la violence, affecter la manière dont la violence est vécue et affecter la capacité des victimes de violence à réagir. Dans le cas des jeunes femmes et des filles handicapées, par exemple, le Conseil des droits de l'homme a noté à quel point la discrimination croisée à laquelle elles sont confrontées les expose à un risque accru de violence :

La double discrimination imprègne tous les aspects de leur vie. Comparées aux hommes handicapés, les femmes handicapées sont plus susceptibles de connaître la pauvreté et l'isolement, et ont tendance à avoir des salaires plus bas et à être moins représentées sur le marché du travail. En conséquence, elles sont aussi plus susceptibles d'être victimes de violence et / ou moins aptes à échapper au cycle de la violence.³⁶⁴

Les jeunes personnes handicapées sont particulièrement exposées à la violence. Elles sont presque quatre fois plus susceptibles que leurs pairs non handicapés d'être victimes d'abus, les jeunes ayant une déficience intellectuelle, en particulier les filles, étant les plus exposés.³⁶⁵ La CDPH, la CDE et la CEFDF s'attaquent à ces intersections par des dispositions expresses interdisant la violence et les abus contre toutes les personnes handicapées, les enfants et les adolescents, ainsi que les femmes et les filles handicapées.

Interdictions sur la violence dans les conventions internationales

La CDPH interdit la violence et les abus et les traitements inhumains et dégradants contre toutes les personnes handicapées (art. 15 et 16). Reconnaisant la vulnérabilité des jeunes et la nature sexospécifique de la violence dans de nombreux cas, la CDPH oblige les États à prendre en compte l'âge et le sexe pour prévenir et répondre à la violence et les obliger à garantir que les services de protection,

FAIRE PARTICIPER LES JEUNES HOMMES ET LES GARÇONS HANDICAPÉS À L'ACTION CONTRE LA VIOLENCE

Les hommes et les garçons sont une partie essentielle d'une réponse globale à la VBG. Le Programme d'action de la CIPD a souligné que : « Des changements dans les connaissances, les attitudes et les comportements des hommes et des femmes sont des conditions nécessaires à la réalisation du partenariat harmonieux des hommes et des femmes. Dans la plupart des sociétés, les hommes exercent un pouvoir prépondérant dans presque toutes les sphères de la vie, allant des décisions personnelles concernant la taille des familles aux décisions politiques et de programme prises à tous les niveaux de gouvernement. Il est essentiel d'améliorer la communication entre les hommes et les femmes sur les questions de sexualité et de santé reproductive, et la compréhension de leurs responsabilités communes, afin que les hommes et les femmes soient des partenaires égaux dans la vie publique et privée. ».³⁶⁶

Globalement, les faits montrent que la majorité des violences conjugales et sexuelles sont perpétrées par des hommes contre des femmes et des filles et que cette violence est le plus souvent associée à des notions traditionnelles de masculinité.³⁶⁷ Les programmes qui engagent les hommes et les garçons dans la prévention de la violence et qui mettent l'accent sur les normes et les attentes liées au genre, en particulier celles qui concernent la masculinité, conduisent à des changements d'attitudes et de comportements.³⁶⁸

Ces programmes doivent être disponibles et rendus accessibles aux jeunes hommes et garçons handicapés sur un pied d'égalité avec leurs pairs non handicapés afin de garantir que les membres du groupe possèdent les connaissances et les outils dont ils ont besoin pour lutter contre la violence et participer à des actions préventives. L'inclusion permet également aux hommes et aux garçons handicapés d'être exposés à des programmes qui les aident à défier les notions néfastes de la masculinité d'une manière qui peut également leur être bénéfique.

de rétablissement et de réadaptation sont tous adaptés au genre et à l'âge. En particulier, les États doivent mettre en place une « . législation et des politiques axées sur l'enfant pour faire en sorte que les cas d'exploitation, de violence et d'abus contre les personnes handicapées soient identifiés, fassent l'objet d'une enquête et, le cas échéant, soient poursuivis »(article 16(5)).

La CDE reconnaît également la vulnérabilité des enfants à la violence et, à l'instar de la CDPH, appelle les États parties à « prendre toutes les

mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence physique ou mentale. . . y compris l'abus sexuel » en étant sous la garde de toute autre personne (article 19). Dans son Observation générale N° 13, le Comité a souligné que les États doivent reconnaître les dimensions sexospécifiques de la violence et les différents risques auxquels sont confrontés les filles et les garçons dans divers contextes et doivent en tenir compte lors de l'élaboration des politiques.

Bien que la CEFDF ne traite pas directement de la violence contre les femmes et les filles dans la convention elle-même, le Comité a pris position depuis plusieurs décennies sur le fait que la VBG est une violation de l'interdiction de la discrimination faite aux femmes et aux filles par la CEFDF. Les États relevant du Comité ont accepté cette constatation et adapté leurs propres pratiques en conséquence. Les Recommandations générales 12 et 19 exhortent les États à inclure des informations sur les mesures prises pour éliminer la violence contre les femmes, et la Recommandation générale 19 réitère la conclusion du Comité selon laquelle la VBG est une forme de discrimination au sens de l'article 1 de la Convention. Les États parties sont donc tenus de « prendre des mesures appropriées et efficaces » pour prévenir la VBG par des acteurs publics et / ou privés.

Dans une mise à jour de la Recommandation générale 19 de 2017, le Comité a noté que tandis que la plupart des États ont adopté une législation pour lutter contre la VBG, des réductions des dépenses publiques, une réduction des espaces démocratiques et une érosion de l'État de droit ont permis l'omniprésence continue de la VBG ainsi qu'une culture d'impunité pour ses auteurs.³⁶⁹ Reconnaissant que la VBG enfreint le principe de non-discrimination au cœur de la CEFDF, le Comité a conclu que les États ont l'obligation immédiate, conformément à la Convention, de poursuivre par tous les moyens appropriés l'élimination de la VBG. Les actions spécifiques identifiées par le Comité pour satisfaire à la Convention comprennent :

- Adopter une législation interdisant toutes les formes de VBG et harmoniser les législations nationales, les systèmes religieux, autochtones et coutumiers avec la Convention ;
- Concevoir des politiques publiques ciblées, avec un soutien budgétaire et des mécanismes de suivi adéquats ;

- Établir et financer des tribunaux nationaux compétents ;
- Fournir des services accessibles, abordables et adéquats pour protéger les femmes et les filles contre la violence ; et
- Veiller à ce que toutes les procédures judiciaires concernant les plaintes de VBG soient exemptes de stéréotypes sexistes et de discrimination et appliquent strictement les lois pénales pertinentes.

La recommandation du Comité a mis en lumière certains domaines de chevauchement entre la VBG et les DSSR, tels que l'avortement forcé ou contraint ou la stérilisation, le mariage précoce et le mariage des enfants, et les mutilations génitales féminines. Ces questions seront abordées dans la section suivante sur les DSSR.

La Déclaration et le Programme d'action de Beijing ont également reconnu que la violence à l'égard des femmes les empêchait de jouir pleinement de leurs droits et que certains groupes de femmes, notamment les femmes handicapées, étaient plus susceptibles de devenir la cible de violences. Pour contrer cette menace, la Plateforme engage les gouvernements à « prendre des mesures spéciales pour éliminer la violence à l'égard des femmes, en particulier celles qui se trouvent dans une situation de vulnérabilité » (Par. 126(d)). Il leur impose également de veiller à ce que les femmes handicapées aient accès à l'information concernant la prévention et la réponse à la violence et que des services appropriés soient mis à la disposition des victimes de la violence. Les informations sur leurs droits doivent être mises à disposition dans des formats accessibles aux femmes souffrant de handicaps physiques et intellectuels (Par. 233[b]).

La Plateforme prévoit des dispositions spéciales pour les petites filles, exigeant que les États

devraient : « faciliter l'offre égale de services et de dispositifs appropriés aux filles handicapées et fournir à leurs familles des services de soutien connexes, selon le cas ».

Il appelle également les États à éradiquer la violence contre toutes les filles, y compris les sévices sexuels, et à promouvoir la formation des prestataires de services et d'autres personnes en matière de sensibilisation au genre pour soutenir les filles victimes de violence (Par. 283[b]).

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 fait également de l'éradication de la VBG une priorité de l'action de l'État. Les objectifs du PDD 5, réaliser l'égalité des sexes et autonomiser les femmes et les filles, appellent l'État à mettre fin à toutes les formes de discrimination contre les femmes et les filles, notamment l'élimination de la violence et des pratiques néfastes comme le mariage précoce et les mutilations génitales féminines.³⁷⁰

// IV. OBTENIR LES DROITS À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Les DSSR sont abordés dans plusieurs instruments : c'est une partie essentielle du droit à la santé reconnu dans le PIDESC (article 12) et dans la CEFDF (article 12), la CDE (art. 17, 23-25 et 27), et la CDPH (art. 23 et 25). Le PIDESC reconnaît par exemple le droit de toute personne à jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre, droit qui comprend « le droit de contrôler sa santé et son corps, y compris la liberté sexuelle et reproductive, et le droit d'être libre de toute ingérence, comme le droit de ne pas être soumis à la torture, un traitement médical non consensuel et l'expérimentation ».³⁷¹ Ces droits s'étendent à toutes les personnes handicapées,

qui ont également le droit de ne pas subir de discrimination dans les services de santé.³⁷²

La CDE, comme le PIDESC, garantit à tous les enfants le droit de jouir du meilleur état de santé possible (article 24). Dans son Observation générale N° 20, le Comité a appelé les États parties à adopter des politiques globales de SSR adaptées aux genres et à la sexualité pour les adolescents, et a affirmé que : « Tous les adolescents doivent avoir accès à des services, à des informations et à une éducation gratuits, confidentiels, adaptés aux adolescents et non-discriminatoires, . y compris sur la planification familiale, la contraception, dont la contraception d'urgence, la prévention, les soins et le traitement des infections sexuellement transmissibles, des conseils, les soins pré-conception, les services de santé maternelle et l'hygiène menstruelle. ».³⁷³

Le Comité a notamment souligné que les adolescents handicapés se voient refuser l'accès à des informations et à des services de SSR et peuvent être soumis à une stérilisation ou une contraception forcée en violation directe des droits que leur reconnaît la Convention. L'une des conséquences de cette incapacité à fournir des informations adéquates est la sensibilité accrue des adolescents handicapés à l'infection par le VIH et le SIDA.³⁷⁴ Le Comité a appelé les États à « garantir le respect égal des droits des adolescents handicapés, à promouvoir leur pleine intégration et à faciliter les transitions efficaces de l'adolescence à l'âge adulte ».

La CDPH est la première convention des droits de l'homme à reconnaître explicitement l'importance de la SSR pour les personnes handicapées, en notant que : « Les États parties reconnaissent que les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour assurer l'accès des personnes handicapées aux services de

santé sensibles au genre, y compris la réadaptation liée à la santé. En particulier, les États parties : a) Fournissent aux personnes handicapées la même gamme, qualité et niveau de soins et de

programmes gratuits ou abordables que ceux fournis à d'autres personnes, notamment dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et des programmes de santé publique.³⁷⁵



DÉFINITIONS PRINCIPALES DU PROGRAMME D'ACTION DE LA CIPD

Les compréhensions des DSSR reconnus dans le Programme d'action de la CIPD ont éclairé les interprétations adoptées dans les instruments et orientations ultérieurs relatifs aux droits de l'Homme. Les définitions clés sont les suivantes :

Santé reproductive

[Un] état de complet bien-être physique, mental et social et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité, en tout ce qui concerne le système reproducteur et ses fonctions et processus. La santé reproductive implique donc que les gens puissent avoir une vie sexuelle satisfaisante et sûre et qu'ils ont la capacité de se reproduire et la liberté de décider si, quand et à quelle fréquence. Implicite dans cette dernière condition est le droit des hommes et des femmes à être informés et avoir accès à des méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix pour la régulation de la fertilité qui ne sont pas contre la loi, et le droit d'accès à des services de soins de santé appropriés qui permettront aux femmes de traverser la grossesse et l'accouchement en toute sécurité et qui offrent aux couples les meilleures chances d'avoir un nourrisson en bonne santé.

Soins de santé reproductive

[L]a constellation de méthodes, de techniques et de services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de reproduction en prévenant et en résolvant les problèmes de santé reproductive. Cela comprend également la santé sexuelle, dont le but est l'amélioration de la vie et des relations personnelles, et non pas simplement le conseil et les soins liés à la reproduction et aux maladies sexuellement transmissibles.

Droits reproductifs

Repose sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et individus de décider librement et de façon responsable du nombre, de l'intervalle et du moment pour avoir leurs enfants et d'avoir l'information et les moyens de le faire, et le droit d'atteindre les plus hauts standards de la SSR. Il comprend également leur droit de prendre des décisions en matière de santé reproductive sans discrimination, coercition et violence, telles qu'exprimées dans les documents relatifs aux droits de l'homme.

DROITS REPRODUCTIFS DES JEUNES HOMMES ET DES GARÇONS

Une grande partie de l'attention portée aux droits reproductifs dans le discours international sur les droits de l'homme a porté sur les droits des femmes et des filles. Le droit des femmes et des filles à contrôler leur fécondité, à recevoir des soins de santé reproductive appropriés, accessibles et de qualité, y compris des soins prénatals et postnatals, et à prendre des décisions sur leur vie sexuelle et reproductive, entre autres, sont des droits humains essentiels. Mais les hommes et les garçons ont également droit aux droits et à la santé en matière de procréation et sont des partenaires importants dans la réalisation de la SSR des femmes et des filles.

Les hommes ont un intérêt dans les droits reproductifs à travers leurs multiples rôles de partenaires sexuels, de maris, de pères, de membres de la famille et du ménage, de leaders communautaires et de gardiens de l'information et des services de santé.³⁷⁶

Les jeunes hommes et garçons handicapés ont les mêmes droits et besoins liés à leur SSR que leurs pairs non handicapés, mais ont souvent moins accès à aux informations concernant les services de santé sexuelle et reproductive.³⁷⁷ Afin de respecter leurs engagements, de promouvoir l'égalité des sexes et garantir des droits en matière de SSR pour tous, les États doivent veiller à ce que les politiques et programmes de santé reproductive soient inclusifs et accessibles aux femmes et aux hommes handicapés dès leur plus jeune âge. En impliquant les jeunes hommes et les garçons handicapés, les programmes peuvent :

- Améliorer l'équité et l'égalité des sexes
- Promouvoir la responsabilité partagée pour la SSR
- Promouvoir des vies sexuelles satisfaisantes pour les hommes et les femmes
- Veiller à ce que les jeunes hommes et garçons et les jeunes filles handicapées aient un accès égal à l'information sur l'anatomie masculine et féminine, la contraception, la prévention des infections sexuellement transmissibles et la prévention du VIH / SIDA et les besoins des femmes pendant la grossesse et l'accouchement ; et
- Veiller à ce que les jeunes hommes et garçons aient accès à des informations appropriées et à l'accès aux soins pour les questions liées à la sexualité masculine.³⁷⁸

Une étude menée par l'Organisation mondiale de la santé en partenariat avec l'Instituto Promundo a conclu que les programmes qui incluent les jeunes hommes et garçons entraînent des changements de comportement et d'attitudes et ont un taux d'efficacité supérieur à celui des programmes dans leur ensemble.³⁷⁹

L'Art. 23 de la CDPH reconnaît en outre le droit des personnes handicapées de se marier et de fonder une famille et de décider elles-mêmes du nombre et de l'intervalle de naissance de leurs

enfants. Il exige des États qu'ils reconnaissent le droit de toutes les personnes handicapées d'avoir accès à des informations appropriées sur la SSR et l'éducation en matière de reproduction et de

planification familiale, et de protéger le droit des personnes handicapées, y compris les jeunes handicapés, à conserver leur fertilité sur un pied d'égalité avec leurs pairs non handicapés.

Le Programme d'action de la CIPD appelle également l'État à prendre des mesures pour garantir les droits en matière de procréation des personnes handicapées, exhortant les gouvernements à : « Prendre des mesures efficaces pour éliminer toutes les formes de coercition et de discrimination dans les politiques et les pratiques » et « qu'une assistance soit fournie aux personnes handicapées dans l'exercice de leurs droits et responsabilités en matière de famille et de procréation ».

La CDPH et la CEFDF exigent que les États veillent à ce que les femmes et les filles handicapées aient accès aux soins de santé reproductive et soient également protégées contre les pressions coercitives. La Recommandation générale 24 de la CEFDF, par exemple, soutient que : « Les États parties devraient prendre des mesures appropriées pour faire en sorte que les services de santé soient sensibles aux besoins des femmes handicapées et respectueux de leurs droits et de leur dignité ».

La Recommandation générale 19 de la CEFDF appelle séparément les États parties à prendre des mesures préventives pour que les femmes ne soient pas soumises à des pressions coercitives sur la fertilité et la procréation, notamment parce qu'elles n'ont pas accès aux services de contraception. Dans sa mise à jour de 2017 de la Recommandation générale 19, le Comité de la CEFDF a souligné que certaines violations des droits de la femme, comme la stérilisation forcée, l'avortement forcé, la grossesse forcée, la criminalisation de l'avortement, le déni ou le retard de l'avortement sans risque, la grossesse, l'abus et la maltraitance des femmes, et des filles qui recherchent des informations et des services de SSR constituent une VBG interdite par le droit international.

MÉCANISMES RÉGIONAUX

La section suivante donne un aperçu des principales lois et politiques régionales concernant les droits des jeunes handicapés en matière de services de santé sexuelle et reproductive et de protection contre la VBG. Une discussion complète de chaque convention et énoncé de politique ne sera pas possible dans l'espace autorisé; cependant, cette section comprend les points saillants des instruments pertinents identifiés lors de l'exercice préliminaire de cartographie et résume les droits reconnus dans les principaux instruments.

L'Amérique latine et les Caraïbes

- La Convention américaine relative aux droits de l'homme (1969) et le Protocole de San Salvador
- Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme (1948)
- La Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence à l'égard des femmes (Belém do Pará) et le mécanisme de suivi
- Consensus de Montevideo
- Charte de la société civile pour la Communauté des Caraïbes

Trente des 33 États d'Amérique latine et des Caraïbes sont parties à la CDPH et 20 ont ratifié le Protocole facultatif.³⁸⁰ Chacun des 33 États de la région a ratifié la CEFDF et la CDE.³⁸¹ La plupart des gouvernements ont créé des mécanismes nationaux pour la mise en œuvre et le suivi de la CDPH et ont adopté des politiques et des lois pour répondre à ses normes.³⁸²

En plus des conventions mentionnées ci-dessus, un certain nombre d'initiatives régionales traitent des droits des personnes handicapées, y compris le droit d'être exempt de VBG. La Déclaration américaine des droits et devoirs de

l'homme reconnaît le droit de tous à l'égalité devant la loi (article II) et à « la vie, la liberté et la sécurité de sa personne » (Art. I). La Déclaration reconnaît également le droit de toute personne d'avoir une famille (article VI) et d'être reconnue comme titulaire de droits (Art. XVII). La Convention américaine relative aux droits de l'homme, adoptée en 1969, oblige les États parties à respecter les droits de toutes les personnes relevant de leur juridiction, sans discrimination (Art. 1). Le Protocole additionnel à la Convention américaine, le Protocole de San Salvador, reconnaît explicitement le droit des personnes handicapées « à recevoir une attention particulière pour les aider à réaliser le plus grand développement possible de [leur] personnalité ».

L'engagement du Panama envers les personnes handicapées dans le Continent américain, adopté en 1996, appelle les gouvernements à « défendre et à promouvoir les droits humains des personnes handicapées ». L'engagement du Panama a servi de cadre à la Convention interaméricaine sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées, adoptée en 1999.³⁸³ La Convention affirme le droit des personnes handicapées aux « mêmes droits de l'Homme et libertés fondamentales que les autres personnes » et appelle à l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des personnes handicapées (Préambule, Article II). Elle appelle également les gouvernements à prendre des mesures positives pour éliminer les obstacles à l'accès aux équipements publics et privés et à l'administration de la justice (Art. III)

En plus de ces documents fondamentaux reconnaissant les droits des personnes handicapées à l'égalité et à la non-discrimination, il existe deux instruments régionaux centraux traitant de la VBG et de la DSSR. La Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence à l'égard des femmes (Convention de Belém do Pará) est entrée en vigueur en 1995. Elle affirme que toute femme a

le droit d'être à l'abri de la violence et du droit à la reconnaissance et à la jouissance de tous les droits de l'homme, y compris le droit de « être respecté la dignité inhérente à sa personne » (Art. 3 et 4). La Convention souligne que le droit d'être à l'abri de la violence inclut le droit d'être à l'abri de toute forme de discrimination, y compris les « comportements stéréotypés et les pratiques sociales et culturelles fondées sur des concepts d'infériorité ou de subordination » (Art. 6 [a] et [b]). Elle oblige les États non seulement à condamner la violence, mais aussi à agir « sans délai » pour punir et éradiquer la violence (Art. 7) et à prendre des mesures positives, décrites dans l'encadré ci-dessous, pour promouvoir la réalisation progressive du droit des femmes. Au fur et à mesure que les États élaborent des lois et des politiques mettant en œuvre la Convention, ils sont tenus de prendre en compte la vulnérabilité particulière de certains groupes de femmes, y compris les femmes handicapées. (Art. 9)

Une série de décisions de la Commission interaméricaine des droits de l'Homme et de la Cour interaméricaine des droits de l'Homme a fourni des orientations explicites aux gouvernements concernant l'étendue de leurs devoirs visant à garantir le droit des femmes et des filles à ne subir aucune violence discriminatoire, en tenant les États pour responsables, *entre autre*, de ne pas protéger les femmes et les enfants contre la violence domestique lorsque l'État savait que les survivants étaient en danger,³⁸⁴ ne pas avoir fait preuve de diligence raisonnable dans l'enquête sur la mort de trois enfants aux mains de leur père,³⁸⁵ et ne pas poursuivre les responsables de la violence contre les femmes.³⁸⁶

Le Consensus de Montevideo, adopté lors de la première session de la Conférence régionale sur la population et le développement en août 2013, a réaffirmé les principes du Programme d'action de la CIPD et abordé directement les droits et les besoins des jeunes. Les États ont convenu, entre autres choses :



CONVENTION DE BELÉM DO PARÁ

L'article 8 de la Convention de Belém do Pará oblige les États parties à prendre des mesures spécifiques qui comprennent :

- a. Promouvoir la sensibilisation et le respect du droit des femmes à ne pas subir de violence et le droit des femmes à faire respecter et protéger leurs droits humains ;
- b. Modifier les modèles sociaux et culturels des hommes et des femmes, y compris le développement de programmes éducatifs formels et informels appropriés à tous les niveaux du processus éducatif, pour lutter contre les préjugés, les coutumes et toutes les autres pratiques qui sont fondées sur l'idée de l'infériorité ou la supériorité de l'un ou l'autre sexe ou sur les rôles stéréotypés des hommes et des femmes qui légitiment ou exacerbent la violence envers les femmes ;
- c. Promouvoir l'éducation et la formation de tous les acteurs de l'administration de la justice, de la police et des autres forces de l'ordre ainsi que d'autres personnels chargés de mettre en œuvre des politiques de prévention, de répression et d'éradication de la violence contre les femmes ;
- d. Fournir des services spécialisés appropriés aux femmes victimes de violence, par l'intermédiaire d'organismes publics et privés, y compris des centres d'hébergement, des services de conseil pour tous les membres de la famille, ainsi que des soins et la garde des enfants touchés ;
- e. Promouvoir et soutenir l'éducation du secteur public et privé destinée à sensibiliser le public
- f. Fournir aux femmes victimes de violence l'accès à des programmes efficaces de réadaptation et de formation pour leur permettre de participer pleinement à la vie publique, privée et sociale ;
- g. Encourager les moyens de communication à élaborer des directives appropriées pour les médias afin de contribuer à l'éradication de la violence contre les femmes sous toutes ses formes et de renforcer le respect de la dignité des femmes ;
- h. Assurer la recherche et la collecte de statistiques et d'autres informations pertinentes relatives aux causes, les conséquences et la fréquence de la violence faite aux femmes pour évaluer l'efficacité des mesures visant à prévenir, réprimer et éliminer la violence à l'égard des femmes et à formuler et à mettre en œuvre les changements nécessaires ; et
- i. Encourager la coopération internationale pour l'échange d'idées et d'expériences et l'exécution de programmes visant à protéger les femmes victimes de violence.

- Le Consensus de Montevideo, adopté lors de la première session de la Conférence régionale sur la population et le développement en août 2013, a réaffirmé les principes du Programme d'action de la CIPD et abordé directement les droits et les besoins des jeunes.
- D'assurer la mise en œuvre effective dès la petite enfance de programmes complets d'éducation sexuelle. dans le respect de l'évolution de la capacité des garçons et des filles et des décisions éclairées des adolescents et des jeunes concernant leur sexualité. d'une perspective sensible au genre et aux droits de l'Homme
- De mettre en œuvre des programmes complets de SSR pour les adolescents et les jeunes, y compris des services de SSR adaptés aux jeunes, dans une perspective de genre, de droits humains, intergénérationnelle et interculturelle, garantissant un accès à des méthodes contraceptives sûres et efficaces, . de permettre aux adolescents et aux jeunes d'accéder et d'exercer leurs DSSR
- De réviser la législation, les normes et les pratiques qui limitent l'accès aux services de SSR, y compris la fourniture de services complets conviviaux pour les adolescents et les jeunes, et de garantir l'accès à des informations complètes sur toutes les options de service disponibles pour tous, sans aucune forme de discrimination, afin de garantir que les normes internationales les plus élevées de protection des droits de l'Homme et des libertés fondamentales soient respectées dans la région
- De garantir l'accès universel à des services de santé sexuelle et de santé reproductive de qualité, en tenant compte des besoins spécifiques des hommes et des femmes, des adolescents et des jeunes, des lesbiennes, des homosexuels, des bisexuels et des transgenres, des personnes âgées et des handicapés [...] ³⁸⁷

Le Consensus de Montevideo engage également les États à agir pour éradiquer toutes les formes de violence discriminatoire à l'égard des femmes, en particulier les femmes à haut risque de violence telles que les femmes handicapées (Par. 57).

Les institutions interaméricaines des droits de l'homme ont souligné à quel point les violations des DSSR peuvent être fondées sur la discrimination et les stéréotypes sexistes.³⁸⁸ Dans les accords approuvés par la Commission, les États se sont engagés à mettre en place des cours de formation pour le personnel de santé afin de réduire les pratiques discriminatoires et à prendre d'autres mesures pour assurer l'autonomie dans les décisions en matière de procréation.³⁸⁹

Afrique sub-saharienne³⁹⁰

- La Charte africaine des³⁹¹ droits de l'Homme et des peuples (1981)
- Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes (Protocole de Maputo) (2003).
- La Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (1990)
- Traité de la Communauté de développement de l'Afrique australe (1992)
- La Déclaration africaine des droits et du bien-être de l'enfant (1979)
- Genre et développement : Une déclaration des chefs d'État ou de gouvernement de la Communauté de développement de l'Afrique australe (1997)
- La prévention et l'élimination de la violence contre les femmes et les enfants : Un addendum à la Déclaration de 1997 sur le genre et le développement (1998)

- Unité économique de l'Afrique de l'Est Recommandation N° 03/00/CM/UEMOA sur le rôle des femmes (1999)
- Traité de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (1993) et Protocole sur la démocratie et la bonne gouvernance
- Déclaration et plan d'action de Grand Baie (Maurice) (1999)
- Acte constitutif de l'Union africaine (2002)
- Déclaration de Kigali (2003) de l'Union africaine
- Déclaration solennelle de l'Union africaine sur l'égalité des sexes en Afrique (2004)

La plupart des États d'Afrique subsaharienne sont parties à la CDPH.³⁹² Tous les pays de la région sauf un, la Somalie, ont ratifié la CEFDF et tous ont ratifié la CDE.³⁹³ La plupart des gouvernements ont créé des mécanismes nationaux pour la mise en œuvre et le suivi de la CDPH et ont adopté des politiques et des lois pour répondre à ses normes.³⁹⁴

La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (Charte de Banjul) reconnaît toute une série de droits civils et politiques, socioéconomiques et culturels et interdit la discrimination dans l'exercice de ces droits sur la base du sexe ou de « tout statut » (art. 2).³⁹⁵ Elle exige en outre que les États parties protègent les droits des femmes et des enfants et des personnes handicapées d'être exempts de discrimination (Art. 18) et reconnaît l'obligation de chacun de « respecter et considérer ses semblables sans discrimination » (Art. 28).

En ce qui concerne la violence, la Charte de Banjul stipule avec force : « Les êtres humains sont inviolables. Tout être humain a droit au respect de sa vie et de l'intégrité de sa personne » (Art. 4). Le Protocole de Maputo à la Charte de Banjul élargit

l'interdiction de la discrimination et le respect des droits des femmes et des filles. Le Protocole réaffirme le principe de l'égalité des sexes et oblige les États à lutter contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes en intégrant, en partie, une perspective sexospécifique dans la législation et la politique nationales et en prenant des mesures correctives.³⁹⁶ Le Protocole est remarquable pour sa définition large de la discrimination, qui est similaire à celle de l'Article 1 de la CEFDF, et pour son inclusion des filles dans sa compréhension des femmes.³⁹⁷ Le Protocole de Maputo reconnaît également les dimensions structurelles de la discrimination fondée sur le sexe et appelle les États à : « Modifier les comportements sociaux et culturels des femmes et des hommes par l'éducation publique, l'information, l'éducation et les stratégies de communication, en vue d'éliminer les pratiques culturelles et traditionnelles néfastes et toutes les autres pratiques fondées sur l'idée de l'infériorité ou la supériorité de l'un ou l'autre sexe, ou sur des rôles stéréotypés pour les femmes et les hommes. ». ³⁹⁸

Il oblige les États à « assurer la prévention, la répression et l'éradication » de toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles (Art. 4) et demande l'élimination des pratiques préjudiciables, notamment les mutilations génitales féminines (Art. 5). À l'instar de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, le Protocole précise l'âge minimum du mariage (18 ans) (Art. 6).

Le Protocole est l'un des premiers instruments des droits de l'homme à contenir des dispositions de fond sur les droits en matière de procréation et adopte une grande partie du programme défini dans le Programme d'action de la CIPD.³⁹⁹ Il oblige les États à protéger et à respecter la DSSR, y compris le droit de contrôler sa propre fécondité, de choisir n'importe quelle méthode de contraception et d'avoir une éducation en matière de planification familiale (Art. 14). Le Protocole aborde également les droits des femmes et des

filles handicapées, en appelant les États à prendre des mesures positives pour protéger le droit des femmes et des filles handicapées à rester à l'abri de la violence et de la discrimination fondée sur le handicap (Art. 23)

La Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant renforce l'engagement de la Charte de Banjul en faveur du principe de non-discrimination et reconnaît à chaque enfant le droit de ne pas subir de discrimination quel que soit son sexe ou son statut (Art. 3). Il garantit à chaque enfant de moins de 18 ans le droit à l'éducation et au « meilleur état de santé physique, mentale et spirituelle possible » (Art. 11 et 14). Les personnes handicapées ont droit à une protection spéciale dans des conditions qui garantissent leur dignité et favorisent leur inclusion en tant que membres actifs de la société (Art. 13 et 18). Les États parties sont tenus de prendre des mesures actives pour protéger les enfants contre toutes les formes de traitement dégradant, y compris les abus sexuels (Art. 16) et les pratiques préjudiciables (Art. 21). En ce qui concerne ce dernier, la Charte oblige les États à éliminer « les pratiques sociales et culturelles néfastes affectant le bien-être, la dignité, la croissance normale et le développement de l'enfant », notamment les pratiques telles que la mutilation génitale féminine discriminatoire fondée sur le sexe ou autre statut. La Charte interdit également le mariage des enfants et oblige les États à prendre des « mesures efficaces » pour spécifier 18 comme l'âge minimum du mariage pour les garçons et les filles (Art. 21).

En 2012, la Conférence des ministres du développement social de l'Union africaine a élaboré le Plan d'action continental dans le cadre de la Décennie africaine des personnes handicapées (2010-2019) et a créé une institution de l'Union africaine pour les handicapés.⁴⁰⁰ De manière significative, les enfants, les jeunes et les femmes handicapées sont chacun désignés comme des thèmes stratégiques dans le thème stratégique

du Plan d'action Continental sur l'intégration.⁴⁰¹ Sous le thème des femmes handicapées, ceux qui éliminent la violence sexuelle et augmentent l'accès à la SSR sont prioritaires.⁴⁰²

L'Union africaine a depuis adopté un projet de protocole à la Charte de Banjul qui complète les promesses de la Charte d'égalité des droits pour tous et une attention particulière aux besoins des personnes handicapées.⁴⁰³ Le projet de protocole charge les États d'intégrer le handicap dans la législation et la politique nationales dans tous les domaines de la vie et d'interdire les pratiques préjudiciables à l'égard des personnes handicapées (Art. 2). Il interdit la discrimination envers les personnes handicapées et exige des États qu'ils garantissent une protection juridique « égale et efficace » contre toutes les formes de discrimination (Art. 3). Le projet de protocole reconnaît également le droit de toute personne handicapée à ne pas subir de traitements cruels ou dégradants, y compris la séquestration, les traitements médicaux forcés tels que la stérilisation sans consentement éclairé et l'exploitation et la maltraitance à l'intérieur et à l'extérieur du domicile (Art. 5). Les États doivent prendre des mesures efficaces pour prévenir les violations de ces droits (Art. 5) et veiller à ce que les personnes handicapées soient reconnues comme égales devant la loi avec la capacité juridique de s'opposer à la privation (Art. 8 et 9). Pour faciliter l'exercice de leurs droits, les États parties doivent prévoir des aménagements appropriés en fonction de l'âge et du sexe dans le système juridique et empêcher l'utilisation des systèmes traditionnels comme moyen de refuser des droits aux personnes handicapées ((Art. 9).

Le projet de protocole prévoit des mesures pour rendre les installations et services publics accessibles, y compris les services de santé, et oblige les États à prendre des mesures efficaces pour assurer aux personnes handicapées un accès égal aux services de santé sexuelle et reproductive, notamment en interdisant la discrimination par

les fournisseurs de soins de santé et en imposant l'utilisation de formats et de communications accessibles (Art. 13).

Les articles 22, 23 et 24 adoptent des perspectives explicites selon le sexe et l'âge, appelant les États à garantir que les femmes, les enfants et les jeunes handicapés puissent jouir pleinement des mêmes droits et libertés que leurs pairs non handicapés et que les États parties à prendre des mesures efficaces pour intégrer le genre et les intérêts des enfants et des jeunes dans toutes les législations et politiques nationales. L'article 22 garantit en outre aux femmes handicapées le droit à la liberté sexuelle et reproductive et au contrôle de leur fécondité, et l'article 24 oblige les États à promouvoir l'éducation en matière de SSR pour les jeunes handicapés. Le projet de protocole appelle à la protection des femmes et des enfants handicapés contre la violence sexuelle et la VBG et l'élimination de tous les obstacles à une participation et à une inclusion effectives dans la vie sociale pour les trois groupes.

États arabes⁴⁰⁴

- La Charte arabe des droits de l'homme (1994)
- La Déclaration du Caire sur les droits de l'homme dans l'Islam (1990)
- Le Pacte des Droits de l'Enfant dans l'Islam
- Plan d'action de l'OCI pour la promotion de la femme (Plan d'action du Caire)
- Commission indépendante permanente des droits de l'homme de l'Organisation de la coopération islamique (2011)

Actuellement, 18 des 20 pays de la région des États arabes ont ratifié la CDPH.⁴⁰⁵ Tous les pays de la région des États arabes, à l'exception de la Somalie et du Soudan, ont ratifié la CEFD. Tous, les pays sont parties à la CDE.⁴⁰⁶ À l'heure actuelle, la région des États arabes est unique à deux égards en

ce qui concerne les droits des femmes et des filles handicapées. Le premier est le nombre historique de réfugiés dans la région. Selon le rapport de 2014 de Handicap International sur *les Victimes cachées de la crise syrienne*, 30 % des réfugiés ont des besoins spécifiques en raison de déficiences, de maladies chroniques ou de blessures, dont la grande majorité est directement liée au conflit.⁴⁰⁷ Les femmes et les filles handicapées sont confrontées à des niveaux de menace particuliers en tant que réfugiés.⁴⁰⁸ La deuxième (et plus ancienne) circonstance unique est l'application de la loi religieuse aux questions de mariage, de divorce et d'autres aspects du droit de la famille, qui ont présenté des obstacles à la pleine mise en œuvre de la CEDEF.⁴⁰⁹ Il y a eu cependant des tendances positives dans la région avec une participation croissante des femmes à la représentation et à la gouvernance et des tendances négatives avec la montée des mouvements religieux conservateurs qui restreignent les droits des femmes⁴¹⁰ et la persistance de l'instabilité politique, des conflits et des inégalités économiques, qui ont augmenté l'incidence de tous les handicaps, y compris les troubles de santé mentale liés au stress psychologique.⁴¹¹

La Charte arabe des droits de l'homme (2004), qui a précédé la CDPH, représente un pas en avant significatif pour les droits des personnes handicapées. L'article 40 est consacré aux droits des personnes handicapées et reconnaît le droit des personnes handicapées à une vie décente, à la dignité, à une participation active à la société et à des services sociaux gratuits, y compris le soutien matériel, la santé et la réadaptation. En 2014, toutefois, les membres de la Ligue des États arabes ont signalé que les taux de prévalence du handicap dans la région oscillaient entre 0,4 et 4,6,⁴¹² ce qui faisait craindre que de nombreux pays aient adopté des définitions particulièrement restrictives du handicap.⁴¹³ La Banque mondiale estime qu'il y a 30 millions de personnes, soit environ 15 %, vivant avec un handicap dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord (MENA).⁴¹⁴ La Ligue arabe a également déclaré 2004 à 2013 la Décennie

arabe des personnes handicapées, qui a produit des objectifs spécifiques concernant l'inclusion du handicap et encouragé l'adoption nationale et / ou la réforme des lois sur le handicap.⁴¹⁵ La majorité des États de la région MENA incluent dans leur constitution des dispositions concernant les personnes handicapées. De nombreux États, comme la Jordanie, ont des politiques de protection sociale progressistes qui garantissent l'accès aux soins de santé, bien que les femmes et les filles handicapées se voient souvent refuser l'accès aux soins de santé généraux et reproductifs.⁴¹⁶

Asie et Pacifique

- Déclaration des droits de l'Homme de l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est (ANASE)
- Déclaration de l'ANASE sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (2004).
- Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes et l'élimination de la violence contre les enfants dans les pays de l'ANASE (2013)
- Commission intergouvernementale de l'ANASE sur les droits de l'homme (2009)
- Commission de l'ANASE sur la promotion et la protection des droits de la femme
- La Déclaration de Bali sur le renforcement du rôle et de la participation des personnes handicapées dans la communauté de l'ANASE
- La stratégie d'Incheon « Rendre le droit réel » pour les personnes handicapées en Asie et dans le Pacifique
- La Proclamation sur la pleine participation et l'égalité des personnes handicapées dans la région Asie-Pacifique
- Le Cadre d'action de Biwako Vers une société inclusive, sans obstacles et fondée sur les droits pour les personnes handicapées
- La déclaration de l'ANASE sur le renforcement de la protection sociale

Une personne sur six dans la région Asie-Pacifique, soit 650 millions de femmes, d'hommes et d'enfants, vit avec un handicap.⁴¹⁷ Ils sont surreprésentés parmi les plus pauvres de la région, représentant environ 20 % des citoyens les plus pauvres.⁴¹⁸ Malgré la prévalence du handicap dans la région, il a l'un des taux de ratification de la CDPH les plus bas, avec seulement 54 % des États éligibles adhérant à la Convention. À partir de 1993, les gouvernements de la région ont cherché à promouvoir les droits des personnes handicapées à travers une série de plans d'action, en commençant par la première décennie des personnes handicapées 1993-2002. En 2003, les gouvernements de la région Asie-Pacifique ont adopté le Cadre du millénaire de Biwako, qui fixe des objectifs pour l'inclusion des personnes handicapées et inclut le soutien aux femmes handicapées comme l'un des sept domaines politiques prioritaires. Le Cadre note que les femmes et les filles handicapées souffrent de multiples formes de discrimination et courent un plus grand risque d'abus physique et sexuel, entre autres choses.⁴¹⁹

En 2012, la région a lancé une nouvelle décennie de personnes handicapées (2013-2022) et adopté un cadre régional, la Stratégie d'Incheon, pour guider les efforts nationaux et régionaux visant à promouvoir les droits des personnes handicapées tout au long de la décennie. La Stratégie d'Incheon accorde la priorité à l'égalité des femmes et des filles handicapées et à l'autonomisation de divers groupes de personnes handicapées, notamment les filles et les jeunes handicapés.⁴²⁰

Europe et Asie centrale

- La Convention européenne des Droits de l'Homme (1953)
- Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (2000)
- La Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul)
- Convention du Conseil de l'Europe sur la protection des enfants contre l'exploitation et les abus sexuels (Convention de Lanzarote) (2012)
- Stratégie du Conseil de l'Europe pour les droits de l'enfant 2016-2021
- Traité d'Amsterdam (1997)
- Traité de Lisbonne (2007)
- Stratégie européenne en faveur des personnes handicapées 2010-2020 : Un engagement renouvelé en faveur d'une Europe sans entraves
- Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être
- Conseil de la stratégie européenne en faveur des personnes handicapées 2017-2023 : Droits de l'homme : Une réalité pour tous
- Lignes directrices du Conseil de l'Europe sur une justice adaptée aux enfants (2010)
- Conseil de la stratégie européenne sur l'égalité des sexes 2014-2017 :
- Lignes directrices de l'UE pour la promotion et la protection des droits de l'enfant (2017) : Ne laisser aucun enfant de côté

La Convention européenne des Droits de l'homme, rédigée par le Conseil de l'Europe peu de temps après l'approbation de la Déclaration universelle des droits de l'homme par la nouvelle Assemblée générale des Nations Unies, vise à mettre en œuvre les principes fondamentaux consacrés par la DUDH. Elle comprend 17 articles clés affirmant l'égalité des droits et des libertés, y compris l'article 14, qui interdit la discrimination contre toute personne pour quelque motif que ce soit ; l'article 12, qui garantit à tous les hommes et femmes en âge de se marier le droit de se marier et de fonder une famille ; et les articles 3 et 5, qui interdisent la torture et les traitements inhumains ou dégradants et garantissent respectivement le droit à la liberté et à la sécurité de la personne. La Convention a créé la Cour européenne des droits de l'homme, qui a joué un rôle déterminant dans l'élaboration de la norme de diligence raisonnable en tant que base pour demander des comptes aux États responsables des violations des droits de l'homme, en particulier la VBG.⁴²¹

Le Conseil de l'Europe, une organisation intergouvernementale des droits de l'homme comprenant 47 États membres, y compris des États d'Europe orientale, a également été un chef de file dans la mise en place d'un cadre de lutte contre la VBG qui adopte une perspective de handicap. La Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (la Convention d'Istanbul) a été reconnue comme l'un des accords internationaux les plus complets sur la violence contre les femmes et la violence domestique.⁴²² Elle reconnaît que les relations de pouvoir inégales sont la racine de la VBG et appelle les États à prendre des mesures spécifiques pour contrer les stéréotypes de genre. Elle reconnaît également explicitement que les hommes et les garçons peuvent être victimes de violence et doivent donc être soumis aux mêmes droits et protections reconnus pour les femmes et les filles. (Préambule et article 2 : « Les Parties

sont encouragées à appliquer cette Convention à toutes les victimes de violence domestique. »)

La Convention oblige explicitement les États parties à protéger les droits de toutes les victimes de violence domestique ou de VBG « sans discrimination aucune », y compris, notamment, le handicap (Art. 4) et reconnaît par référence la CDPH parmi les principaux traités relatifs aux droits de l'Homme. établir des normes pertinentes pour la prévention de la VBG (Préambule). Dans le rapport explicatif accompagnant la convention, les rédacteurs notent leur intention de reconnaître le risque accru auquel les femmes et les filles handicapées sont confrontées en ce qui concerne la violence et le besoin correspondant d'action urgente.⁴²³ Le Rapport explicatif insiste également sur l'exigence de l'article 4 de la Convention selon laquelle les États parties doivent prendre des mesures positives pour prévenir la violence contre les personnes les plus vulnérables, y compris les personnes handicapées.⁴²⁴

La Convention du Conseil de l'Europe sur la protection des enfants contre l'exploitation et les abus sexuels (Convention de Lanzarote) est tout aussi complète. Elle oblige les États à protéger les droits de tous les enfants victimes d'exploitation et d'abus, sans discrimination aucune (Art. 2). Elle demande aux États de prendre les mesures nécessaires pour que les enfants reçoivent des informations appropriées sur les risques d'exploitation sexuelle et d'abus sexuel et sur les outils qu'ils peuvent utiliser pour se protéger (Art. 6) et fournit des directives claires sur les mesures que les États doivent prendre pour protéger les enfants contre l'exploitation et les abus, intervenir au nom des victimes, apporter un soutien à court et à long terme aux victimes, enquêter et punir les infractions.

Au niveau politique, la stratégie européenne en faveur des personnes handicapées 2010-2020 :

Un engagement renouvelé en faveur d'une Europe sans entraves engage la Commission européenne à promouvoir l'élimination de la discrimination fondée sur l'âge et le handicap, notamment en soutenant l'égalité d'accès aux soins de santé pour les personnes handicapées.^{425,426}

La Stratégie du Conseil de l'Europe pour les personnes handicapées 2017-2023 : Droits de l'homme : Une réalité pour tous souligne que les personnes handicapées ont le droit de jouir de l'ensemble des droits de l'homme et propose cinq domaines d'action prioritaires pour les États membres :

- Égalité et non-discrimination
- Sensibilisation
- Accessibilité
- Reconnaissance égale devant la loi
- Libéré de l'exploitation et des abus⁴²⁷

Il met en évidence un certain nombre de thèmes transversaux, y compris le risque que de nombreuses personnes handicapées font face à des formes de discrimination multiples et / ou croisées.⁴²⁸ La Stratégie appelle les États membres à reconnaître l'existence de multiples formes de discrimination et à en tenir compte dans les travaux et les activités aux niveaux régional, national et local. Elle appelle également les États membres à promouvoir un meilleur accès à l'information pour les jeunes handicapés et à intégrer les droits des jeunes handicapés dans toutes les activités et à prévenir et à combattre l'exploitation, les abus et la violence discriminatoire.⁴²⁹

CONVENTION DU CONSEIL DE L'EUROPE SUR LA PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES ET LA VIOLENCE DOMESTIQUE (CONVENTION D'ISTANBUL)

La Convention en bref⁴³⁰

Adoptée en mai 2011 et entrée en vigueur en août 2014, la Convention a créé un cadre juridique holistique et complet pour prévenir la violence à l'égard des femmes, protéger les victimes de la violence et mettre fin à l'impunité pour les auteurs.⁴³¹ La Convention comprend 81 articles dans 12 chapitres et est basée sur les « quatre P » : Prévention, protection et soutien des victimes, poursuite des contrevenants et politiques intégrées.

Prévention de toutes les formes de violence contre les femmes

La Convention demande aux Parties de promouvoir la sensibilisation, l'éducation, la formation des professionnels, les programmes d'intervention et de traitement préventifs et la participation du secteur privé et des médias à l'évolution des comportements sociaux et culturels afin d'éliminer les normes et pratiques préjudiciables.

L'article 16 demande aux États de prendre les mesures législatives ou autres nécessaires pour mettre en place ou soutenir des programmes visant à apprendre aux auteurs de violence domestique à adopter des comportements non violents dans les relations interpersonnelles afin de prévenir de nouvelles violences et de modifier les comportements violents.

Protection contre toutes les formes de violence contre les femmes

Les Parties s'engagent à prendre des mesures législatives pour garantir que les victimes reçoivent des informations adéquates et opportunes sur les services de soutien disponibles et les mesures juridiques dans une langue qu'elles comprennent, ont accès aux services nécessaires, y compris les soins de santé et les services sociaux.

Elles offrent des protections particulières aux enfants, en particulier à ceux qui peuvent avoir besoin de témoigner et / ou qui ont besoin d'un conseil psychosocial (article 26).

Poursuites contre toutes les formes de violence contre les femmes

Le chapitre V prescrit que les Parties prennent les mesures législatives ou autres nécessaires pour prévoir des recours civils adéquats contre les auteurs, pour garantir que les victimes aient le droit de demander réparation aux auteurs et de veiller à ce que les actes intentionnels soient criminalisés.

Les Articles 38 et 39 exigent respectivement que les États adoptent une législation criminalisant les mutilations génitales féminines, l'avortement forcé et la stérilisation forcée.

Politiques intégrées⁴³²

La Convention vise à mettre fin à la violence contre les femmes à la fois par le droit pénal et les procédures et politiques visant à promouvoir l'égalité entre les hommes et les femmes, agissant ainsi de manière dualiste comme traité des droits de l'homme et droit pénal. Ce faisant, elle cherche à établir une coopération entre tous les acteurs concernés, y compris les forces de l'ordre, le pouvoir judiciaire, les ONG, les fournisseurs de services, etc.

En tant que traité relatif aux droits de l'homme, la Convention traite la violence contre les femmes comme une forme de discrimination basée sur le genre. Cela renforce l'obligation des États en vertu du droit international des droits de l'homme de mettre fin à toutes les formes de discrimination et de garantir l'égalité entre les femmes et les hommes.

En tant que traité de droit pénal, la Convention reconnaît les nombreux sites où sévit la violence contre les femmes (famille, communauté, État) et les auteurs (acteurs étatiques et non étatiques).

Suivi

La Convention a établi un système de surveillance à deux piliers pour évaluer et améliorer la mise en œuvre de la Convention :

- Le Groupe d'experts sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (GREVIO), un organe d'experts indépendant composé de 15 membres.
- Le Comité des Parties, un organe politique composé de représentants des Parties à la Convention.

Le GREVIO est chargé de suivre la mise en œuvre de la Convention par les Parties et peut également adopter des recommandations générales sur les thèmes et concepts de la Convention. Le Comité des Parties est chargé de donner suite aux rapports et conclusions du GREVIO, y compris l'adoption de recommandations aux Parties concernées.

Enfin, les Parties à la Convention sont également tenues d'inviter leurs parlements à participer au processus de suivi et de leur soumettre les rapports du GREVIO.

Une Europe sans violence contre les enfants est l'un des cinq objectifs stratégiques de la stratégie actuelle du Conseil de l'Europe sur les droits de l'enfant (2016-2021). La stratégie comprend des étapes pour :

- promouvoir une approche intégrée de la protection des enfants contre la violence, y compris les enfants handicapés, et

- lutter contre l'exploitation sexuelle, les abus sexuels et la traite, et la VBG contre les enfants

Elle engage explicitement le Conseil à protéger les droits des enfants handicapés et à garantir leur pleine intégration dans la société.⁴³³



L'Union européenne a également élaboré un ensemble de lignes directrices pour la protection des droits de l'enfant, qui inclut parmi ses priorités le soutien à la réalisation des obligations légales existantes en vertu de la CDE et d'autres instruments relatifs aux droits de l'Homme par les États membres de l'UE et soutient la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030.⁴³⁴

Un certain nombre d'initiatives du Conseil et de l'Union européenne ont cherché à intégrer les jeunes handicapés dans l'élaboration des politiques. Le Forum Européen des Personnes Handicapées, créé en 1996, a un Comité Jeunesse chargé d'intégrer la jeunesse dans le travail du FEHP et de travailler avec le Réseau des Jeunes pour représenter les intérêts des jeunes handicapés au niveau de l'Union Européenne. Les membres du Comité des jeunes du FEHP participent également au Forum européen de la Jeunesse, une organisation qui représente 104 organisations de jeunesse en Europe.

SURVEILLER LES OBLIGATIONS CONVENTIONNELLES ET TENIR LES ÉTATS POUR RESPONSABLES

Les conventions internationales et régionales énoncent des normes de comportement convenues par les États parties, dans l'espoir que ces normes seront incorporées dans la législation et la politique nationales. Les États parties sont tenus de prendre des mesures pour satisfaire aux obligations énoncées dans les traités qu'ils signent et de réaliser les droits reconnus par ces traités. Chacun des traités mentionnés ci-dessus établit un comité pour surveiller le respect par les États parties au moyen de rapports périodiques. Les OSC, les tribunaux nationaux et les parties prenantes nationales jouent tous un rôle essentiel en obligeant les États à rendre compte de leurs obligations conventionnelles.

Les tribunaux internationaux des droits de la personne ont également joué un rôle crucial en expliquant ce que les États doivent faire pour protéger les droits de la personne, en particulier le droit des femmes à ne pas subir de violence. La norme de diligence raisonnable, reconnue par les rapporteurs spéciaux de l'ONU, la Cour européenne des droits de l'Homme et la Cour interaméricaine des droits de l'Homme, en tant que principe universel du droit international et coutumier, oblige les États à prendre des mesures essentielles pour prévenir la VCFF, pour protéger les survivants de la violence, pour poursuivre et punir les auteurs et pour garantir que les survivants aient accès à des voies de recours. Une explication détaillée du principe de diligence raisonnable se trouve dans l'encadré ci-dessous.

Les normes internationales reconnaissent que les États ont le pouvoir et la responsabilité de respecter, de protéger et de réaliser les droits de l'homme de tous leurs citoyens, y compris les droits des jeunes handicapés. Pour mettre pleinement en œuvre les engagements internationaux décrits ci-dessus, les États doivent reconnaître par la loi le droit des jeunes handicapés à l'égalité et à la non-discrimination, le droit de vivre sans violence et le droit d'atteindre le plus haut niveau de santé sexuelle et reproductive. Ils doivent prendre des mesures rapides et efficaces pour éliminer tous les obstacles à la pleine jouissance de ces droits pour les jeunes handicapés et veiller, dans la mesure du possible, à ce que tous les services et programmes à la disposition des jeunes soient également accessibles aux jeunes handicapés. Et ils doivent mobiliser des ressources pour investir dans des programmes inclusifs qui peuvent aider les jeunes handicapés à jouir pleinement de leurs droits humains et leur permettre de devenir des membres actifs et engagés des sociétés du monde entier.



QU'EST-CE QUE LA DILIGENCE RAISONNABLE

En 2001, Esmeralda Herrera Monreal, 15 ans, Laura Berenice Ramos Monarrez, 17 ans, et Claudia Ivette Gonzalez, 20 ans, ont disparu dans la ville de Ciudad Juarez, au Mexique. Leurs corps ont été trouvés des semaines plus tard dans un champ de coton, avec des signes qu'elles avaient été abusées sexuellement. Leurs familles ont fait valoir que les autorités publiques n'avaient pas agi avec la diligence voulue pour enquêter sur leur disparition et leur mort en raison de stéréotypes discriminatoires à l'égard des femmes. Dans une décision de 2009, la Cour interaméricaine des droits de l'Homme a reconnu que le Mexique avait violé la Convention américaine des droits de l'Homme et la Convention de Belém do Pará en n'agissant pas avec la diligence voulue pour protéger la vie des trois filles et leur droit à être à l'abri de la violence et en n'enquêtant pas de manière adéquate sur leur disparition.⁴³⁵

En vertu du droit international, les États sont tenus d'exercer une diligence raisonnable pour promouvoir, protéger et assurer les droits de l'homme. Le devoir de diligence impose aux États des obligations à la fois pour eux-mêmes et pour les actes de tiers qui violent les droits de l'homme. La Déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes, par exemple, appelle les États à « faire preuve de toute la diligence voulue pour prévenir, enquêter et punir les actes de violence contre les femmes, que ces actes soient perpétrés par l'État ou par des particuliers ».

Pour satisfaire à la norme de diligence raisonnable, les États devraient se concentrer sur les « Cinq P » :⁴³⁶ 1. Prévention ; 2. Protection ; 3. Poursuite ; 4. Punition suffisante et juste, et 5. Disposition de redressement et de réparation. Les survivants de la violence doivent avoir la possibilité d'obtenir une certaine forme de protection exécutoire, telle qu'une ordonnance restrictive, et les forces de l'ordre doivent répondre efficacement aux demandes d'aide.⁴³⁷

La Cour interaméricaine des droits de l'homme a conclu que « *la question de savoir si une violation des droits reconnus par la Convention s'est produite avec le soutien ou l'assentiment du gouvernement, ou si l'État a permis que l'acte prenne place sans prendre de mesures pour l'empêcher ou punir les responsables* ». ⁴³⁸ Une action judiciaire inefficace qui permet l'impunité des auteurs est susceptible de violer les obligations conventionnelles.⁴³⁹

// CHAPITRE 4

**PRÉVENIR ET
RÉPONDRE À
LA VIOLENCE
BASÉE SUR LE
GENRE CONTRE
LES JEUNES
HANDICAPÉS**

// I. INTRODUCTION

L'élimination de toutes les formes de violence basée sur le genre (VBG) est largement reconnue comme une priorité mondiale. Non seulement de nombreux instruments internationaux appellent les États à prendre des mesures pour mettre fin à la violence discriminatoire, mais des objectifs spécifiques ont également été inclus dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Un examen des progrès accomplis en 2014 dans le cadre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) a montré que les gouvernements prenaient des mesures contre la VBG dans une proportion plus élevée que pour toute autre question traitée dans le Programme d'action (88 pour cent).⁴⁴⁰ Dans l'ensemble, les taux de croyances et de pratiques qui ne favorisent pas les droits de l'Homme tels que les mutilations génitales féminines et les mariages précoces, d'enfants et forcés ont connu des déclinés dans certains contextes, tout comme les attitudes envers les maris abusant de leurs épouses.⁴⁴¹ Pourtant, les taux de violence restent inacceptables, en particulier envers les plus marginalisés.

Comme présenté en détail au chapitre 1 du présent rapport, les jeunes handicapés sont beaucoup plus susceptibles d'être victimes de violence que leurs pairs non handicapés.⁴⁴²

- Les enfants handicapés sont presque quatre fois plus susceptibles de subir de la violence que les enfants non handicapés et près de trois fois plus susceptibles d'être victimes de violence sexuelle.⁴⁴³ Dans une étude menée dans cinq pays d'Afrique, presque tous les jeunes (entre 18 et 24 ans) interrogés ont été victimes d'abus sexuels au moins une fois et la plupart d'entre eux plus d'une fois au cours de leur vie.⁴⁴⁴
- Les enfants qui ont des handicaps psychosociaux et intellectuels, des déficiences

graves ou des déficiences multiples sont les plus à risque.⁴⁴⁵ Des études ont montré que les enfants ayant une déficience intellectuelle sont cinq fois plus susceptibles d'être victimes d'abus que les autres enfants et sont beaucoup plus vulnérables à l'intimidation.⁴⁴⁶

- Les filles et les femmes handicapées ont plus de risques d'être victimes de violence que leurs pairs masculins handicapés ou que les filles et jeunes femmes non handicapées.⁴⁴⁷ Une étude menée en Australie a révélé que 62 % des femmes handicapées âgées de moins de 50 ans avaient subi des violences depuis l'âge de 15 ans et que les femmes handicapées avaient été victimes de violences sexuelles trois fois plus nombreuses que les personnes non handicapées.⁴⁴⁸ Les femmes handicapées aux États-Unis par exemple sont 40 % plus susceptibles d'être victimes d'abus que les femmes non handicapées,⁴⁴⁹ et des études au Népal, au Bangladesh et en Autriche, entre autres, ont conclu que la violence contre les femmes et les filles (VCFF) handicapées était généralisée.⁴⁵⁰
- L'appartenance à une minorité raciale, religieuse ou sexuelle ou le fait de vivre dans la pauvreté augmente le risque de violence sexuelle pour les filles et les femmes handicapées.⁴⁵¹

Il existe encore des attitudes dans la société sur le fait que ce groupe n'existe pas vraiment. Il est invisible. . . Il est supposé qu'ils sont pris en charge. Ils vivent dans des maisons de soins. Il existe donc une supposition qu'il est impossible qu'ils soient sujets à la violence.⁴⁵²

Les inégalités existantes et les normes et attitudes discriminatoires concernant le genre et le handicap se recoupent pour rendre les jeunes handicapés, en particulier les jeunes femmes et les filles handicapées, plus vulnérables à la violence

et pour aggraver les effets de la violence.⁴⁵³ Dans une enquête menée au sein de l'Union européenne (UE), les personnes interrogées dans l'ensemble des 13 États membres ont déclaré avoir

l'impression que les préjugés contre les enfants handicapés sont très répandus et qu'ils risquent davantage d'être victimes de violence.⁴⁵⁴

L'APPROCHE DUALE POUR PRÉVENIR LA VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE CONTRE LES JEUNES HANDICAPÉS

La « double approche » est particulièrement importante pour garantir l'inclusion des jeunes handicapés dans les politiques de prévention et de réponse en matière de VBG. L'approche duale est largement reconnue dans le système des Nations Unies comme une stratégie importante pour promouvoir les droits des personnes handicapées dans la mise en œuvre des lois, des politiques et des programmes et pour garantir leur participation à leurs droits sur un pied d'égalité avec les autres.

En termes simples, cela signifie d'évaluer les lois, les politiques et les initiatives de programme en vigueur pour s'assurer qu'ils incluent les jeunes handicapés et qu'ils ne font pas de discrimination, même involontaire. Parallèlement, l'approche préconise également des mesures ciblées qui répondent aux besoins spécifiques des jeunes handicapés et qui cherchent à remédier aux vulnérabilités à la violence qu'ils peuvent rencontrer ou aux obstacles qu'ils peuvent rencontrer en accédant aux mécanismes préventifs des services de réponse.⁴⁵⁵

Pour garantir le droit des jeunes handicapés à vivre à l'abri de la violence, une double approche peut inclure l'intégration du langage dans les lois ou politiques nationales interdisant la discrimination fondée sur l'âge et le sexe, entre autres facteurs, et une loi ou politique distincte qui détaille la responsabilité de l'État de répondre à la violence contre les jeunes handicapés à travers, entre autres politiques, la garantie de l'accès à la justice et la fourniture de services de soutien nécessaires aux survivants de la violence.

De même, dans les initiatives de programme, une double approche de la prévention à la VBG peut inclure l'intégration des personnes handicapées dans les campagnes publiques de sensibilisation et de prévention de la VBG et l'assurance que les informations sur les services de réponse et de support disponibles sont diffusées sur plusieurs supports, comme la communication en langue des signes dans les annonces télévisées et l'utilisation du braille dans les documents imprimés, ainsi que la promotion d'une campagne spécifique au handicap en partenariat avec les organisations de personnes handicapées (OPH) représentant les jeunes handicapés en reconnaissance du fait que ces jeunes sont souvent isolées socialement et donc moins susceptibles d'être touchées par de vastes campagnes de sensibilisation du grand public.

Pour mettre fin à la violence envers les jeunes handicapés, il faut des stratégies globales et à long terme qui mettent l'accent à la fois sur la prévention de la violence et sur des réponses appropriées et favorables. Ces stratégies commencent souvent par l'adoption et la mise en œuvre de cadres juridiques et politiques solides et complets qui reconnaissent et interdisent toutes les formes de violence contre toutes les femmes et les filles, y compris explicitement les femmes et les filles handicapées. Mais elles doivent également inclure des ressources suffisantes pour assurer un soutien adéquat à la mise en œuvre des programmes et reconnaître que la prévention et les réponses à la violence doivent être intégrées dans de multiples cadres politiques, notamment les programmes de santé et d'éducation, les politiques de justice et de police, entre autres. Pour garantir que les jeunes handicapés bénéficient des mêmes protections contre la violence que leurs pairs non handicapés, les lois, politiques et programmes de lutte contre la VBG devraient reconnaître explicitement les multiples formes de discrimination auxquelles sont confrontées les jeunes femmes et filles handicapées ainsi que d'autres groupes marginalisés qui y sont régulièrement soumis et devraient définir des stratégies claires pour cibler ces formes de violence, tout en apportant un soutien aux jeunes handicapés qui risquent d'être victimes de violence ou à ceux qui en ont été victimes.

PRÉSENTATION DU CHAPITRE

Ce chapitre s'ouvre sur une brève discussion des principes sous-jacents à la prévention et à la réponse et débat des preuves d'interventions politiques et programmatiques associées aux changements dans les normes sociales qui sous-tendent la VBG. Comme indiqué au chapitre 1 du présent rapport, les normes et les stéréotypes sexistes contribuent au risque de violence auquel les jeunes handicapés sont confrontés et entravent leur accès aux mécanismes de prévention de la violence et aux services de réponse.

Le chapitre continue avec des études de cas d'initiatives prometteuses adoptées par les gouvernements pour lutter contre la VBG envers les jeunes handicapés. Presque toutes ces initiatives sont le produit de partenariats avec la société civile et de plaidoyer en faveur des droits des femmes et des personnes handicapées. Les organisations de la société civile (OSC) ont été des leaders essentiels dans le mouvement visant à mettre fin à la VBG dans le monde et sont des partenaires essentiels dans les efforts visant à mettre en œuvre les droits de l'homme des jeunes handicapés.

Les études de cas reflètent une conception de l'action étatique couvrant un large éventail de possibilités, allant de la création d'un cadre juridique favorable à l'adoption de stratégies ou de plans d'action, à la conception ou au soutien d'interventions programmatiques avec les OSC ou à l'appui des OSC, en collectant des données pertinentes afin d'informer sur l'élaboration de politiques et le suivi des progrès pour rendre des comptes.

Les études de cas mettent en évidence les initiatives jugées prometteuses dans la mesure où elles sont conformes aux lignes directrices reconnues en matière de bonnes pratiques ou sont considérées comme des étapes positives par les activistes ou démontrées comme telles par les évaluations publiées. Les exemples fournis ne sont pas exhaustifs, et on ne peut pas supposer qu'ils fonctionnent dans tous les endroits et pour tous les individus.

De même, chaque initiative discutée ici est reconnue comme une étape unique dans un processus plus large et interdépendant d'accès et d'exercice des droits des jeunes handicapés. Il faut noter que bien que chacune de ces étapes puisse être nécessaire, aucune d'entre elles n'est suffisante en soi. Les lois qui ne sont pas mises en œuvre peuvent avoir peu d'effet, et les politiques envers lesquelles les ressources ne sont pas engagées ou pour lesquelles personne n'est tenu responsable sont peu susceptibles d'atteindre leurs objectifs. Pour que les gouvernements puissent

INTERVENIR FACE À LA VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE CONTRE LES FILLES ET LES JEUNES FEMMES HANDICAPÉES

Dans un groupe de discussion composé de jeunes femmes sourdes membres d'une OPH à Maputo, au Mozambique, les participants ont brossé un tableau sombre du système judiciaire en cas de violence. Une participante, qui était âgée d'une vingtaine d'années et élevant un enfant en tant que mère célibataire, a décrit sa propre expérience en essayant de signaler des sévices physiques qu'elle avait subis de la part de son ex-mari. « Je suis allée voir la police, mais ils n'ont rien fait. Ils n'utilisent pas de langue des signes, alors j'ai dû amener quelqu'un avec moi, mais ils n'ont rien fait. La police ne les met pas [les auteurs] en prison ; ils les renvoient chez eux. »

Des expériences comme celles-ci ne sont pas uniques au Mozambique, comme le montre la documentation discutée au chapitre 1. En Espagne, les représentants des OPH ont décrit un manque général de services pour les filles et les jeunes femmes handicapées victimes de violence et de multiples obstacles empêchant les femmes de signaler la violence. Beaucoup d'abris étaient inaccessibles ou dans des zones inaccessibles. Les mesures de protection pour les femmes handicapées qui demandaient des ordonnances de protection étaient souvent insuffisantes et les exposaient à de nouveaux abus. Les femmes handicapées ont également déclaré qu'elles étaient incapables d'accéder à l'information et à l'orientation lorsqu'elles étaient confrontées à la violence et craignaient les conséquences d'un signalement d'abus, en particulier le risque qu'elles perdent la garde ou ne puissent plus s'occuper de leurs enfants.

Dans chacun des pays visités pendant le travail de terrain pour cette étude, les gouvernements et les OSC prenaient des mesures pour éliminer la VBG. Des entretiens avec des OPH, des autorités judiciaires, des législateurs et d'autres en Espagne ont révélé que la branche judiciaire et la législature continuaient de promouvoir des réformes importantes pour améliorer l'accès à la justice pour les victimes de violence, décrites plus en détail ci-dessous.

En Équateur, l'adoption du Plan national d'éradication de la violence basée sur le genre contre les enfants, les adolescents et les femmes (2008) engage le gouvernement à fournir des ressources financières suffisantes pour soutenir chacune des activités du plan et l'organisme responsable de cette activité.⁴⁵⁶ Le plan national précise également que les personnes handicapées doivent être incluses dans les services de prévention et de réponse en matière de VBG inclus dans le plan. L'Équateur a également pris des mesures actives dans le cadre d'un programme national de formation en ligne pour s'assurer que tous les employés de santé publique soient formés à la VBG et conscients des risques accrus des personnes handicapées face à la violence et comprennent comment garantir que les services de prévention et de réponse en matière de VBG sont accessibles et inclusifs.

Les données sur les programmes spécifiques qui représentent des étapes positives dans l'élimination de la VBG contre les jeunes handicapés sont intégrées dans les sections ci-dessous.



POINTS PRINCIPAUX

- 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 (CEFD) et la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) obligent les États à faire preuve de toute la diligence voulue pour prévenir et combattre les VBG contre les jeunes handicapés. Pour satisfaire à la norme de diligence raisonnable, les États doivent prendre des mesures pour **prévenir la violence, protéger les victimes, poursuivre les auteurs et fournir des réparations aux survivants**.
- Les jeunes handicapés, en particulier les jeunes femmes et les filles handicapées, sont plus vulnérables à la violence que leurs pairs non handicapés et sont confrontés à **des inégalités persistantes** pour accéder aux services de réponse, y compris les services de DSSR, qui sont aggravés par la discrimination fondée sur l'âge, le sexe, et le handicap.
- Les États doivent adopter une **approche duale** pour garantir que les besoins et les intérêts des jeunes handicapés soient satisfaits en **intégrant les jeunes handicapés** dans toutes les lois, politiques et programmes relatifs à la promotion de l'égalité des sexes et en prévenant et en répondant à la VBG et en élaborant, le cas échéant, des programmes **ciblés** sur les risques auxquels sont confrontés les jeunes handicapés en termes de violence et en éliminant les obstacles pour les services multisectoriels.
- Une **approche coordonnée, fondée sur les droits et centrée sur les victimes pour la prévention et la réponse à la violence est essentielle** et nécessite une communication et une participation efficaces parmi les parties prenantes. Les éléments essentiels d'une telle approche comprennent **des cadres juridiques complets, la gouvernance, le contrôle et la responsabilisation, les ressources et le financement, la formation et le perfectionnement de la main-d'œuvre, le suivi et l'évaluation et les politiques et pratiques sexospécifiques**. De telles politiques devraient **aborder la discrimination à tous les niveaux de gouvernement et dans tous les secteurs**, y compris la santé, l'éducation, la police et la justice, et les politiques économiques.
- **Les stratégies promises** pour que les États préviennent et répondent efficacement à la VBG contre les jeunes handicapés comprennent :
 - **Développer un partenariat avec les OSC** représentant les jeunes handicapés dans l'élaboration de politiques et de programmes de prévention et de réponse en matière de violence ;
 - **Sensibiliser** le gouvernement aux droits des jeunes personnes handicapées, à l'ensemble des fournisseurs de services, ainsi qu'à leurs familles et à la communauté dans son ensemble.
 - **Veiller à ce que les jeunes handicapés comprennent leurs droits et développent des compétences** pour s'assurer qu'ils peuvent revendiquer leurs droits à la prévention et à la réponse en matière de VBG.
 - **Assurer l'accès et l'inclusion aux programmes existants de prévention et de réponse en matière de VBG**, étant donné que la majorité des jeunes personnes handicapées peuvent et devraient bénéficier des mêmes programmes de VBG que la population en général.

- Assurer la mise en œuvre effective des lois et des politiques visant à l'élimination de la VBG, compris la poursuite des auteurs.
 - Garantir les droits des jeunes handicapés concernant l'accès aux systèmes légaux en assurant l'accessibilité des établissements et des procédures judiciaires, en fournissant une formation adaptée pour le personnel des forces de l'ordre, dont les juges et les officiers de police, en assurant la disponibilité de services juridiques gratuits, de qualité, et en favorisant les connaissances juridiques pour les familles et prestataires de services de soins.
 - Veiller à ce que les jeunes handicapés aient accès à toute la gamme des services multisectoriels, y compris les services psychosociaux et les services de DSSR, en cas de violence au même titre que leurs pairs non handicapés
 - Aborder l'inclusion dans les politiques, les lois et les budgets liés aux DSSR à un niveau national et local, en veillant à ce qu'ils incluent les jeunes et les personnes handicapées
 - Établir une base de données en recueillant et en diffusant continuellement des données de recherche sur la VBG contre les jeunes handicapés.
- Tous les programmes et politiques de prévention et de lutte contre la VBG doivent être **adaptés aux jeunes et aux personnes handicapées** afin de garantir qu'ils soient disponibles, accessibles, abordables et de qualité appropriée pour les jeunes handicapés.
 - Les États doivent **recueillir des données et surveiller la conformité en fonction du handicap, du genre et de la jeunesse**, ce qui permet aux chercheurs de ventiler par statut, sexe et âge des handicaps pour identifier clairement les lacunes et les inégalités entre les groupes.

garantir que les jeunes handicapés jouissent de leurs droits et libertés au même titre que leurs pairs non handicapés, les gouvernements doivent adopter une approche globale qui informe et engage les parties prenantes dans de multiples secteurs, y compris les jeunes handicapés. Les étapes vers cet engagement sont discutées ci-dessous.

Des pratiques prometteuses ont été identifiées lors d'une revue de la littérature qui comprenait des rapports d'État aux organes de suivi des traités internationaux et aux procédures spéciales du Conseil des droits de l'Homme, visites sur le terrain en Espagne, en Équateur, au Maroc et au Mozambique, et par la communication avec les experts et les défenseurs régionaux et nationaux.⁴⁵⁷

II. PRÉVENTION DE LA VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE ENVERS LES JEUNES HANDICAPÉS

MISE EN AVANT DE LA PRÉVENTION DE LA VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE ENVERS LES JEUNES HANDICAPÉS

Les efforts visant à prévenir la violence à l'égard des jeunes handicapés ont plus de chances d'être efficaces lorsqu'ils s'attaquent aux attitudes discriminatoires à l'origine de la discrimination et de la violence fondées sur le genre et le handicap.⁴⁵⁸

La VBG peut prendre différentes formes, mais elle repose sur des relations de pouvoir inégales qui contribuent à la subordination, en particulier des femmes et des filles, aux normes discriminatoires et aux attitudes sexistes qui façonnent les structures sociales, économiques, politiques et culturelles. Comme décrit en détail au chapitre 1, les stéréotypes sexistes discriminatoires recoupent les préjugés et la stigmatisation liés au handicap et à l'âge pour aggraver les risques de violence auxquels sont confrontés les jeunes handicapés. En conséquence, les efforts visant à prévenir la violence contre les jeunes personnes handicapées doivent s'attaquer à chacune de ces formes de discrimination pour être efficaces.

La CDPH exige des États parties qu'ils sensibilisent et encouragent le respect des droits et de la dignité de toutes les personnes handicapées, y compris les jeunes personnes handicapées (Art. 8). Cela comprend la lutte contre les stéréotypes discriminatoires et les préjugés qui constituent des obstacles pour les jeunes handicapés. Les États parties doivent également veiller à ce que les jeunes handicapés et leurs familles bénéficient d'une assistance, d'un soutien et d'une éducation sensibles au genre et à l'âge pour éviter, reconnaître et répondre à la violence lorsqu'elle se produit.

De toute évidence, tous ceux qui travaillent au gouvernement à tous les niveaux, la fonction publique ou les ministres, leurs attitudes reflètent la société dans son ensemble. Donc, si vous vous concentrez sur le changement des attitudes de la société vis-à-vis des personnes handicapées, vous devez également changer les attitudes de ceux qui sont au sein du gouvernement.

, Point focal national pour la mise en œuvre de la CDPH, Royaume-Uni⁴⁵⁹

Le « modèle écologique » distingue les facteurs de risque de la violence selon quatre niveaux : sociétal, institutionnel, communautaire et individuel.⁴⁶⁰

Le modèle illustre les facteurs de risque les plus susceptibles d'être influencés par les changements de politique de l'État.⁴⁶¹ La figure 1, ci-dessous, a été modifiée pour refléter les facteurs de risque spécifiques aux filles et aux jeunes femmes handicapées et explore les implications politiques.

La recherche suggère qu'un certain nombre de stratégies peuvent être efficaces pour déplacer les normes sociales discriminatoires autour du genre chez les jeunes. L'augmentation des niveaux d'éducation et la croissance des opportunités économiques, entre autres, peuvent aller très loin dans la modification des relations entre les sexes. Parmi les adolescentes, les garçons et les jeunes hommes et femmes, l'éducation, en particulier l'enseignement secondaire, est l'un des facteurs les plus importants de réduction des attitudes discriminatoires à l'égard des rôles sexospécifiques traditionnels et des pratiques nuisibles connexes.⁴⁶² Des études ont montré que les filles et les garçons qui ont fait des études secondaires ou terminé leurs études secondaires sont beaucoup plus susceptibles de rejeter des pratiques telles que les mutilations génitales féminines (MGF) et de s'opposer aux normes qui légitiment la violence domestique.⁴⁶³

Il existe des preuves que les programmes soutenant les mouvements sociaux, tels que les campagnes contre les MGF et les mariages précoces, forcés et d'enfants, peuvent influencer les normes sociales et réduire le soutien aux pratiques néfastes.⁴⁶⁴ Les stratégies qui favorisent des modèles positifs, tels que les célébrités, les athlètes ou les dirigeants politiques, peuvent également être efficaces, tout comme les approches médiatiques axées sur la modélisation d'un comportement positif.⁴⁶⁵ La mise en œuvre effective des lois interdisant la discrimination fondée sur le sexe ou le handicap peut également être une mesure importante pour changer les attitudes discriminatoires et réduire la vulnérabilité des jeunes femmes et des filles handicapées à la violence.⁴⁶⁶

FIGURE 1 : FACTEURS CONTRIBUANT À LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES ET DES FILLES HANDICAPÉES⁴⁶⁷

	SOCIÉTÉ Structures globales dans l'ordre social	INSTITUTIONNEL Normes sociales et pratiques qui régissent la vie quotidienne	INTERPERSONNEL/ COMMUNAUTÉ Interactions quotidiennes dans l'environnement immédiat	INTRAPERSONNEL Histoire de vie individuelle
	<p>FACTEURS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dévalorisation des femmes et des personnes handicapées : Inégalité entre les sexes, stigmatisation liée au handicap. ▪ Masculinité : Masculinité hétérosexuelle normative. ▪ Médias : Glorification de la violence et de la sexualisation des femmes et des filles, manque de connaissances ou inclusion du handicap. ▪ Impunité : Lois faibles ou limitées contre la violence. ▪ Statut des jeunes : manque de respect des droits des jeunes, y compris les filles ; acceptation de la violence à l'égard des jeunes handicapés. 	<p>FACTEURS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Droit : Le droit des hommes à la sexualité et au contrôle sur les femmes. ▪ Absence de sanction : mauvaise application des lois contre la violence et la discrimination. ▪ Discrimination : discrimination à l'égard des femmes et filles handicapées. ▪ Éducation : manque de connaissances sur le handicap. ▪ Isolement et ségrégation des personnes handicapées. ▪ Poches de vulnérabilité accrue : concentrations élevées de pauvreté, de conflits, de crises humanitaires ou de catastrophes naturelles. 	<p>FACTEURS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Approbation des pairs : les groupes de pairs augmentent la VCF et le harcèlement des jeunes handicapés. ▪ Stéréotypes : Constructions rigides de ce qui est « normal ». ▪ Mythes : Malentendus à propos de la violence envers les femmes et de l'invalidité. ▪ Récompenses : Récompenses réelles ou perçues pour la violence ou l'exclusion. ▪ Opportunité : Les auteurs considèrent les femmes et les filles handicapées comme des cibles « faciles ». ▪ Stress : surcharge des parents et du personnel soignant, manque de formation. 	<p>FACTEURS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soi masculin/sans handicap : hostile envers les femmes/ personnes handicapées et qui approuve la VCF ; a besoin de se prouver qu'il est vraiment un « homme ». ▪ Déficiences émotionnelles et cognitives : manque d'empathie et de respect. ▪ Grandir dans des familles incapables de fournir des soins et un soutien de base. ▪ Sexe dépersonnalisé : Socialisation sexuelle orientée vers le pouvoir et le contrôle. ▪ Abus de stimuli : Abus d'images sexuellement explicites, d'alcool et de drogues. ▪ Traumatisme précoce : exposition précoce à la violence dans le foyer ou abus de confiance.
	<p>IMPLICATIONS DE LA POLITIQUE</p> <p>Interventions nécessaires au niveau structurel pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atteindre l'égalité formelle et substantielle entre les sexes et éliminer la discrimination fondée sur le handicap. ▪ Promouvoir des modèles positifs de la masculinité. ▪ Réglementer la violence dans les médias. ▪ Réglementer la sexualisation des femmes et des filles dans les médias et promouvoir l'inclusion. ▪ Renforcer les lois contre la violence. ▪ Promouvoir les droits des jeunes, y compris les filles handicapées. 	<p>IMPLICATIONS DE LA POLITIQUE</p> <p>Des interventions au niveau sociétal pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contester l'idée du droit masculin. ▪ Améliorer la mise en œuvre des lois et augmenter les taux de condamnation / sanctions des auteurs. ▪ Éliminer la discrimination à l'encontre des femmes et des filles et des personnes handicapées. ▪ Remettre en cause les stéréotypes et normes de genre néfastes et la stigmatisation du handicap via l'éducation, la formation et le renforcement des capacités. ▪ Inclure les personnes handicapées, en particulier les femmes et les filles, dans la conception et la portée des programmes et politiques. ▪ Améliorer l'accès aux ressources pour les communautés socialement exclues et désavantagées. 	<p>IMPLICATIONS DE LA POLITIQUE</p> <p>Interventions dans l'environnement immédiat nécessaires pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Défier le soutien par les pairs pour les VFFF et le harcèlement des jeunes handicapés. ▪ Transformer les stéréotypes liés au genre et à l'invalidité à travers l'éducation et la sensibilisation du public. ▪ Défier les mythes sur la violence envers les femmes et le handicap. ▪ S'assurer que tous les espaces de travail et écoles ont des politiques, des sanctions et des corrections efficaces pour toutes les formes de discrimination et qu'ils visent à obtenir une conception inclusive. ▪ Améliorer l'accès aux ressources, à l'éducation et à l'aide pour les familles et personnels de soins, en particulier ceux qui vivent dans la pauvreté. ▪ Redonner de la valeur aux filles. 	<p>IMPLICATIONS DE LA POLITIQUE</p> <p>Des interventions sont nécessaires au niveau personnel et familial pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir des identités masculines alternatives et positives. ▪ Augmenter la sensibilisation à l'inégalité des genres et à la stigmatisation du handicap. ▪ Développer les programmes de soutien et d'éducation aux parents et famille, en particulier pour les parents d'enfants handicapés. ▪ Promouvoir une éthique sexuelle et de soins via l'éducation. ▪ Permettre aux jeunes hommes d'évaluer de façon critique les images sexuellement explicites. ▪ S'assurer que les services consacrés à l'abus de drogues et d'alcool sont informés sur la VCF. ▪ Assurer que les soins psychiatriques soient informés sur la VCF. ▪ Veiller au soutien des enfants et jeunes qui ont été maltraités.



CONCEPTS PRINCIPAUX DE LA PRÉVENTION ET DES INTERVENTIONS :⁴⁶⁸

Le genre fait référence aux attributs sociaux et aux opportunités associés au fait d'être un homme ou une femme, aux relations entre les femmes et les hommes et aux filles et aux garçons, et aux relations entre les femmes et les hommes. Ces attributs, opportunités et relations sont construits socialement et sont appris à travers les processus de socialisation.

L'égalité des sexes signifie que tous les êtres humains, indépendamment du sexe, sont égaux en dignité et en droits et libres de développer leurs capacités personnelles, de poursuivre leur carrière professionnelle et de faire des choix sans discrimination et sans limites.

Les approches transformatrices de genre sont des stratégies qui encouragent une conscience critique des rôles et des normes de genre. Elles comprennent des moyens de changer les normes sexistes néfastes pour favoriser des relations de pouvoir plus équitables entre les femmes et les hommes et entre les femmes et les autres membres de la communauté. Ces stratégies encouragent les droits et la dignité des femmes, remettent en question la distribution injuste et inégale des ressources et la répartition des tâches entre les hommes et les femmes, et tiennent compte des besoins spécifiques des femmes et des hommes.

Les normes sociales se réfèrent aux facteurs contributifs et aux déterminants sociaux de certaines pratiques dans une communauté qui peuvent être positives et renforcer son identité et sa cohésion ou peuvent être négatives et potentiellement conduire à des dommages. Une norme sociale peut être une règle de comportement que les membres d'une communauté sont censés observer. Les normes sociales peuvent créer et maintenir un sens collectif d'obligation et d'attente sociales qui conditionne le comportement des membres individuels de la communauté, qui peuvent craindre l'ostracisme ou la stigmatisation s'ils rejettent la norme ou s'attendre à être récompensés s'ils se conforment à la norme.

L'approche systémique fait référence au regroupement d'une gamme de structures, de fonctions et de capacités intersectorielles pour répondre à la VBG et la prévenir dans un contexte donné. Le système est organisé autour d'un objectif commun, et une attention particulière est accordée à la coordination des actions des différents acteurs, organisations et sous-systèmes afin que chacun d'eux se renforce mutuellement.

Dans chacun de ces cas, l'inclusion des jeunes handicapés peut encourager la reconnaissance des personnes handicapées en tant que détenteurs de

droits et favoriser des attitudes de respect et une plus grande conscience sociale envers les jeunes handicapés de manière à réduire la violence.

ACCÈS AUX MÉDIAS ET À LA TECHNOLOGIE ET CHANGEMENT DES NORMES SOCIALES

Les technologies de l'information et de la communication (TIC) ont ouvert de nouvelles voies pour l'inclusion des personnes handicapées, franchissant certaines barrières et offrant de nouvelles opportunités aux personnes handicapées dans le domaine de l'éducation et de l'emploi, entre autres.⁴⁶⁹ Mais il existe de plus en plus de preuves que l'accès des jeunes aux médias et aux TIC est associé à des changements dans les normes et attitudes sexospécifiques, positives ou non, ce qui suggère de nouvelles possibilités de lutter contre la discrimination sexiste.⁴⁷⁰

Dans un exemple prometteur, Ibis Reproductive Health, Afrique du Sud, une organisation internationale non gouvernementale (ONG) ayant pour mission d'améliorer l'autonomie, les choix et la santé des femmes dans le monde, s'est associée au Community Media Trust (CMT) en 2014 pour lancer la campagne *Mmoho* dans le but spécifique d'exploiter le pouvoir des médias pour promouvoir les droits des jeunes en Afrique du Sud aux DSSR et services de prévention et d'intervention en matière de VBG.⁴⁷¹ *Mmoho* est une campagne qui utilise une approche fondée sur les droits pour modifier le dialogue sur la grossesse chez les adolescentes et pour plaider en faveur de services de DSSR complets et accessibles pour les jeunes femmes et hommes. *Mmoho* est une initiative inclusive qui rassemble des dizaines d'organisations, d'agences gouvernementales et de groupes de base. Ce vaste partenariat inclut les OPH, telles que la Johannesburg Society of the Blind.

La campagne a trois activités principales : diffuser des messages sur les DSSR en utilisant la radio, la presse écrite, les sites Web et les médias sociaux ; mobiliser les jeunes en partenariat avec le National Teenage Pregnancy Partnership (NTPP), et engager le gouvernement et les décideurs. Certains de ses travaux les plus importants ont été axés sur la prévention de VBG.⁴⁷²

Les ateliers sur l'engagement des médias sont l'un des principaux outils de la campagne *Mmoho*. En août 2017, *Mmoho* a organisé un atelier sur la VBG réunissant des adolescents et des jeunes issus d'écoles secondaires et de personnalités médiatiques, dont Ayanda Makayi, un acteur de la populaire série dramatique *Shuga*, diffusée sur MTV-Afrique du Sud et Wandile Molebatsi, la star des films populaires *Chappie* et *A Million Colours*. Les jeunes participants ont pu poser des questions aux groupes d'activistes et aux personnalités des médias sur leurs opinions concernant la VBG.

Les acteurs et les producteurs de *Shuga* ont discuté des mesures qu'ils peuvent eux-mêmes prendre pour inclure les préoccupations spécifiques des jeunes dans les scénarios du feuilleton qui touchent aux sujets des DSSR et de la VBG. En tant que l'une des émissions de télévision les plus populaires en Afrique du Sud pour les jeunes, *Shuga* est conscient de son pouvoir et de sa responsabilité d'informer les jeunes et de façonner positivement leurs attitudes en matière de sexualité et de genre.

Le gouvernement sud-africain a participé activement à la campagne *Mmoho*. Les départements de la santé, de l'éducation de base et du développement social font partie du NTPP et participent activement aux ateliers d'engagement des médias, notamment en envoyant des administrateurs de haut rang en tant que conférenciers et panélistes pour dialoguer directement avec les jeunes participants.



RESPECT DES DROITS DES JEUNES HANDICAPÉS DANS LES INTERVENTIONS FACE À LA VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE

Une stratégie globale de lutte contre la violence envers les jeunes handicapés doit garantir que les lois, politiques et programmes conçus pour répondre à la VBG incluent et soutiennent les droits et les besoins des jeunes handicapés au même titre que leurs pairs non handicapés. Conformément aux principes énoncés dans la CEFDF, la CDE, la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, la Déclaration de Beijing et son Programme d'action, le Programme d'action de la CIPD et la CDPH, entre autres instruments examinés au chapitre 3,⁴⁷³ le Programme mondial commun des Nations Unies (ONU) sur les services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence reconnaît les éléments fondamentaux suivants d'une réponse efficace à la VBG, adaptés ici pour inclure les jeunes handicapés :⁴⁷⁴

- La prestation de tous les services doit adopter une approche fondée sur les droits et respecter la dignité inhérente et l'humanité des personnes handicapées ;
- Les services doivent respecter la différence et accepter les personnes handicapées en tant que titulaires de droits sur la même base et dans la même mesure que les personnes non handicapées ;
- Les services doivent promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ;
- Les services doivent être adaptés à la culture et à l'âge et sensibles à l'évolution des capacités des enfants et des adolescents handicapés de toutes sortes ;
- Les services doivent être fournis selon une approche centrée sur les victimes et doivent être

accessibles aux victimes de toutes sortes et les accommoder

- La sécurité est primordiale ; et
- Les services doivent effectivement tenir les auteurs pour responsables, y compris en soutenant la participation des victimes au processus judiciaire et en encourageant les organisations de victimes.⁴⁷⁵

Le UNFPA et Women Enabled International (WEI) ont récemment établi un partenariat sur les *Prochaines lignes directrices pour fournir des services axés sur les droits et sensibles au genre pour lutter contre la violence basée sur le genre et les droits à la santé sexuelle et reproductive des femmes et des jeunes handicapés*. Ces directives détaillées fournissent des mesures pratiques et concrètes que les décideurs, les responsables de programmes et les prestataires de services peuvent prendre pour garantir que les jeunes handicapés, y compris les jeunes femmes et adolescentes handicapées, bénéficient d'un accès égal aux services de prévention et de réponse en matière de VBG et aux services de DSSR. Les directives garantissent également que les États, les OSC et d'autres acteurs fournissant des services possèdent les connaissances nécessaires pour élaborer des approches ciblées afin de répondre aux besoins spécifiques des femmes et des jeunes handicapés en matière de handicap. Elles ont été développées pour mettre en œuvre le Cadre AAAQ pour les jeunes handicapés, discuté plus en détail dans l'encadré ci-dessous.

Comme pour les services de DSSR, les jeunes handicapés peuvent rencontrer des difficultés particulières pour accéder aux services de réponse en matière de VBG, qui peuvent être indisponibles en raison de l'inaccessibilité physique, du manque de moyens de communication accessibles, des barrières de transport, de la pauvreté et d'une foule d'autres facteurs. La CDPH établit des normes importantes pour l'adéquation des services aux



LE CADRE DAAQ ET LES SERVICES D'INTERVENTION POUR LES JEUNES HANDICAPÉS SURVIVANTS DE LA VBG

La prestation de services aux jeunes handicapés survivants de la violence doit être créée et maintenue pour que personne ne soit victime de discrimination, peu importe où il se trouve, y compris dans les régions éloignées et rurales, et que même les plus marginalisés reçoivent les soins nécessaires. Le cadre DAAQ est un outil utile pour évaluer si les services répondent aux besoins des femmes et des filles handicapées. DAAQ signifie disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité. Ce cadre fondé sur les droits a été utilisé dans l'ensemble du système des Nations Unies et appliqué à un large éventail de questions, y compris l'évaluation des établissements de santé, des biens et des services pour l'inclusion des personnes handicapées.⁴⁷⁶ Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CDESC) a défini quatre composantes normatives du droit à la santé et de tous les déterminants sous-jacents de la santé.⁴⁷⁷ Ces normes ont été adaptées aux jeunes handicapés comme suit :

- **Disponibilité** : Des installations, biens et services de santé publique et de santé fonctionnels, y compris, par exemple, hôpitaux, cliniques, agents de santé qualifiés, prestataires de services psychosociaux, médicaments essentiels, contraception d'urgence, accès aux programmes de prévention du VIH / SIDA, etc. doivent être disponibles et sensibles aux besoins particuliers et aux droits de l'homme de tous les adolescents et jeunes handicapés, y compris ceux qui sont victimes de violence.
- **Accessibilité** : Les installations, biens et services de santé devraient être connus et facilement accessibles (économiquement, physiquement et socialement) à tous, y compris aux jeunes handicapés, sans discrimination, en particulier envers les personnes les plus marginalisées. L'accessibilité comprend également le droit de rechercher, de recevoir et de communiquer des informations sur les besoins en matière de soins de santé, et la confidentialité doit être garantie, le cas échéant.
- **Acceptabilité** : Tous les établissements, biens et services de santé doivent respecter les valeurs culturelles, être sensibles au genre, respecter l'éthique médicale et respecter les jeunes handicapés et les communautés dans lesquelles ils vivent. Le traitement médical doit être expliqué de manière compréhensible, et les agents de santé doivent être conscients des sensibilités culturelles.
- **Qualité** : Les services de santé doivent également être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité, ce qui nécessite un personnel médical formé pour s'occuper des adolescents et des jeunes handicapés. La qualité s'étend également à la manière dont les gens sont traités et les déterminants sous-jacents de la santé doivent être appropriés et de bonne qualité.⁴⁷⁸

LE CADRE DAAQ ET LES SERVICES D'INTERVENTION POUR LES JEUNES HANDICAPÉS VICTIMES DE VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE

DISPONIBILITÉ

Les installations, les biens et les services doivent être disponibles en quantité suffisante et en approvisionnement continu.



ACCESSIBILITÉ

Les installations, biens et services doivent être accessibles à tous sans discrimination (physique, économique, informations, absence de discrimination).



ACCEPTABILITÉ

Les installations, les biens et les services doivent être respectueux de l'éthique médicale et culturellement appropriés.



QUALITÉ

Les installations, les biens et les services doivent être de bonne qualité.



Remarque : Une version textuelle de ce graphique est disponible en [annexe](#).

Source : Adapté du Comité des droits économiques, sociaux et culturels (2000). Observation générale 14, Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. U.N. Doc. E/C.12/2000/4.

Le Cadre AAAQ fournit un cadre fondé sur les droits de l'homme à travers lequel les États et les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux, entre autres, peuvent estimer et évaluer les interventions politiques. La mise en œuvre du Cadre AAAQ nécessite nécessairement une sensibilité aux besoins et caractéristiques particuliers des personnes qui accèdent aux services, y compris les services de santé sexuelle et reproductive et de soutien psychosocial, car ce qui est acceptable pour une femme de 40 ans est susceptible d'être différent de ce qui est acceptable pour une fille de 10 ans qui a survécu à la violence.⁴⁷⁹

personnes handicapées et exige que les États parties garantissent aux personnes handicapées le droit d'avoir accès à la justice, y compris des aménagements procéduraux et spécifiques à leur âge pour faciliter leur participation aux procédures

judiciaires (Art. 13), et que les personnes handicapées aient le droit à une reconnaissance égale devant la loi (Art. 12). Les mesures que les États ont prises pour s'assurer que ces droits sont respectés sont examinées plus loin.⁴⁸⁰

// III. INITIATIVES MULTINATIONALES ET RÉGIONALES DE PRÉVENTION ET DE RÉPONSE FACE À LA VIOLENCE

Bien que ce rapport se concentre sur les mesures prometteuses prises par les acteurs nationaux pour assurer l'accès aux droits des jeunes handicapés et encourager leur exercice, les initiatives multinationales et régionales fournissent des mécanismes importants pour le développement de programmes et d'orientations sur la mise en œuvre des politiques. Certains d'entre eux, menés par l'ONU et d'autres organisations multilatérales, sont mis en évidence dans l'encadré ci-dessous. En outre, les initiatives adoptées par le Conseil de l'Europe, l'Union africaine et les institutions interaméricaines des droits de l'homme offrent aux États des orientations spécifiques sur la manière de s'acquitter de leurs obligations de prévention et de lutte contre la violence envers les jeunes handicapés.

La Stratégie du Conseil de l'Europe pour les personnes handicapées 2017-2023 : Droits de l'homme : « A Reality for All » souligne que les personnes handicapées ont le droit de jouir de l'ensemble des droits de l'homme. Il met en évidence un certain nombre de thèmes transversaux, y compris le risque que de nombreuses personnes handicapées font face à des formes de discrimination multiples et / ou croisées.⁴⁸¹ La Stratégie appelle les États membres à reconnaître l'existence de discriminations multiples et à en tenir compte dans les travaux et les initiatives aux niveaux régional, national et local. Elle appelle également les États membres à promouvoir un meilleur accès à l'information pour les jeunes handicapés et à intégrer les droits des jeunes handicapés dans toutes les activités et à prévenir et à combattre l'exploitation, les abus et la violence discriminatoire.⁴⁸²

En 2012, la Conférence des ministres du développement social de l'Union africaine a élaboré le Plan d'action continental dans le cadre de la Décennie africaine des personnes handicapées (2010-2019) et a créé une institution de l'Union africaine pour les handicapés.⁴⁸³ De manière significative, les enfants et les jeunes handicapés sont chacun désignés comme des thèmes stratégiques dans le thème stratégique du Plan d'action Continental sur l'intégration.⁴⁸⁴ Sous le thème des femmes handicapées, ceux qui éliminent la violence sexuelle et augmentent l'accès à la SSR sont prioritaires.⁴⁸⁵

Une série de décisions de la Commission interaméricaine des droits de l'Homme et de la Cour interaméricaine des droits de l'Homme a fourni des orientations explicites aux gouvernements concernant l'étendue de leurs devoirs visant à garantir le droit des femmes et des filles à ne subir aucune violence discriminatoire, en tenant les États pour responsables, *entre autre*, de ne pas protéger les femmes et les enfants contre la violence domestique lorsque l'État savait que les survivants étaient en danger,⁴⁸⁶ ne pas avoir fait preuve de diligence raisonnable dans l'enquête sur la mort de trois enfants aux mains de leur père,⁴⁸⁷ et ne pas poursuivre les responsables de la violence contre les femmes.⁴⁸⁸

Chacune de ces politiques est significative dans la mesure où elle reconnaît explicitement les femmes et les filles handicapées en tant que titulaires de droits, en particulier le droit d'être à l'abri de la violence. Trop souvent, les femmes et les filles handicapées sont exclues des initiatives régionales et nationales visant à prévenir et à combattre les VBG et les pratiques néfastes, un échec qui doit être corrigé pour que les droits fondamentaux des femmes et des filles soient pleinement respectés.

LE TRAVAIL DES ORGANISATIONS MULTILATÉRALES SUR LA PRÉVENTION ET LES INTERVENTIONS FACE À LA VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE

Le Programme mondial conjoint des Nations Unies sur les services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence, ONU Femmes, UNFPA, 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 (UNODC) offrir un meilleur accès à un ensemble coordonné de services multisectoriels essentiels et de qualité pour toutes les femmes et les filles qui ont été victimes de VBG.

Le programme identifie les services essentiels à fournir par les secteurs de la santé, des services sociaux, de la police et de la justice ainsi que les lignes directrices pour la coordination des services essentiels et la gouvernance des processus et des mécanismes de coordination. Le programme a également élaboré et déploie les lignes directrices sur la prestation de services pour les éléments de base de chaque service essentiel. Ces directives ont été identifiées pour assurer la fourniture de services de haute qualité, en particulier pour les pays à revenu faible et intermédiaire, pour les femmes et les filles victimes de violence. Le programme est mis en œuvre dans plus de 40 pays d'Amérique latine et des Caraïbes, d'Afrique (Afrique orientale et australe et Afrique de l'Ouest et du Centre), d'Asie-Pacifique et des États arabes.

L'initiative Spotlight pour l'élimination de la violence contre les femmes et les filles : L'initiative Spotlight UE-ONU pour éliminer la violence contre les femmes et les filles, mise en œuvre par les Nations Unies (y compris UNFPA, ONU Femmes et le PNUD), répondra à toutes les formes de violence contre les femmes et les filles (VCF), avec un accent particulier mis sur la violence familiale, la violence sexuelle, la VBG et les pratiques néfastes, le féminicide, la traite des êtres humains et l'exploitation sexuelle et économique (du travail) en Asie, en Afrique, dans les Caraïbes, en Amérique latine et dans le Pacifique.

Programme commun du UNFPA et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) visant à accélérer l'abandon des MGF : Ce programme fait partie de l'effort mondial visant à lutter contre les mutilations génitales féminines et vise à jouer un rôle stratégique et catalytique dans l'abandon de la pratique. Le Programme commun, qui est le plus important programme mondial de soutien aux pays pour l'élimination des mutilations génitales féminines depuis 2008, est actuellement dans sa phase II, soutenant des initiatives nationales dans 17 pays : Burkina Faso, Djibouti, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, Mauritanie, Nigeria, Sénégal, Somalie, Soudan, Ouganda et Yémen. Il est guidé par une théorie du changement qui met fortement l'accent sur une approche holistique et intégrée, en collaborant avec le gouvernement, la société civile et les communautés pour promouvoir les réformes politiques et juridiques, soutenir les services et travailler avec les communautés pour galvaniser une nouvelle norme sociale qui soutient l'abandon des MGF.

Programme mondial conjoint de l'UNICEF et du UNFPA pour une action accélérée visant à mettre fin au mariage des enfants : Le mariage des enfants est un défi mondial, influencé par les croyances religieuses et les cultures, avec près de 750 millions de femmes et de filles vivant aujourd'hui mariées avant leur 18^e anniversaire. Chaque année, 15 millions de filles de plus sont mariées avant l'âge de 18 ans, les taux de prévalence étant plus bas chez les garçons que chez les filles. L'élimination du mariage des enfants fait partie de l'objectif d'égalité des sexes dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD) de 2030, sous la Cible 5.3 sur les pratiques néfastes. Pour mettre en œuvre cet

objectif, l'UNICEF et le UNFPA ont élaboré le Programme mondial commun d'action accélérée pour mettre fin au mariage des enfants. L'effort est actuellement en cours dans 12 pays et vise à garantir que toutes les filles profitent pleinement de leur enfance sans risque de mariage et qu'elles vivent des transitions de vie plus saines, plus sûres et plus autonomes, en contrôlant leur propre destin, y compris les choix et les décisions à propos de la formation de la relation / du mariage et la maternité. La théorie du changement pour le programme repose sur l'exploitation des infrastructures existantes pour renforcer les capacités des partenaires régionaux, accroître les engagements du gouvernement et cibler des communautés entières pour un changement d'attitude afin de modifier durablement la transmission intergénérationnelle des comportements de mariage des enfants.

// IV. STRATÉGIES NATIONALES PROMETTEUSES POUR PRÉVENIR ET INTERVENIR FACE À LA VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE À L'ENCONTRE DES JEUNES HANDICAPÉS

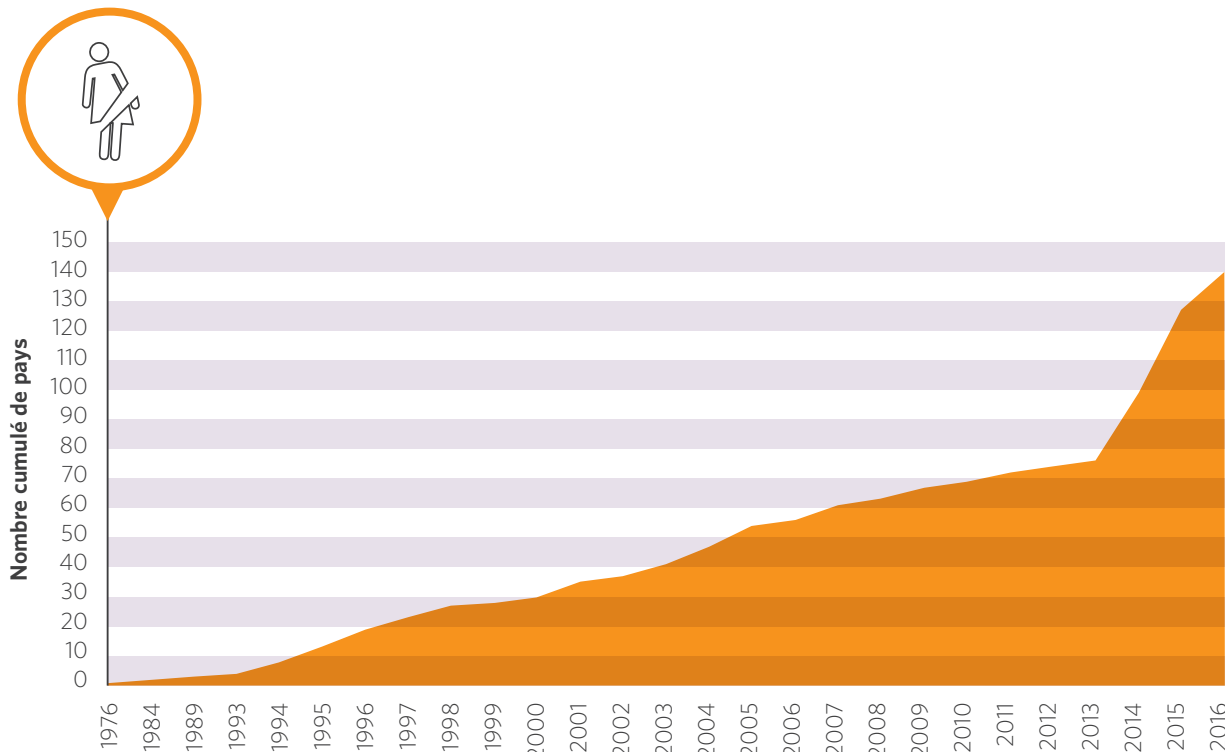
CADRES JURIDIQUES COMPLETS

Depuis l'adoption du Programme d'action de la CIPD en 1994 et de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing un an plus tard, les représentants des organisations de la société civile, les représentants gouvernementaux et les organisations et réseaux internationaux ont accompli des progrès considérables pour accroître le respect des droits des femmes et des filles. La plupart des pays dans le monde ont maintenant une législation qui reconnaît l'égalité des sexes et interdit la discrimination contre les femmes et les filles, y compris les femmes et les filles handicapées.⁴⁸⁹ La plupart des pays ont également une forme de législation qui traite de la VBG sous une forme ou une autre, en spécifiant souvent la violence domestique ou la violence contre les femmes.⁴⁹⁰

Les lignes directrices proposées par l'ONU appellent à une approche globale de la législation nationale qui, *entre autres* :

- Reconnaît la violence contre les femmes en tant que forme de discrimination basée sur le genre et une violation des droits de l'homme ;
- Définit la discrimination à l'égard des femmes comme toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le sexe ayant pour effet ou pour effet d'affaiblir ou d'annuler la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice par les femmes, sur un pied d'égalité avec les hommes, des droits fondamentaux et libertés fondamentales ;
- Prévoit qu'aucune considération coutumière, traditionnelle ou religieuse ne peut être invoquée pour justifier la violence contre les femmes ;
- Est globale et pluridisciplinaire, criminalisant toutes les formes de violence contre les femmes et englobant les questions de prévention, de protection, d'autonomisation des survivants et de soutien, ainsi que des sanctions adéquates pour les auteurs et les recours pour les survivants ; et
- Protège toutes les femmes sans distinction de race, de couleur, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre, d'origine nationale ou sociale,

NOMBRE CUMULÉ DE PAYS AYANT UNE LÉGISLATION CONTRE LA VIOLENCE CONJUGALE, 1976-2016



Remarque : Une version textuelle de ce graphique est disponible en [annexe](#).

Source : Banque mondiale (2015). *Women Business and the Law: Getting to Equal* and the Women and Business and the Law database (mise à jour 2016).

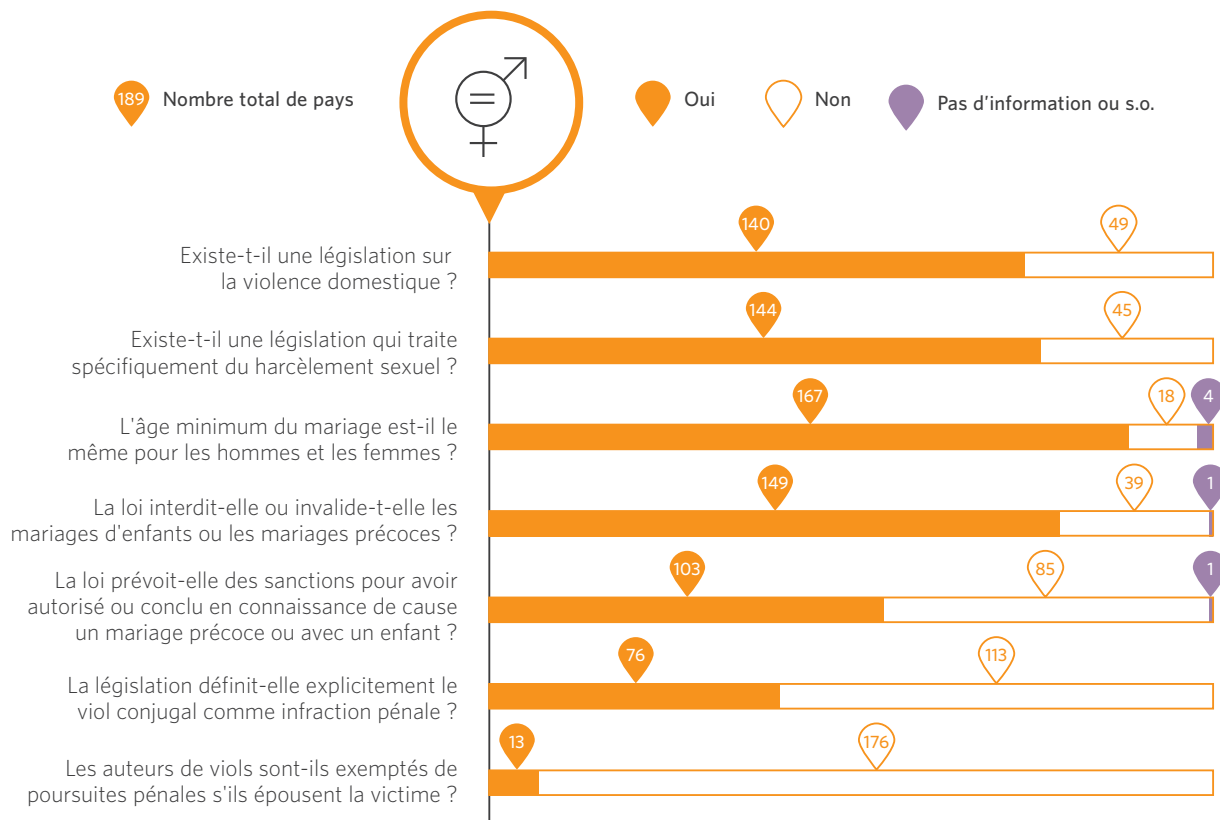
de propriété, d'état civil, d'orientation sexuelle, de statut VIH / SIDA, de statut de migrant ou de réfugié ou de handicap.⁴⁹¹

Alors qu'une grande partie de la législation nationale porte sur la violence domestique et aborde le plus souvent la violence physique, suivie de la violence émotionnelle (124 et 122 pays respectivement),⁴⁹² la législation la plus complète sur la VBG va plus loin et vise non seulement les actes criminels de VCFF mais impose aussi des changements dans la politique ou la programmation éducative pour cibler les attitudes discriminatoires et promouvoir l'égalité des sexes.⁴⁹³ Par exemple, la loi mexicaine sur l'Accès des femmes à une vie sans violence (2007) exige le développement de programmes éducatifs à tous les niveaux de la scolarité pour

promouvoir l'égalité des sexes et empêcher le renforcement des attitudes discriminatoires.⁴⁹⁴ La Loi chilienne sur la violence intrafamiliale réclame également l'inclusion de leçons sur la violence intrafamiliale dans les programmes scolaires, et la loi brésilienne Maria da Penha (*Lei Maria da Penha, Loi N° 11.340*) prévoit des programmes de sensibilisation aux risques et conséquences de la VBG et nécessite des programmes éducatifs sur les questions de sexualité et de violence.⁴⁹⁵

Certaines législations nationales imposent également des services aux victimes de violences. Le Guatemala, le Mexique, la Turquie, Maurice, les États-Unis, l'Autriche et l'Inde ont tous adopté des mécanismes pour fournir des logements et des abris aux survivants de VBG, et 45 pays ont des

NOMBRE DE PAYS AVEC OU SANS CERTAINES DISPOSITIONS EN MATIÈRE D'ÉGALITÉ DES SEXES



Remarque : Une version textuelle de ce graphique est disponible en [annexe](#).

Source : Banque mondiale (2016). *Projet sur les femmes, les affaires et la loi* (dernière mise à jour en août 2016). Disponible à l'adresse : wbl.worldbank.org.

lois garantissant une assistance juridique gratuite à ces survivants.⁴⁹⁶

Pour les femmes et les filles handicapées, des protections contre la VBG peuvent être trouvées dans les lois spécifiques à la prévention de la violence et dans les lois garantissant les droits des personnes handicapées. Par exemple, en Inde, la Loi pénale (amendement) de 2013 a introduit de nouvelles protections contre les agressions sexuelles pour les femmes et les filles handicapées, y compris celles des institutions, tout en exigeant que les victimes de violence qui ont un handicap reçoivent du soutien et de l'aide lorsqu'elles enregistrent une plainte, identifient l'auteur et fournissent un témoignage.⁴⁹⁷ La nouvelle Loi

sur les droits des personnes handicapées (2016) renforce ces protections en interdisant la violence et l'exploitation des personnes handicapées, en garantissant le droit de porter plainte et en bénéficiant d'une assistance juridique gratuite et en obligeant les forces de l'ordre à répondre aux plaintes des personnes handicapées.⁴⁹⁸

La loi organique espagnole 1/2004 sur les mesures intégrées contre la violence sexiste garantit à toutes les femmes une protection contre la violence, y compris les femmes handicapées. La loi interdit « tous les actes de violence physique et psychologique, y compris la privation de liberté sexuelle, les menaces, la coercition et la privation arbitraire de liberté » et inclut des mesures de

sensibilisation et d'intervention dans l'éducation formelle pour renforcer l'égalité et la dignité des femmes.⁴⁹⁹ La loi garantit que les femmes handicapées ont accès à des informations sur leurs droits et les ressources disponibles dans des formats accessibles et encourage l'intégration des femmes handicapées dans les campagnes d'information et les efforts de sensibilisation pour éliminer la violence.⁵⁰⁰

La loi espagnole contient également de multiples garanties des droits des personnes handicapées, y compris le droit d'être à l'abri de la violence. Le droit des personnes handicapées d'être à l'abri de la violence et de la discrimination est garanti par la Constitution espagnole de 1978, par exemple, et la loi générale sur les droits des personnes handicapées qui interdit explicitement les formes multiples et croisées de discrimination à l'encontre des personnes handicapées.⁵⁰¹ De même, les droits des enfants handicapés à être protégés contre la violence sont garantis par le Code pénal espagnol et par le Code civil, qui traite spécifiquement de la violence contre les enfants par les parents.⁵⁰²

Les lois sont également utilisées comme outils pour améliorer les réponses globales à la violence, établir des normes pour les réponses policières aux réclamations, par exemple, et établir des lignes directrices pour que les prestataires de soins reconnaissent et signalent les incidents de violence potentiels. Comme indiqué au chapitre 2, le fait de ne pas enquêter rapidement et de manière approfondie sur les allégations de violence contre les femmes, y compris les femmes handicapées, constitue une violation de l'obligation de diligence raisonnable de l'État en vertu du droit international. Certains États ont réagi en demandant à la police d'enquêter sur les plaintes et en la pénalisant si elle ne le fait pas. L'article 7 de la loi sur la violence domestique du Ghana (2007) oblige les policiers à « répondre à une demande d'assistance d'une personne contre la violence domestique » et les oblige à « offrir la protection demandée pour les circonstances de l'affaire ou la personne qui a

établit le rapport. »⁵⁰³ De même, l'article 5 de la loi sur la criminalisation de la violence à l'égard des femmes (2007) exige que les agents publics qui agissent contre la violence agissent rapidement et efficacement, tout en respectant les procédures et les droits de l'Homme des femmes affectées ou risquant de se trouver en manquement à leurs devoirs.⁵⁰⁴ La loi aux Philippines impose une amende aux responsables villageois ou aux forces de l'ordre qui ne signalent pas un incident de violence et, en Corée du Sud, la Loi spéciale sur la prévention de la violence domestique et la protection des victimes (1997) exige une enquête policière et le traitement des survivants pour toute blessure physique ou psychologique.⁵⁰⁵

Certains États ont également imposé des mandats nécessitant des services de soutien pour les survivants de la violence. Par exemple, l'article 17 de la Loi guatémaltèque contre le féminicide et autres formes de violence contre les femmes (2008) oblige le gouvernement à garantir l'accès des survivants aux centres de services intégrés, comme le font des lois similaires au Mexique, en Turquie, à Maurice et en Autriche.⁵⁰⁶ La législation en Espagne et en Australie, entre autres, garantit un soutien financier aux survivants de la violence, y compris, dans certains cas, les exigences que les auteurs contribuent aux dépenses de logement des survivants.⁵⁰⁷ Et à partir de 2012, les lois sur la violence domestique dans au moins 45 pays ont inclus des garanties d'aide juridique gratuite pour les femmes.⁵⁰⁸

Dans son étude thématique sur la violence contre les femmes et les filles handicapées, le Conseil des droits de l'Homme a noté que les interdictions de discrimination fondée sur le sexe dans la législation nationale sont insuffisantes pour protéger les femmes et les filles handicapées contre la VBG. Dans la pratique, cette législation « omet souvent de reconnaître l'éventail des milieux familiaux ou familiaux dans lesquels les femmes handicapées peuvent vivre (comme les foyers de groupe ou de soins infirmiers) et la variété des auteurs possibles

dans ces contextes » ainsi que les diverses formes de préjudice, dont certains peuvent être spécifiques au handicap. De la même manière, une législation qui interdit la violence contre les femmes peut ne pas protéger les droits des jeunes femmes et des filles handicapées si elle ne reconnaît pas les formes uniques de violence auxquelles elles peuvent être exposées en raison de leur handicap. Une grande

partie de la législation décrite ci-dessus peut donc promouvoir le droit de certaines jeunes filles et femmes à ne pas être victimes de violence, sans inclure expressément les droits et les besoins des jeunes femmes et des filles handicapées ou lorsqu'elles leur sont inaccessibles, il peut être insuffisant de leur garantir seulement l'absence de violence.



PERSONNALITÉ LÉGALE ET POUVOIR DE CONSENTEMENT : METTRE FIN À LA STÉRILISATION FORCÉE EN COLOMBIE ET EN ARGENTINE

Dans certains domaines, la santé et les droits en matière de sexualité et de santé reproductive (DSSR) et le droit d'être à l'abri de la violence se recoupent pour les jeunes handicapés, l'un des plus importants parmi ces derniers est le fait que le refus de la DSSR entraîne la stérilisation forcée ou forcée, la contraception ou l'avortement. Le Comité des droits des personnes handicapées a condamné ces pratiques et les a catégoriquement qualifiées de violations de la CDPH et des droits de l'homme des personnes handicapées. Non seulement ces pratiques sont reconnues comme des formes de VBG,⁵⁰⁹ mais dans la pratique, la stérilisation et la contraception forcée peuvent accroître la vulnérabilité des jeunes filles et des femmes aux abus sexuels, en partie parce que l'abus est plus difficile à détecter.⁵¹⁰ Néanmoins, de nombreux États autorisent encore la stérilisation sans consentement, ce que les défenseurs du droit ont fait évoluer en Colombie et en Argentine.

Depuis 2012, *PROFAMILIA*,⁵¹¹ l'Association colombienne du syndrome de Down (Asociación Colombiana de Síndrome de Down, ASDOW),⁵¹² la Ligue colombienne de l'autisme (la Liga Colombiana de Autismo, LICA),⁵¹³ et le Programme d'action pour l'égalité et l'inclusion sociale (Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social, PAIIS) de l'Université des Andes⁵¹⁴ œuvrent pour assurer et promouvoir les DSSR des personnes handicapées en Colombie. La coalition, qui rassemble des professionnels de la santé ayant une expertise en SSR, des personnes handicapées et leurs familles, et des professionnels du droit travaillant pour la défense des droits de l'homme, a contribué à sensibiliser le public aux droits des personnes handicapées en particulier en ce qui concerne leur SSR. L'un des principaux objectifs de la coalition a été de renforcer les actions de plaidoyer auprès des autorités judiciaires et administratives pour l'élimination des violations des DSSR des personnes handicapées, en particulier contre la stérilisation forcée. Selon les résultats de recherche suggérant que les juges et les fournisseurs de soins de santé permettaient aux tuteurs désignés de protéger les intérêts économiques des personnes handicapées afin de prendre pour eux des décisions en matière de soins de santé, la coalition a élaboré des documents pour former les personnes handicapées, les fournisseurs de soins de santé et les professionnels du droit sur les droits des personnes handicapées et la nécessité d'une prise de décision assistée, en particulier en ce qui concerne les décisions liées à la SSR.

Dans une décision de 2016 motivée par le plaidoyer juridique du groupe, la Cour constitutionnelle a ordonné au ministère de la Santé de réglementer l'accessibilité des services de SSR, y compris pour les personnes handicapées. Après une longue consultation avec les parties prenantes concernées, y compris les organisations représentant les personnes handicapées et leurs familles, le Ministère a adopté en mai 2017 un nouveau règlement interdisant la stérilisation des personnes handicapées sans leur consentement éclairé. Le règlement oblige les fournisseurs de soins à consulter directement les patients handicapés plutôt que leurs tuteurs ou leurs parents et à prendre des décisions éclairées pour s'assurer que toutes les décisions relatives à la santé et au bien-être du patient sont prises avec le consentement éclairé du patient.

Le ministère de la Santé a incorporé des membres de la coalition dans ses réunions internes et le ministère de la Justice a également encouragé un cours de formation élaboré par la coalition pour sensibiliser les juges aux droits des personnes handicapées, en particulier les normes applicables aux résultats des capacités juridiques et aux conséquences de leur déni.

Le Gouvernement argentin a également pris des mesures pour protéger les droits des jeunes handicapés à prendre des décisions pour eux-mêmes, notamment en ce qui concerne leur autonomie corporelle et leur reproduction. Des amendements récents au Code civil et commercial argentin reconnaissent le droit des jeunes à prendre leurs propres décisions en matière de soins de santé et de traitement. L'article 26 du Code prévoit que les jeunes âgés de 13 à 16 ans doivent être présumés capables de donner ou de refuser un traitement non invasif (défini comme un risque grave pour leur vie ou leur santé) sans consulter ou recevoir le consentement d'un parent ou d'un tuteur. Pour tout traitement invasif, ils doivent toujours être consultés et obtenir leur consentement, mais cela peut être fait avec l'aide des parents ou des tuteurs. Les jeunes âgés de plus de 16 ans sont reconnus comme des adultes et pleinement capables de prendre des décisions pour eux-mêmes en ce qui concerne toutes les formes de soins de santé.

La Résolution 65/2015 adopte une approche similaire vers une autonomie progressive, autorisant tous les jeunes à avoir accès à l'information sur la SSR, mais limitant l'accès à certaines formes de contraception pour les enfants de moins de 13 ans, à moins d'être assistés par un parent ou un adulte. Les jeunes entre 13 et 16 ans ont le droit d'accéder à la plupart des méthodes contraceptives temporaires et, à l'âge de 16 ans, les jeunes sont présumés être adultes et ont le droit d'accéder à toute la gamme des services de SSR.

Ces règles offrent de nouvelles protections pour les droits des jeunes handicapés, en particulier en ce qui concerne leurs droits en matière de procréation. En vertu de la Résolution 65/2015, les professionnels de la santé doivent présumer que les jeunes handicapés sont juridiquement capables et autorisés à donner ou à refuser le consentement éclairé aux services de SSR. Les centres médicaux doivent fournir toutes les mesures de soutien nécessaires pour permettre aux jeunes handicapés de prendre des décisions autonomes et éclairées sur leurs soins et ne peuvent pas les stériliser à leur insu et sans leur consentement, faute d'une décision judiciaire insuffisante selon une nouvelle norme.⁵¹⁵

METTRE EN ŒUVRE DES POLITIQUES POUR PRÉVENIR ET INTERVENIR FACE À LA VIOLENCE CONTRE LES JEUNES HANDICAPÉS

Les lois sont plus susceptibles d'être mises en œuvre efficacement lorsqu'elles sont intégrées à une stratégie nationale ou à un plan d'action et à un cadre stratégique global. Des politiques efficaces peuvent prendre naissance dans de nombreux endroits et prendre des formes différentes. Elle incluent et se basent sur la propriété politique au sein des institutions gouvernementales, des partenariats avec les OSC, du soutien à la recherche, et du développement et de la confiance en une expertise pratique et politique et en une analyse fondée sur des preuves.⁵¹⁶ Cette section examinera les lignes directrices pour les plans d'action nationaux et les stratégies de prévention et de réponse en matière de VBG qui incluent les jeunes handicapés et explorera des exemples de la façon dont ces directives ont été mises en pratique dans des contextes particuliers, notamment par l'adoption de protocoles de soins de santé visant à identifier les victimes potentielles d'abus chez les jeunes handicapés, des programmes visant à renforcer les capacités des forces de l'ordre et des systèmes judiciaires pour répondre aux besoins des jeunes handicapés ayant survécu à la violence et des programmes offrant soins et soutien aux survivants. Elle se termine par une brève discussion sur l'importance critique des ressources pour faire en sorte que les lois et politiques encourageant les droits des jeunes handicapés soient mises en œuvre.

PLANS D'ACTION NATIONAUX POUR PRÉVENIR ET COMBATTRE LA VIOLENCE ENVERS LES JEUNES HANDICAPÉS

Un grand nombre des instruments internationaux et régionaux examinés au chapitre 2 du présent

rapport demandent aux États de prendre des mesures actives pour lutter contre la VBG, en particulier la VCFF. En vertu de la CDPH, par exemple, les États sont tenus de veiller à ce que les femmes et les filles handicapées puissent jouir de tous les droits et libertés auxquels elles ont droit (Art. 6) et de prendre toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées ainsi que d'autres mesures pour protéger les personnes handicapées. . . de toutes les formes de . . . violence et abus », y compris la VBG (Art. 16)⁵¹⁷ Le Comité de la CEFDF, entre autres, a régulièrement appelé les États à élaborer des plans d'action nationaux qui précisent comment ils rempliront leurs obligations d'éradiquer la violence envers les femmes et les filles, y compris les femmes et les filles handicapées.⁵¹⁸ Les plans d'action nationaux peuvent fournir des plans complets, multisectoriels et durables pour mettre fin à la violence contre les femmes, y compris les femmes et les filles handicapées.⁵¹⁹

Pour garantir que les jeunes handicapés reçoivent les mêmes soins et le même soutien que les pairs non handicapés et sont intégrés dans les programmes de prévention et de réponse, les plans d'action nationaux doivent également aborder explicitement les formes intersectionnelles de discrimination telles que la discrimination liée à l'âge et au handicap. Compte tenu de la marginalisation fréquente des jeunes femmes et des filles handicapées, il est peu probable qu'elles soient atteintes par des stratégies généralisées.⁵²⁰ Elles sont également moins susceptibles d'être touchées par les services et les programmes que ces stratégies favorisent et ont des besoins spécifiques auxquels les stratégies générales ne répondent pas. Un plan d'action national complet devrait aborder les différentes inégalités et formes de discrimination auxquelles les jeunes femmes peuvent être confrontées, en particulier les jeunes femmes et les filles handicapées, et adapter les stratégies pour lutter contre la discrimination intersectionnelle.⁵²¹

FORUM DES ÎLES DU PACIFIQUE ET CADRE DES DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES DU PACIFIQUE (2016-2025)

Le Forum des îles du Pacifique, une organisation regroupant 18 pays insulaires du Pacifique, fournit des conseils et des orientations aux États membres en vue de promouvoir des approches intégrées pour relever les défis communs. Reconnaisant que les personnes handicapées figuraient parmi les groupes les plus marginalisés des États du Pacifique et étaient représentées de manière disproportionnée parmi les citoyens les plus pauvres de la région, le Forum des îles du Pacifique a adopté une stratégie régionale sur le handicap pour les années 2010-2015. Cette stratégie a conduit à l'adoption du Cadre du Pacifique sur les droits des personnes handicapées en 2016.

Le nouveau cadre est le fruit de consultations approfondies avec les parties prenantes, notamment les OPH, les responsables gouvernementaux chargés de la mise en œuvre de la CDPH et la protection des droits des personnes handicapées dans les pays membres du Forum des îles du Pacifique et d'autres organisations intéressées. Selon le secrétaire général du Forum des îles du Pacifique, il « tente de saisir les caractéristiques uniques de la CDPH, en tant qu'instrument des droits de l'homme et du développement économique et social » en assurant un rôle central aux personnes handicapées dans l'élaboration et la mise en œuvre du Cadre.⁵²² Il établit une vision d'une « société inclusive, sans barrières et fondée sur les droits pour les hommes, les femmes et les enfants handicapés, qui englobe la diversité de tous les peuples du Pacifique ».

Le Cadre est remarquable pour son inclusion des femmes handicapées et son appel pour l'intégration du handicap dans toutes les politiques gouvernementales sur la prévention et les réponses à la VBG. Il reconnaît les femmes handicapées comme un groupe particulièrement marginalisé parmi les personnes handicapées et intègre des objectifs et des cibles spécifiques pour l'inclusion des femmes handicapées dans les programmes de renforcement des capacités de leadership et les organisations encourageant les initiatives de développement économique.

Parmi les huit principes fondamentaux, le Cadre reconnaît :

- Le respect de la dignité inhérente, l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix et l'indépendance ;
- L'égalité entre hommes et femmes ;
- Le respect des capacités évolutives des enfants handicapés et le respect du droit des enfants handicapés à préserver leur identité ; et
- Le respect de la dignité et de la valeur des jeunes et des personnes âgées handicapées ;

Il insiste sur les formes multiples et croisées de discrimination souvent rencontrées par les femmes handicapées et exhorte les États membres à prendre explicitement en compte les femmes lorsqu'elles intègrent le handicap dans les politiques, programmes et services nationaux, notamment ceux qui ciblent la VCGF. Parmi les résultats escomptés du Cadre figure l'inclusion des femmes handicapées dans l'élaboration de nouvelles politiques et leur participation aux examens et évaluations des programmes et des politiques aux niveaux national et régional du gouvernement.

Le plan d'action national pour la prévention de la violence à l'égard des femmes adopté par le Cambodge en 2014 en est un exemple. Il reconnaît la violence contre les femmes comme une violation des droits de l'homme et prévoit une réponse multisectorielle intégrée répondant explicitement à ses obligations en vertu des traités internationaux relatifs aux droits de l'homme. Il reconnaît également les formes multiples et croisées de discrimination auxquelles sont confrontées les femmes handicapées et appelle à différentes stratégies et actions de réponse pour cibler les mesures de prévention et de réponse à leurs besoins.⁵²³

Le Cadre politique et le plan d'action national du Sri Lanka pour lutter contre la violence sexuelle et basée sur le genre au Sri Lanka 2016-2020 ciblent également le croisement entre genre et handicap mais reconnaissent également la vulnérabilité des jeunes handicapés à la VBG. Le Cadre politique charge le Ministère des affaires féminines et de l'enfance de prévenir l'abus des enfants placés en institution, y compris les enfants handicapés, et d'établir de nouveaux mécanismes de protection contre la violence sexuelle et la VBG envers les enfants handicapés.

En Australie, les stratégies nationales et régionales de prévention de la violence reconnaissent les différentes vulnérabilités et expériences de violence que subissent les jeunes femmes et les filles handicapées. La stratégie de Victoria visant à prévenir toutes les formes de violence contre les femmes retrace les conclusions de recherches menées par Women with Disabilities Australia (WWDA) sur les vulnérabilités et la nature complexe de l'oppression contre les femmes et les filles handicapées et définit une vision d'action future qui adapte des actions stratégiques envers les risques et les vulnérabilités connus.⁵²⁴ Le Plan national de réduction de la violence à l'égard des femmes reconnaît également la nature intersectorielle de la discrimination à l'égard des femmes et des filles handicapées et réserve des subventions d'action communautaire pour répondre aux besoins des femmes handicapées victimes de violence.⁵²⁵

Pour atteindre leurs objectifs, les plans et stratégies nationaux devraient adopter non seulement une approche intersectionnelle mais aussi intersectorielle qui engage de multiples acteurs du gouvernement à prévenir et à répondre à la violence. Un exemple d'une telle approche est celui du Ministère uruguayen du développement social, examiné dans l'encadré ci-dessous.



INTÉGRER LES FEMMES ET LES FILLES HANDICAPÉES DANS LA RÉPONSE AUX VIOLENCES SEXUELLES - LE PROGRAMME NATIONAL SUR LE HANDICAP DE L'URUGUAY

En 2008, une petite équipe de chercheurs appuyée par le gouvernement local de Montevideo en collaboration avec l'Université de la République d'Uruguay s'est associée aux OSC pour mener une vaste étude sur les expériences des femmes handicapées accédant aux services de SSR. L'étude a révélé que plus de 84 pour cent des femmes qui avaient demandé des services au moins une fois n'ont jamais essayé de nouveau, presque entièrement à cause de la façon dont elles étaient traitées par les fournisseurs de services. Les entrevues de groupes de discussion menées dans le cadre de l'étude ont également révélé que les femmes handicapées étaient souvent victimes de violence sexuelle, souvent de la part des soignants.

La publication de l'étude a généré une nouvelle appréciation des défis auxquels sont confrontées les femmes handicapées et a conduit en 2013 à la création d'un nouveau bureau au sein du programme national du handicap du ministère du Développement social pour se concentrer sur l'intersection entre genre et handicap. Le programme national de handicap a également ajouté l'accès aux services de SSR pour les femmes handicapées comme thème central dans son plan de travail et a développé de multiples initiatives intersectorielles pour intégrer les femmes handicapées dans les politiques gouvernementales et les plans concernant les DSSR et la prévention et la réponse en matière de VBG.

En partenariat avec le ministère de la Santé et les prestataires de soins de santé, le Bureau du genre a préparé un chapitre sur les services de SSR appropriés pour les femmes handicapées afin de les inclure dans le « Guide vert », la principale ressource utilisée par les étudiants et les cliniciens ainsi que des dépliants détaillés destinés aux professionnels de la santé et aux facultés de médecine pour utilisation dans leurs pratiques et leurs programmes d'études.

Sous l'égide du programme « Barriendo Barreras », le Bureau du genre du Programme national sur le handicap a lancé un projet visant à atteindre les femmes handicapées et à s'assurer qu'elles étaient au courant de leurs DSSR. Le projet a créé des espaces pour les femmes handicapées, leurs familles et leurs soignants, et les prestataires de services pour parler de la sexualité et de la reproduction, comprendre leurs droits et en apprendre davantage sur les services qui sont mis à leur disposition. Le Bureau du genre a également organisé des ateliers pour les jeunes handicapés dans les écoles, avec des informations de base sur la sexualité, la puberté et les pratiques de relations saines.

Le Bureau du genre a collaboré avec le bureau du ministère du Développement social sur la violence sexuelle pour s'assurer que les femmes handicapées soient intégrées dans leurs programmes et politiques. En 2014 et 2015, le groupe a préparé des dépliants sur les risques et la prévalence de la violence sexuelle contre les femmes handicapées et a rédigé un manuel fournissant des conseils techniques aux prestataires de services médicaux et sociaux travaillant avec les survivants de la violence pour garantir que ces services étaient ouverts et incluaient les femmes handicapées. Le Programme national pour les personnes handicapées offre maintenant un soutien technique aux survivants et aux fournisseurs de services de soutien grâce à des équipes de consultants capables de soutenir les femmes handicapées à partir du moment où elles présentent une plainte pour violence sexuelle ou autre et jusqu'à la résolution ultime de l'affaire. Les équipes de soutien technique comprennent des avocats, des psychologues et des travailleurs sociaux formés pour soutenir les survivants et leurs familles, le personnel chargé de l'application de la loi et les fournisseurs de services sociaux.

Le Programme national du handicap a également conclu une entente avec la Faculté de droit pour offrir des services d'aide juridique aux personnes handicapées et le nouveau Plan national d'accès à la justice pour les personnes handicapées prévoit la formation du personnel judiciaire et des étudiants en droit sur les droits et les besoins des personnes handicapées.⁵²⁶



METTRE LES STRATÉGIES EN PRATIQUE

Une réponse efficace à la VBG exige que toutes les entités impliquées dans les réponses travaillent ensemble de manière cohérente et intégrée. Les États peuvent utiliser et ont utilisé des plans d'action nationaux pour renforcer et normaliser la formation et l'éducation des professionnels impliqués ou susceptibles de participer à des programmes de prévention ou de réponse afin qu'ils puissent reconnaître la violence quand et où cela est le plus probable et prendre les mesures appropriées pour intervenir, répondre, et prendre soin des survivants si nécessaire.⁵²⁷ Les sections suivantes examinent les mesures prises par les États pour renforcer les systèmes de santé et les systèmes juridiques afin de lutter contre la violence, en particulier contre les jeunes femmes et les filles handicapées, et garantir que les jeunes femmes et filles handicapées aient accès à des services de soutien adéquats tels que des centres d'accueil, une assistance juridique et des groupes de soutien.

Définir des protocoles pour les prestataires de services

Le développement des capacités des prestataires de soins de santé est particulièrement important, car les prestataires de soins de santé sont souvent les premiers à reconnaître et à servir les victimes de la violence.⁵²⁸ Ils fournissent des soins médicaux essentiels aux femmes et aux filles survivantes et peuvent les orienter vers d'autres services, y compris des centres d'accueil ou des programmes de conseil basés sur des données probantes et dotés de ressources suffisantes. Dans le cadre d'une stratégie nationale globale de lutte contre la VBG, le Comité de la CEFDF a appelé à l'élimination de tous les obstacles à l'accès des femmes aux services de santé et aux informations relatives à leur santé et a demandé aux États de garantir leur autonomie, la confidentialité dans les services de santé et les soins.⁵²⁹

Pour les jeunes femmes et les filles handicapées, qui peuvent être marginalisées dans leur foyer ou pour qui les voyages peuvent être restreints ou impossibles sans compagnon, les visites privées avec les fournisseurs de soins de santé peuvent fournir une occasion essentielle de partager des expériences d'abus qui pourraient passer inaperçues. Les politiques nationales qui intègrent les prestataires de soins dans les stratégies de prévention et de lutte contre la violence à l'égard des femmes, y compris les jeunes femmes et les filles handicapées, peuvent donc offrir aux jeunes filles et aux femmes handicapées un soutien indispensable.

Les directives cliniques de l'OMS pour les soins aux survivants de la violence soulignent l'importance de fournir des « soins centrés sur les femmes » qui reconnaissent les différents besoins des femmes victimes de violence, y compris les jeunes femmes et les filles handicapées.⁵³⁰ Les lignes directrices reconnaissent l'importance d'établir des liens entre les fournisseurs de soins de santé et les OSC, tout en assurant une collaboration intersectorielle et en maintenant des voies d'orientation claires.

Ces normes sont reflétées dans les prochaines directives élaborées par le UNFPA et le WEI. Tous les efforts de prévention et d'intervention concernant la VBG doivent être conformes aux normes du Paquet de services essentiels des Nations Unies pour les femmes et les filles victimes de violence. Les directives du UNFPA / WEI soulignent l'importance du cadre DAAQ pour les services aux jeunes handicapés ayant subi des violences et la nécessité que des services tels que les soins médicaux d'urgence soient disponibles et accessibles aux survivants handicapés de la VBG.⁵³¹ Les lignes directrices de l'OMS et de l'UNFPA / du WEI proposent toutes deux des programmes de formation qui permettent aux prestataires de soins de santé de reconnaître le potentiel de la VBG chez les patients qu'ils voient et de réagir ensuite de manière appropriée. Une stratégie pour établir ce type de cours de formation en Équateur est décrite dans l'encadré ci-dessous.



COURS D'ENSEIGNEMENT SUR LA VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE EN EQUATEUR

Pour lutter contre la VBG, le ministère équatorien de la Santé Publique a créé une Norme Technique de prise en charge de la VBG (2014) et un Cours destiné aux prestataires de santé pour qu'ils soient formés aux questions sur la VBG. Les objectifs du cours sont les suivants : a) Permettre aux prestataires de santé publique de développer leurs capacités et leurs aptitudes pour assurer les soins médicaux aux victimes de la VBG, b) Fournir des connaissances sur les concepts, les outils, les techniques méthodologiques et les procédures liées à l'aide apportée aux victimes de la VBG, et c) Apprendre comment identifier et reconnaître les réalités des victimes de la VBG. Il inclut explicitement les jeunes handicapés, en incorporant des exemples tirés de leur vie et comprend des sections sur les besoins spécifiques en matière de santé des jeunes personnes handicapées victimes de violence.

Le cours se décompose en cinq modules :

1. Cadre conceptuel et juridique : Les étudiants apprennent ce que l'on entend par discrimination et VBG et bénéficient du cadre juridique qui les oblige à fournir des soins intégraux à toutes les victimes de la VBG, y compris les victimes handicapées, en mettant l'accent sur les droits des personnes ayant accès aux soins.

Ce module rend visibles les problèmes structurels de la société équatorienne en matière d'inégalité et d'accès aux droits de l'homme tels que l'inégalité entre les sexes, la pauvreté, le racisme, l'homophobie, le manque d'accès à l'éducation, les handicaps, etc. Pour surmonter ces problèmes, le module stipule que les prestataires de soins de santé doivent travailler selon les principes de la justice sociale, avoir une approche genre / intergénérationnelle / interculturelle et respecter les droits des personnes à la mobilité humaine.

Les études de cas de cette section présentent des scénarios dans lesquels différentes personnes sont victimes de discrimination en raison de leur contexte de minorité ou parce qu'elles ne correspondent pas aux standards normalisés de la société. Les étudiants sont censés résoudre des questions concernant chaque étude de cas afin de pouvoir déterminer s'ils peuvent ou non identifier des situations de discrimination.

Par exemple, l'une des études de cas tourne autour de la vulnérabilité dans laquelle Emilia, une femme de 28 ans, qui a des origines indigènes et parle Kichwa, vit dans une zone rurale et est prise en charge par ses parents (qui sont Kichwa) et n'a jamais eu accès à l'éducation ou au travail en raison de son trouble d'apprentissage linguistique, a été victime de violence sexuelle. Les étudiants sont invités à identifier quelles sont les situations de vulnérabilité dans lesquelles vit Emilia et quels sont les défis auxquels elle fait face dans l'accès à la santé intégrale, à l'éducation et au travail.

Les étudiants sont également interrogés sur les concepts de sexe, de genre, d'égalité entre les sexes et de racisme. Il est important de noter que ces questions tendent à clarifier que l'approche

de l'égalité des sexes ne met pas l'accent sur les efforts visant à rendre les femmes considérées comme « meilleures que les hommes » ; par conséquent, le cours en ligne dé-construit les mythes autour du féminisme.

2. Prise en charge complète des victimes de VBG (attention portée à la violence sexuelle) : Les étudiants apprennent les procédures de base qu'ils doivent suivre pour fournir des soins complets aux victimes de violence sexuelle. On leur donne des outils pour identifier les cas de violence sexuelle qui peuvent apparaître avant eux les protocoles qu'ils suivront après l'identification d'un cas et l'importance de la confidentialité, de la non-revictimisation, du consentement éclairé et du travail interinstitutionnel qui existe pour s'occuper des victimes et des survivants.
3. Prise en charge complète des victimes de VBG (attention portée à la violence physique) : Les étudiants reçoivent des outils pour identifier les cas de violence physique qui peuvent se présenter devant eux, apprendre des procédures de soins complets, et le travail interinstitutionnel qui existe pour s'occuper des victimes et des survivants.
4. Prise en charge intégrale des victimes de VBG (attention portée à la violence physiologique) : Les étudiants apprennent des procédures de soins complètes pour identifier et aider les victimes de violence psychologique et apprendre à utiliser le réseau interinstitutionnel pour aider les victimes.
5. Prise en charge complète des victimes de VBG qui sont des personnes handicapées : Les étudiants apprennent le cadre juridique et conceptuel sur les handicaps et étudient comment procéder selon le protocole médico-légal pour les crimes sexuels.

Dans ce module, les étudiants sont réintroduits dans le cas d'Emilia, qu'ils ont analysé en premier dans le module 1. Cette fois, Emilia a été amenée par ses parents au Centre de santé après avoir été retrouvée inconsciente et avec des signes de violence. Le module décrit étape par étape la procédure à suivre par les prestataires de santé lorsqu'ils sont confrontés à un cas de violence sexuelle subie par une personne handicapée.

Ils sont chargés de s'occuper des besoins urgents de la victime, de garder la preuve intacte et de contacter le médecin légiste du procureur pour procéder à l'examen médical (une seule fois, car la personne ne doit pas subir une nouvelle victimisation). On rappelle aux étudiants que le consentement éclairé de la victime est nécessaire pour pouvoir exécuter l'examen médical. Étant donné que la personne est handicapée, les fournisseurs de soins de santé déterminent si la personne est en mesure de donner son consentement ou si les parents doivent consentir en leur nom.

Au fur et à mesure que l'examen médical est finalisé et que les preuves ont été recueillies, ils entrent dans l'état de garde, dans le cadre de la procédure pénale. Après cela, la victime doit être transférée pour recevoir les soins médicaux nécessaires à son rétablissement suite à cet épisode violent.

RENFORCER LES SYSTÈMES JURIDIQUES

La grande majorité des femmes et des filles victimes de violence ne demandent jamais d'aide officielle et ne signalent pas la violence.⁵³² Un examen récent des données d'enquête par la Banque mondiale a révélé que moins de la moitié des femmes victimes de violence en a parlé à quelqu'un et seulement 6 % ont demandé l'aide d'autorités telles que la police ou des avocats.⁵³³ Dans de nombreux cas, les femmes ne signalent pas la violence parce qu'elles ne savent pas où et comment déposer une plainte. Mais pour certains survivants de la violence, les expériences avec les forces de l'ordre et le système judiciaire peuvent être traumatisantes. Les personnes handicapées en particulier se voient souvent refuser l'accès à un traitement juste et équitable devant les tribunaux et les forces de l'ordre, ce qui rend plus difficile la revendication de leurs droits.

La CDPH exige que les États garantissent aux personnes handicapées un accès égal à la justice et fournissent toute l'aide nécessaire pour leur permettre de témoigner dans toutes les procédures judiciaires, à tous les stades (Art. 13). Renforcer les systèmes juridiques pour faire en sorte que les jeunes handicapés touchés par la violence puissent prendre des mesures pour se protéger et parvenir à une certaine justice est une composante essentielle d'une réponse globale à la violence et une étape importante pour respecter les obligations internationales.

Parmi les obstacles les plus évidents pour les personnes handicapées qui cherchent à avoir accès à la justice, il y a les barrières physiques dans les palais de justice, les commissariats de police et d'autres institutions du système judiciaire.⁵³⁴ De nombreux États exigent maintenant l'accessibilité des institutions publiques, et certains ont amélioré l'accessibilité physique des palais de justice. En Espagne, par exemple, le Conseil général de la magistrature a créé le Forum sur le handicap et la justice afin d'examiner et de plaider en faveur de l'élimination des obstacles auxquels les personnes handicapées pourraient être confrontées dans le cadre du système juridique.⁵³⁵ En juin 2017, la plupart des bâtiments judiciaires avaient été rendus physiquement accessibles aux personnes à mobilité réduite, et certains étaient en cours de modification pour assurer l'accessibilité aux personnes atteintes de déficience visuelle.⁵³⁶

L'Espagne a également créé des tribunaux spécialisés pour entendre les cas de VBG et le Conseil général de la magistrature et de l'Observatoire contre la violence domestique et la violence basée sur le genre offre des cours de formation obligatoires sur la VBG qui incluent une formation sur la manière de travailler avec des femmes et des filles handicapées en tant que demandeurs et témoins dans la salle d'audience.⁵³⁷

D'autres efforts visant à sensibiliser le personnel chargé de l'application de la loi et à garantir que les jeunes personnes handicapées ont les mêmes droits à la justice que les autres sont décrits dans les encadrés ci-dessous.



BOÎTE À OUTILS DU FORUM DES PERSONNES HANDICAPÉES DU PACIFIQUE SUR LA RECONNAISSANCE ET LA PRÉVENTION DE LA VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE⁵³⁸

En 2014, le Forum des personnes handicapées et la Fédération des personnes handicapées de Fidji, toutes deux ONG, ont publié la Boîte à outils pour l'élimination de la violence contre les femmes handicapées à Fidji. La boîte à outils était l'aboutissement d'un vaste programme de sensibilisation des

OPH et de leurs membres, des membres de la famille et des aidants des personnes handicapées, et des travailleurs communautaires dans les Fidji sur les droits des personnes handicapées, en particulier les femmes et les filles handicapées, à vivre sans violence et vulnérabilités auxquelles elles ont été confrontés. Le programme a incorporé une formation sur la prévention de la violence et les services juridiques et politiques disponibles aux survivants de la violence ainsi que des stratégies de recherche afin que les OPH recueillent et analysent les données sur la prévalence et l'expérience de violence dans les communautés.

Les données recueillies par ces organisations et les consultations en cours avec les groupes intéressés et les représentants du gouvernement ont éclairé l'élaboration de la boîte à outils tout en favorisant une nouvelle compréhension entre les intervenants de l'étendue et de la nature du problème. Le Ministère fidjien des femmes, des enfants et de la lutte contre la pauvreté était un partenaire essentiel du projet, tout comme l'Équipe régionale de ressources sur les droits, organisation qui fournit un appui technique et des conseils sur la mise en œuvre des droits de l'homme dans la région du Pacifique. Une réunion de cette dernière organisation a donné aux avocats et autres parties prenantes de la région l'occasion d'entendre des femmes handicapées parler de leurs propres histoires d'abus et de discuter des mesures qu'elles pourraient prendre pour lutter contre la violence envers les femmes handicapées dans leur propre pays.

La boîte à outils offre des conseils clairs sur la façon de surmonter les obstacles auxquels les femmes handicapées sont confrontés lorsqu'elles sont touchées par la violence, ainsi que des principes directeurs visant à accroître la sensibilisation à l'ampleur de ce type de violence et à la prévenir. Elle insiste sur le fait que ceux qui travaillent pour éliminer la violence contre les femmes prennent au sérieux les voix et les expériences des femmes handicapées et incluent les femmes handicapées dans les stratégies pour répondre à la violence.

Parmi ses actions les plus concrètes, la boîte à outils fournit aux Fidji une liste d'OPH pouvant contribuer à la lutte contre la violence ainsi que des informations sur leurs domaines spécifiques d'expertise, tels que l'interprétation gestuelle, les aides à la mobilité ou les audits d'accessibilité ainsi que des coordonnées pertinentes. La boîte à outils fournit également des informations importantes sur le développement inclusif du handicap et les approches transformatrices de genre ainsi que des conseils pratiques sur la façon de préparer un lieu approprié et inclusif et d'assurer l'accessibilité du matériel de formation. Elle fournit des exemples utiles de la manière dont une approche fondée sur les droits de l'homme peut être appliquée à la prévention de la violence, par exemple en veillant à ce que les prestataires de soins reconnaissent et respectent les droits des femmes handicapées à prendre leurs propres décisions pour rapporter un abus ou entamer une action en justice, et en veillant à ce que la police comprenne qu'il lui incombe de réagir et d'intervenir dans les situations de violence, à la demande d'une femme handicapée.

La boîte à outils a eu des impacts importants, non seulement sur la vie des femmes handicapées vivant à Fidji, mais aussi sur la manière dont les femmes handicapées interagissent avec les responsables gouvernementaux. Le Forum des personnes handicapées du Pacifique a établi un partenariat avec une organisation de hauts responsables de la police pour encourager la formation du personnel juridique et des autorités judiciaires en utilisant la boîte à outils et le ministère fidjien des femmes, des enfants et de la lutte contre la pauvreté a inclus une OPH locale dans son groupe de travail sur l'élimination de la violence contre les femmes.



SOUTENIR L'ACCÈS À LA JUSTICE POUR LES SURVIVANTS DE LA VIOLENCE, KENYA ET AFRIQUE DU SUD

Bien que les jeunes femmes et les filles ayant une déficience intellectuelle courent un risque beaucoup plus élevé de violence sexuelle que leurs pairs non handicapés, il est très rare que des affaires contre les auteurs soient portées devant les tribunaux. Deux projets en Afrique australe ont cherché à changer cela en offrant un soutien aux survivants de la violence sexuelle et à leurs familles ainsi qu'aux agents de la force publique et aux officiers de justice.

Le projet SAVE (Agressions sexuelles et autonomisation des victimes) a été lancé par Cape Mental Health en 1990 en réponse aux demandes d'aide du Service de police et des procureurs du ministère de la Justice d'Afrique du Sud.⁵³⁹ Le programme aide les personnes ayant des troubles d'apprentissage qui ont été agressées sexuellement. Le programme offre des services de travail social aux survivants et à leurs familles pour aider les survivants à surmonter le traumatisme et aider les familles à prévenir de nouveaux abus. Les participants au programme reçoivent également un soutien avant et pendant les procès contre les auteurs présumés, y compris la préparation de la présence au tribunal, des évaluations psychologiques, y compris en ce qui concerne la capacité de la victime à témoigner et un témoignage d'expert si nécessaire.

En 2005, une évaluation des 14 premières années du programme a conclu que le nombre de cas de violence contre des personnes ayant des déficiences intellectuelles poursuivies augmentait régulièrement après la mise en place du programme, et qu'un nombre important de ces cas ont abouti à des condamnations. Les responsables de l'application de la loi ont dit aux chercheurs que sans le programme, moins de demandes seraient traduites en justice, en établissant une distinction claire entre les services offerts par le programme et l'accès à la justice pour les victimes de violence.

Dans un programme similaire, l'Association kenyane pour les handicapés intellectuels (KAIH) s'est associée à la Coalition contre la violence faite aux femmes (COVAW) au Kenya pour aider les victimes de violence intellectuelle et leurs familles à porter plainte contre leurs auteurs.

Le projet Accès à la justice fonctionne à trois niveaux de procédures judiciaires. Au stade préliminaire, les participants identifient les obstacles auxquels sont confrontées les personnes ayant une déficience intellectuelle pour signaler les cas de VBG et les aider à porter leurs cas devant les tribunaux. Pendant les procès, KAIH soutient les victimes pour s'assurer qu'elles peuvent participer pleinement. Enfin, le projet recueille des données après le procès pour s'assurer que les auteurs sont traduits en justice et condamnés. Les moyens de soutien concrets que KAIH fournit à ses membres comprennent le soutien aux communications pour assurer une communication efficace devant les tribunaux, la préservation des preuves pour en assurer la recevabilité et le travail avec les enquêteurs et les procureurs pour comprendre le dossier, recueillir des preuves et représenter efficacement les personnes avec des handicaps intellectuels.⁵⁴⁰

KAIH est également devenu un partenaire important de la police, des procureurs et des juges ainsi que des prestataires de soins, en dispensant une formation sur la manière de recevoir les plaintes des

personnes handicapées mentales et en soutenant leurs efforts devant les tribunaux pour poursuivre les auteurs. KAIH travaille en partenariat avec le Conseil national pour les personnes handicapées du Kenya sur un programme de formation pour les membres de la magistrature et leur personnel sur la façon de travailler avec les survivants de violence qui ont des déficiences intellectuelles et coordonné avec de multiples acteurs étatiques, dont l'Institut de formation judiciaire et la Commission nationale des droits de l'homme. En réponse aux commentaires des promoteurs du projet Accès à la justice, le ministère de la Justice encourage la formation sur l'inclusion des personnes ayant une déficience intellectuelle pour les juges et les magistrats.⁵⁴¹

SOUTENIR ET AUTONOMISER LES SURVIVANTS DE LA VIOLENCE

Les soins, le soutien et la protection des jeunes handicapés victimes de violence doivent être une composante essentielle de toute stratégie nationale de lutte contre la VBG. Ces soins devraient inclure des soins médicaux et psychiatriques d'urgence, un logement sûr et un accès à long terme à des conseils et à une autonomisation fondés sur des données probantes et devraient être accessibles aux jeunes handicapés sur un pied d'égalité avec les autres.

Les centres de services intégrés et autres modèles de soins coordonnés qui permettent aux femmes et aux filles touchées par la violence de rencontrer

des policiers, de déposer des plaintes et de témoigner, de recevoir les soins médicaux et les conseils nécessaires et de trouver un abri sûr se sont révélés être des stratégies efficaces pour répondre à la violence dans différents contextes.⁵⁴² Mais veiller à ce que ces services soient accessibles aux jeunes femmes et aux filles handicapées nécessite une attention soutenue à l'accessibilité. Le Réseau des femmes handicapées (DAWN) au Canada, organisme qui fait la promotion des droits des femmes et des filles handicapées, a mis au point un outil d'enquête à l'intention des gouvernements et autres organisations pour évaluer les services de réponse proposés aux femmes et aux filles handicapées. Cet outil fait l'objet de la case de texte ci-dessous.

ENCOURAGER DES CENTRES D'ACCUEIL ACCESSIBLES AUX FEMMES AU CANADA

DAWN Canada fait la promotion de l'accessibilité aux centres d'accueil pour femmes depuis plus de 25 ans.⁵⁴³ Des centres d'accueil sûrs et accessibles constituent un service essentiel de lutte contre la VBG. Alors que l'attention s'est portée sur la protection des femmes handicapées contre la VBG et la promotion de l'accès à la justice pour que les auteurs puissent être poursuivis, très peu d'attention a été accordée aux centres d'accueil accessibles aux femmes handicapées.

Les centres d'accueil peuvent constituer une ressource importante pour les femmes menacées par la VBG, en particulier la violence conjugale.⁵⁴⁴ Les centres d'accueil offrent aux femmes un endroit

sûr pour de courtes périodes et peuvent s'avérer vitaux pour soutenir la capacité des femmes à se connecter à d'autres services de prévention et de réponse en matière de VBG et à la justice.⁵⁴⁵ Les effets bénéfiques des centres d'accueil ne sont toutefois pas partagés de manière égale. La recherche a montré que les centres d'accueil profitent de façon disproportionnée aux femmes qui s'inscrivent dans un idéal normatif.⁵⁴⁶ Les femmes handicapées représentent un groupe auquel on refuse souvent l'accès complet et égal aux centres d'accueil et aux services connexes, tels que les logements temporaires.

DAWN a commencé à enquêter sur les refuges et les programmes de logement de transition au Canada en 1992. DAWN est une OPH fondée en 1985 par des femmes handicapées au Canada. La mission de DAWN est de mettre fin à la pauvreté, à l'isolement, à la discrimination et à la violence vécus par les femmes handicapées et les femmes sourdes. Le bureau du ministre canadien de la Condition féminine est un partisan et un commanditaire de DAWN.

Une étude pilote menée par DAWN sur les centres d'accueil a révélé que la grande majorité des centres d'accueil au Canada étaient inaccessibles aux femmes handicapées. DAWN a mis au point un manuel d'accessibilité pour les refuges. Ensuite, DAWN a décidé d'élaborer un outil de sondage complet dans le cadre de sa stratégie à long terme de sensibilisation et de responsabilisation des centres d'accueil partout au Canada. À l'aide d'un processus hautement participatif qui a réuni tous les groupes d'intervenants (les femmes handicapées et les administrateurs et le personnel du centre d'accueil), DAWN a élaboré l'Enquête nationale sur l'accessibilité et l'adaptation. Le sondage approfondit le problème des services offerts aux personnes handicapées par les employés des centres d'accueil au cours des quatre dernières années, y compris des groupes spécifiques de personnes handicapées et des questions détaillées sur l'accessibilité actuelle et les logements disponibles dans les centres d'accueil.

Le sondage, envoyé par courriel aux centres d'accueil, est une ressource disponible gratuitement sur la page Web de DAWN (lien ci-dessous). Il est exhaustif mais extrêmement facile à utiliser. Par exemple, l'enquête pose des questions précises sur les types de poignées de porte ou d'interrupteurs utilisés dans les locaux, mais fournit ensuite des photographies ou des illustrations utiles que les répondants peuvent simplement « vérifier » ou « cocher ».⁵⁴⁷

Les résultats de l'enquête ont révélé que moins d'un quart des centres d'accueil offraient des téléphones accessibles aux malentendants, seulement 17 pour cent fournissaient des services d'interprétation en langue des signes et seulement 5 pour cent fournissaient du matériel de lecture en braille. Des résultats tels que ceux-ci fournissent un outil puissant pour tenir pour responsables les fournisseurs de services de prévention et de réponse en matière de VBG et l'État.

L'enquête fournit également un outil important pour les gouvernements mettant en œuvre des pratiques positives dans les services de prévention et de réponse en matière de VBG pour mener des évaluations de base et continues de l'accessibilité des services des centres d'accueil et de logement de transition.

L'Enquête nationale sur l'accessibilité et l'aménagement peut être consultée sur : www.dawncanada.net/issues/issues/national-accessibility-and-accommodation-survey/

GROUPES DE SOUTIEN PAR LES PAIRS POUR LES FEMMES HANDICAPÉES AUX PHILIPPINES

De nombreuses initiatives visant à promouvoir le droit des personnes handicapées aux services de prévention et de réponse en matière de VBG mettent l'accent sur les obstacles directs en plaidant en faveur de l'inclusion des personnes handicapées dans les lois et politiques sur la VBG ; en améliorant l'accès physique aux postes de police, aux salles d'audience et même aux centres d'accueil ; en s'assurant que la communication soutenue est fournie lors du signalement des cas ; et ainsi de suite. Le W-DARE (Femmes handicapées agissant sur la santé reproductive et sexuelle) encourage beaucoup de ces mêmes actions, mais il va aussi plus loin en encourageant la conscience de l'institution et des droits des femmes handicapées. En termes simples, les lois peuvent être en place, et les salles d'audience peuvent être accessibles, mais dans de nombreux cas, pour que ces lois et salles d'audience soient efficaces, les femmes handicapées doivent connaître leurs droits et se sentir individuellement habilitées à les réclamer. W-DARE a mis en place un certain nombre de groupes de soutien par les pairs aux Philippines qui rassemblent les femmes handicapées pour donner aux participants la confiance nécessaire pour accéder aux services de prévention et de réponse en matière de VBG.

W-DARE est un projet de collaboration entre l'Australie et les Philippines dirigé par une équipe de recherche basée à l'Université de Melbourne en Australie et à l'Université De La Salle aux Philippines. Le projet travaille en partenariat avec les OPH, les principales organisations de DSSR et de droits des femmes, et de multiples niveaux de gouvernement, y compris les décideurs politiques nationaux et locaux et les fournisseurs de services.⁵⁴⁸ À l'origine, W-DARE a mis en œuvre une étude participative sur les femmes handicapées et les services de prévention et de réponse aux DSSR et à la VBG, puis a développé et mis en œuvre des stratégies pilotes pour promouvoir les droits des femmes handicapées sur la base des résultats de recherche. Différents projets pilotes ont inclus des ateliers de sensibilisation pour les prestataires de services de prévention et de réponse aux DSSR et à la VBG, en développant des politiques d'orientation plus efficaces pour assurer l'accès des femmes handicapées aux services et, surtout, des groupes de soutien qui permettent aux femmes handicapées de revendiquer leurs droits.⁵⁴⁹

Les groupes d'action participative (PAGS) de W-DARE sont des groupes de soutien par les pairs constitués et encouragés par des femmes handicapées ou, dans le cas d'un groupe, par des parents d'enfants handicapés. Toutes les deux semaines, ces petits groupes, basés à Quezon City et à Ligao City, se réunissent pour discuter des DSSR, y compris la VBG. Ensemble, ils apprennent leurs droits, expriment des préoccupations, discutent d'expériences personnelles, se réfèrent mutuellement à des services et travaillent ensemble pour développer leurs compétences. Cela inclut à la fois leurs compétences individuelles en matière d'auto-plaidoyer et leurs compétences collectives en matière de plaidoyer pour revendiquer leurs droits aux services de prévention et de réponse aux DSSR et à la VBG et pour dénoncer la violence contre les femmes handicapées.

À la suite de ces groupes de soutien par les pairs, les participants déclarent se sentir émotionnellement soutenus et avoir acquis les connaissances et la confiance dont ils ont besoin pour signaler la VBG et pour exiger des services. Les groupes ont également rencontré des représentants du gouvernement local et des prestataires de services pour discuter des changements dont ils ont besoin pour s'assurer qu'ils ont le même accès aux services de prévention et de réponse aux DSSR et à la VBG que leurs pairs non handicapés.⁵⁵⁰

Ceci est une pratique positive car elle ne se concentre pas seulement sur le côté « offre » pour s'assurer que les États ont des lois, politiques et services inclusifs en matière de handicap, mais s'assure également que le côté « demande » de la relation entre l'État en tant que principal responsable et ses citoyens en tant que détenteurs de droits a été abordé en sensibilisant et en aidant les personnes handicapées à accéder à ces services et à revendiquer leurs droits aux DSSR et à une vie sans violence.

BUDGÉTISATION POUR LA MISE EN ŒUVRE

L'un des éléments les plus critiques pour une mise en œuvre efficace des lois et des politiques traitant de la VBG est l'existence de ressources adéquates. La législation nationale et les plans d'action nationaux axés sur la prévention et la réponse en matière de VBG doivent prendre en compte le financement nécessaire pour que les engagements du gouvernement soient considérés.⁵⁵¹ Les lois, les politiques et les stratégies ne peuvent avoir l'effet escompté si elles ne garantissent pas des ressources adéquates pour leur mise en œuvre. L'établissement du budget pour l'inclusion des jeunes handicapés dans la VBG implique deux pratiques budgétaires nationales importantes : s'assurer que les ressources sont allouées à la prise en compte de la VBG et veiller à ce que ces ressources soient inclusives. Dans tous les cas, des allocations de ressources devraient être en cours afin de garantir les ressources nécessaires pour lutter contre la VBG de façon continue. Assurer un financement continu est essentiel car la VBG est profondément enracinée dans toutes les sociétés et ne peut être traitée de manière adéquate en un seul ou même plusieurs cycles de financement.⁵⁵²

La législation peut être utilisée pour garantir des budgets adéquats visant à éliminer la VBG. Ceci peut être obtenu par des lois spécifiques visant à éliminer la VBG et une législation plus large sur l'égalité des genres. Le droit de la famille, par exemple, devrait être harmonisé avec les garanties

de l'égalité des sexes afin que les femmes et les filles, y compris les personnes handicapées, ne soient pas discriminées en matière de divorce, d'héritage et d'autres droits. Par exemple, la loi mexicaine sur l'accès des femmes à une vie sans violence (2007) stipule clairement que le gouvernement national et les municipalités doivent garantir des budgets adéquats pour lutter contre la VBG.⁵⁵³

D'autres pays abordent la question de la VBG à travers des processus législatifs plus larges de budgétisation sexospécifique. Par exemple, les pays adoptent de plus en plus des pratiques de budgétisation sexospécifique. De même, les États sont également tenus d'assurer l'inclusion du handicap dans la budgétisation. Cette pratique est beaucoup moins développée, mais elle inclut des principes similaires qui obligent légalement l'État à élaborer des budgets et à allouer des ressources du point de vue du handicap pour intégrer l'inclusion du handicap dans les budgets nationaux et infranationaux, y compris les budgets pour la VBG et l'égalité des sexes.

De nombreuses lois et plans d'action nationaux vont également plus loin en identifiant clairement les ministères et agences qui recevront de nouveaux fonds ou prendront des mesures administratives pour affecter des ressources adéquates à l'inclusion des personnes handicapées dans les services de prévention et de réponse en matière de VBG dans leurs budgets réguliers. Le Plan national de l'Équateur pour l'éradication de la violence basée sur le genre contre les enfants, les

adolescents et les femmes (2008) par exemple, énonce clairement les engagements budgétaires pour chacune des activités du plan et l'organisme responsable de l'exécution de cette activité.⁵⁵⁴ Le plan national précise également que les personnes handicapées doivent être incluses dans ces services de prévention et de réponse en matière de VBG.

RESPONSABILISATION ET STRATÉGIES DE COLLECTE DE DONNÉES

Rassembler des preuves sur la manière dont les lois nationales sont mises en œuvre et appliquées dans la pratique est un outil essentiel pour les décideurs,

INCLURE LE GENRE ET LE HANDICAP DANS L'AIDE ÉTRANGÈRE, AUSTRALIE

Les États fournissant une coopération internationale sont tenus de veiller à ce que les personnes handicapées soient incluses dans leurs programmes de développement international en vertu de l'article 32 de la CDPH. Le Département australien des affaires étrangères et du commerce a mis l'accent sur l'inclusion du handicap et l'égalité des sexes parmi ses priorités budgétaires pour l'aide étrangère. Le budget de l'aide étrangère pour 2017-2018 alloue 55 millions de dollars australiens au Fonds pour l'égalité des sexes.⁵⁵⁵ L'Australie s'est également engagée à être un chef de file mondial dans le développement inclusif du handicap, qui est clairement articulé dans sa stratégie *Développement pour tous 2015-2020*. *Développement pour tous* énonce quatre principes de base de la stratégie australienne de développement inclusif du handicap : soutenir un rôle actif pour les personnes handicapées, élaborer des politiques et des programmes fondés sur des données probantes, améliorer l'inclusion de diverses personnes handicapées et, surtout, prendre en compte l'interaction du genre et des handicaps.⁵⁵⁶ Ces deux priorités de financement veillent à ce que les femmes et les filles et les personnes handicapées soient intégrées dans l'aide étrangère australienne. Elles assurent également des programmes ciblés spécifiquement axés sur les femmes et les filles handicapées, y compris leur inclusion dans les services de prévention et d'intervention en matière de VBG.

En 2013, Australia AID a publié le *Triple Jeopardy : Un rapport sur la violence basée sur le genre et les violations des droits de l'homme vécues par les femmes handicapées au Cambodge*.⁵⁵⁷ Ce rapport a été financé par le programme de bourses de recherche pour le développement AusAID, qui est un système de subventions compétitif sollicitant des recherches qui augmentera l'efficacité de l'aide de l'Australie aux pays en développement. L'appel à propositions pour ces subventions a été spécifiquement conçu pour produire des recherches qui augmenteraient l'efficacité d'AusAID dans la lutte contre la VBG pour les femmes et les filles handicapées. Le projet de recherche incluait une perspective du handicap et une perspective de genre en partenariat avec l'Organisation Cambodgienne des Personnes Handicapées et l'Agence Internationale pour le Développement des Femmes.

La recherche sur le *Triple Jeopardy* comprenait à la fois des données quantitatives recueillant la prévalence de la violence contre les femmes handicapées par rapport à leurs pairs et des données qualitatives sur les expériences uniques de violence ainsi que les obstacles et les facilitateurs accédant aux services. Le rapport identifiait des problèmes importants, notamment les femmes

handicapées qui connaissent des taux de violence égaux aux femmes non handicapées et les femmes handicapées étant 4,2 fois plus susceptibles que les femmes non handicapées d'avoir un comportement de contrôle de la part de leur partenaire, par exemple demander la permission de quitter la maison. Il a également constaté que plus de la moitié des femmes handicapées souffraient de violence psychologique, le quart subissait des violences physiques et près de 6 pour cent subissaient des violences sexuelles perpétrées par un membre de la famille. Le rapport a également constaté que la dépendance des femmes et des filles handicapées vis-à-vis de la famille et contrôlée par celle-ci constituait un obstacle majeur à la capacité de ces femmes à signaler la violence et à accéder aux services. Ce que suggère le rapport, c'est que tant le Cambodge que les États soutenant des projets de développement international, comme l'Australie, doivent de toute urgence veiller à ce que les femmes et les filles handicapées soient intégrées dans leurs politiques et programmes de VBG. Le rapport note également que des programmes ciblés sont nécessaires pour atteindre les personnes handicapées souffrant de VBG en raison des obstacles spécifiques qu'elles rencontrent.

La budgétisation de l'aide à l'étranger de l'Australie représente une pratique positive de l'État pour inclure les jeunes handicapés dans les services de prévention et de réponse en matière de VBG. Premièrement, l'égalité des sexes et l'inclusion du handicap sont clairement indiquées comme des priorités budgétaires dans le budget de l'aide étrangère, et l'intégration du genre et du handicap est profondément intégrée dans la politique de développement de l'Australie. Deuxièmement, l'Australie a alloué des ressources spécifiquement sur le genre, le handicap et la violence, comme le rapport *Triple Jeopardy*. Fait important, le rapport *Triple Jeopardy* constitue une base probante pour les allocations budgétaires futures ciblant l'inclusion du handicap dans les services de prévention et de réponse en matière de VBG.

pour aider à faire en sorte que les politiques profitent à ceux qu'elles servent, les ressources sont utilisées efficacement et les gouvernements respectent leurs obligations en vertu des lois internationales et nationales. Il existe de multiples mécanismes de contrôle du respect des engagements nationaux, régionaux et internationaux en matière de droits de l'homme, en particulier le droit d'être à l'abri de la violence. Certains d'entre eux sont discutés dans les paragraphes suivants.

Suivi des performances de l'État

Au niveau national, les lois peuvent constituer un outil important pour garantir un suivi et une responsabilité efficaces. Plusieurs lois nationales sur la VBG exigent des gouvernements qu'ils surveillent

la mise en œuvre de la loi et qu'ils mettent en place des institutions pour aider. En vertu de la Constitution rwandaise de 2003, par exemple, le Bureau de surveillance du genre a été créé pour aider les bureaux gouvernementaux à mettre en œuvre de nouvelles normes d'égalité des sexes. Ses responsabilités comprennent maintenant le contrôle de la qualité des services offerts aux survivants de la violence et le suivi de l'efficacité des efforts de prévention et d'intervention du gouvernement.⁵⁵⁸ La loi philippine contre la violence à l'égard des femmes et de leurs enfants (2004) a créé un conseil interinstitutions sur la violence contre les femmes qui regroupe des représentants de différents organismes gouvernementaux chargés de coordonner et de surveiller la mise en œuvre de la loi.⁵⁵⁹

Les institutions nationales des droits de l'Homme (INDH) sont des entités publiques sanctionnées par l'État et financées par l'État qui ont le mandat légal de protéger et de promouvoir les droits de l'Homme au sein de l'État. Elles peuvent promouvoir le droit des jeunes handicapés à des services de prévention et de réponse en matière de VBG en utilisant une variété de stratégies. Les INDH peuvent mettre en œuvre des stratégies de protection, notamment la collecte de données et le suivi des services de prévention et de réponse en matière de VBG, l'examen des plaintes déposées par les individus et la société civile, la recommandation de mesures correctives pour aborder la discrimination systémique et les violations en cours en facilitant une résolution des conflits alternative, et en émettant des avis consultatifs sur les lois et les politiques proposées. Les INDH peuvent également mettre en œuvre des stratégies de promotion, notamment l'éducation et la sensibilisation du public, la recherche et la publication, la formation et le renforcement des capacités des institutions publiques pour comprendre et remplir leurs obligations en matière de droits de l'Homme. Enfin, les INDH peuvent conseiller et assister le gouvernement en fournissant des conseils sur les lois, politiques et programmes qui devraient être mis en place pour s'assurer que le gouvernement respecte ses obligations en vertu de la CDPH, de la CEFDF et d'autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme auxquels l'État est partie.⁵⁶⁰

Les OSC peuvent également être des partenaires essentiels dans toute stratégie de surveillance. Un examen de 2012 des politiques mondiales de lutte contre la VBG a conclu que les mouvements féministes ont eu une profonde influence sur l'élaboration de politiques interdisant la VBG, l'éradiquant comme une préoccupation mondiale, préconisant une action gouvernementale sur plusieurs fronts pour assurer que l'élimination de la violence reste au sommet des agendas internationaux et nationaux.⁵⁶¹

Reconnaissant l'importance de la société civile, la loi brésilienne *Maria da Penha* prévoit explicitement un suivi de ses termes par la société civile.⁵⁶² Le ministère des Sports et des Personnes handicapées du Canada a fourni du financement aux OPH pour préparer des rapports parallèles à soumettre au Comité des droits des personnes handicapées et a envoyé des représentants à Genève pour qu'ils puissent assister et participer à la réunion du gouvernement avec le Comité en 2017.⁵⁶³ Au moins une OPH, DAWN Canada, a soumis des rapports alternatifs à deux autres comités, dont le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, menant à des conclusions solides sur les responsabilités du Canada sur un vaste éventail de droits de l'Homme.⁵⁶⁴ Le ministre des Sports et des Personnes handicapées du Canada a également accompagné les OPH canadiennes à la Conférence des États parties à la CDPH en juin 2017 et a sollicité des OPH pour aider à la recherche sur les questions prioritaires, y compris les réformes et les programmes éventuels pour veiller à ce que les personnes handicapées soient en mesure d'exercer leur capacité juridique, de soutenir les femmes et les filles handicapées et d'éliminer la discrimination à leur encontre, et de comprendre la discrimination intersectionnelle à l'égard des personnes handicapées et d'y réagir.⁵⁶⁵

Les organismes régionaux ont également mis au point des mécanismes de contrôle de la conformité aux engagements régionaux visant à éliminer la VBG. Les parties à la Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence à l'égard des femmes ont convenu d'un processus d'évaluation indépendant appelé Mécanisme de suivi de la Convention de Belém do Pará, ou MESECVI. Le MESECVI est une méthodologie d'évaluation systématique qui dépend de l'échange d'informations et de la coopération technique entre les États parties à la Convention et un comité d'experts. Les États parties s'engagent à fournir des informations sur les mesures qu'ils ont prises



DIRECTIVES POUR LES INSTITUTIONS NATIONALES DES DROITS DE L'HOMME ENCOURAGEANT L'INCLUSION DES PERSONNES HANDICAPÉES EN ASIE-PACIFIQUE

En 2017, le Forum Asie-Pacifique pour les Institutions nationales des droits de l'homme a publié *Droits de l'homme et handicap : Un manuel pour les INDH*. Ce document important fournit des directives claires aux INDH concernant leurs responsabilités et les pratiques de mise en œuvre positives pour la promotion des droits des personnes handicapées, y compris leur droit à des services de prévention et de réponse en matière de VBG.

Le Forum Asie-Pacifique (APF) est une organisation internationale regroupant 24 États membres. En tant que tel, il s'agit d'un organisme diversifié qui comprend des pays aussi différents en taille, en culture et en économie que l'Inde et Samoa et l'Australie et la Jordanie. Cependant, tous les États membres partagent leur engagement à promouvoir les droits de l'homme de leurs citoyens par l'intermédiaire des INDH. L'APF soutient ses institutions nationales des droits de l'homme membres par des activités de formation et de renforcement des compétences, des évaluations des capacités, des programmes spécialisés et des dialogues de haut niveau.⁵⁶⁶ Le manuel *Droits de l'Homme et handicap* représente un important outil de formation et de développement des compétences.

Le manuel couvre le concept de base du handicap en tant que question de droits de l'Homme, le droit international promouvant les droits des personnes handicapées et, surtout, les pratiques positives que les Institutions nationales des droits de l'Homme peuvent appliquer pour promouvoir les droits des personnes handicapées. Il définit clairement la responsabilité des Institutions nationales des droits de l'homme de veiller à ce que les États parties à la CDPH mettent en œuvre des « actions visant à prévenir, contrôler et poursuivre les cas de violence, y compris la VBG, contre les personnes handicapées et à soutenir les personnes handicapées qui ont subi de la violence ».⁵⁶⁷ Le manuel fournit ensuite des recommandations et des exemples d'Institutions nationales des droits de l'homme qui font la promotion des droits des femmes handicapées, des services de prévention en matière de VBG et des services de réponse en matière de VBG. Le manuel, par exemple, recommande que les Institutions nationales des droits de l'Homme analysent le code pénal de leur État et, si nécessaire, conseillent au législateur d'inclure dans ses lois sur la violence domestique des dispositions spécifiant les femmes et les filles handicapées comme un groupe clé marginalisé.⁵⁶⁸ Le manuel présente également des Institutions nationales des droits de l'Homme, telles que des Institutions nationales des droits de l'homme d'Australie et du Portugal, qui ont mené des études et publié des rapports sur la VBG et les femmes et filles handicapées afin de comprendre le problème et de sensibiliser le public. Enfin, il recommande que non seulement les Institutions nationales des droits de l'homme enquêtent sur les violations, conseillent le gouvernement et sensibilisent les femmes et les filles handicapées à la VBG, mais aussi, le cas échéant, orientent les personnes handicapées touchées par la VBG vers des services de conseil et de soutien.⁵⁶⁹

pour satisfaire six domaines d'action, notamment la législation, les plans nationaux, l'accès à la justice, les services spécialisés, les budgets et les informations

et statistiques;⁵⁷⁰ Au niveau international, les organes de suivi des traités offrent les mêmes possibilités de supervision et d'échange d'informations.

Les ODD comprennent également des indicateurs importants permettant de mesurer les progrès accomplis dans la lutte contre la VCFF. Bien que les ODD ne soient pas juridiquement contraignants, les gouvernements doivent « s'approprier et établir des cadres nationaux pour la réalisation des 17 objectifs ».571 Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 suit une approche holistique du développement durable et fait de l'égalité des sexes une priorité en tant qu'objectif autonome et question transversale. L'ODD 5 cible spécifiquement l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, cependant, des liens se renforçant mutuellement entre cet objectif et d'autres existent. Par exemple, l'enregistrement des femmes à la naissance (ODD 16.9) fournit un soutien

juridique contre les croyances et pratiques qui ne sont pas favorables aux droits de l'homme (par exemple mariage d'enfants, mariage précoce et forcé, couvert par l'ODD 5.3). Les données collectées dans le cadre des ODD doivent également être ventilées par sexe, âge, race, appartenance ethnique, statut migratoire et handicap, entre autres caractéristiques, comme un moyen de faire en sorte que tout le monde, y compris les plus marginalisés, profite des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs.

Bien qu'il n'existe pas encore de données sur les tendances qui illustrent la mise en œuvre de l'ODD 5, le tableau ci-dessous détaille les objectifs liés à la VBG dans le cadre de l'ODD 5.

OBJECTIF DE DÉVELOPPEMENT DURABLE 5 : PARVENIR À L'ÉGALITÉ DES SEXES ET ÉMANCIPER TOUTES LES FEMMES ET LES JEUNES FILLES

Cibles de l'ODD 5 liées à la VBG

CIBLES	INDICATEURS
5.2 Éliminer toutes les formes de violence contre les femmes et les jeunes filles dans les sphères publiques et privées, y compris le trafic d'êtres humains et l'exploitation sexuelle et les autres formes d'exploitation	5.2.1 Proportion de femmes et de filles de 15 ans et plus ayant déjà été en couple, victimes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques d'un partenaire intime ou d'un ex-partenaire au cours des 12 derniers mois, selon la forme de violence et l'âge
	5.2.2 Proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans et plus victimes de violences sexuelles de la part de personnes autres qu'un partenaire intime au cours des 12 derniers mois, selon l'âge et le lieu des faits
5.3 Éliminer toutes les pratiques néfastes, telles que les mariages précoces et forcés, ainsi que les mutilations génitales féminines	5.3.1 Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans qui étaient mariées ou en union avant l'âge de 15 ans et avant l'âge de 18 ans
	5.3.2 Proportion de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une mutilation génitale / excision, selon l'âge
5.6 Assurer l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive et aux droits reproductifs conformément au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et au Programme d'action de Beijing et aux documents finaux de leurs conférences d'examen	5.6.1 Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions en connaissance de cause en ce qui concerne les relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et les soins de santé reproductive
	5.6.2 Nombre de pays dotés de lois et de réglementations garantissant aux femmes âgées de 15 à 49 ans l'accès à l'information, à l'éducation et aux soins de santé sexuelle et reproductive

Collecte de données et responsabilité

Les données sur la prévalence de la VBG, en particulier la violence envers les enfants et les adolescents, sont difficiles d'accès, en grande partie parce que cette violence n'est souvent pas signalée et que la collecte des données est souvent inégale et fiable. La comparabilité des données est compliquée par l'utilisation de définitions variées de la violence et de mécanismes de suivi et d'enregistrement des blessures. Les jeunes handicapés, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes handicapées, sont pratiquement invisibles dans les données quantitatives et qualitatives sur la VBG, et peu d'États ventilent les données collectées par les États en fonction du handicap. Cette invisibilité fait qu'il est difficile pour les États de confirmer qu'ils s'acquittent de leurs obligations de prévenir la violence contre les jeunes handicapés et de veiller à ce qu'ils aient un accès égal aux services de réponse nécessaires. Le manque de données empêche également les décideurs politiques et les responsables de la mise en œuvre des programmes d'identifier les interventions appropriées et empêche les OSC représentant les jeunes handicapés de disposer d'outils importants pour responsabiliser leurs gouvernements.

Des efforts doivent être faits pour s'assurer que lorsque les données d'incidence de VBG sont collectées par des données administratives, et que les données de prévalence de VBG sont collectées à travers des enquêtes, les jeunes handicapés sont inclus dans ces collectes, analyse et utilisation de données. En effet, le handicap devrait être intégré dans tous les efforts de collecte de données pour s'assurer que les droits des jeunes handicapés sont reconnus et respectés.

La collecte de données est une composante nécessaire d'une stratégie de suivi et est essentielle pour que les États rendent compte de leurs engagements au titre de la CDPH, entre autres

instruments internationaux. L'article 31 de la CDPH oblige les États à « rassembler des informations appropriées, y compris des données statistiques et de recherche, pour leur permettre de formuler et de mettre en œuvre des politiques » en donnant effet aux droits reconnus dans la Convention. Pour répondre à ces exigences, les États doivent rassembler des données ventilées non seulement par sexe et par âge, mais aussi par handicap. En vertu de l'article 31, les États sont également tenus de diffuser ces données et de les rendre accessibles aux personnes handicapées afin de garantir le rôle de ces personnes dans la surveillance. L'article 31, ainsi que les principes généraux et les Articles 6 (femmes handicapées) et 7 (enfants handicapés), exigent que les données recueillies tiennent compte du sexe et de l'âge, ce qui signifie que les données peuvent être ventilées pour assurer que les femmes et les filles et les adolescents et les jeunes handicapés accèdent à leurs droits sur un pied d'égalité avec les autres. Un rapport de 2017 du Secrétaire général des Nations Unies note : « La ventilation des données par handicap, sexe et âge est indispensable pour comprendre la situation des femmes et des filles handicapées et informer les politiques pour assurer leur inclusion sociale. »⁵⁷²

En 2016, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), le Programme des enquêtes démographiques et de santé et le Groupe de Washington sur les statistiques du handicap ont publié le Module sur les handicaps des Enquêtes démographiques et de santé. Le module est simplement inclus dans les questionnaires destinés aux ménages afin de collecter des données pour toutes les personnes du ménage âgées de cinq ans et plus, dans six domaines fonctionnels principaux : voir, entendre, communiquer, connaître, marcher et prendre soin de soi. Le module est actuellement en phase pilote en Angola, en Haïti, en Afrique du Sud, au Timor Leste et en Ouganda, avec des résultats potentiellement prometteurs.⁵⁷³

// V. PRÉVENIR ET RÉPONDRE À LA VIOLENCE CONTRE LES JEUNES HANDICAPÉS DANS DES CONTEXTES HUMANITAIRES

Dans sa Recommandation générale N° 32 sur les dimensions sexospécifiques du statut de réfugié, de l'asile, de la nationalité et de l'apatridie des femmes, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a reconnu que « les déplacements résultant de conflits armés, les persécutions liées au genre et d'autres violations graves des droits de l'homme qui touchent les femmes compliquent les

défis existants pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. »⁵⁷⁴ Comme indiqué au chapitre 1 du présent rapport, les jeunes handicapés qui sont des réfugiés ou des migrants ou qui vivent dans des conditions de vulnérabilité présentent un risque de violence sensiblement plus élevé que les autres. Un certain nombre d'organisations et de gouvernements ont travaillé ensemble pour répondre aux besoins des populations particulièrement vulnérables dans des contextes humanitaires. La Commission des femmes pour les réfugiés (WRC) a été un défenseur influent des femmes et des filles handicapées dans les contextes humanitaires, générant la recherche nécessaire et proposant des stratégies pour les prestataires de services. Un exemple d'une stratégie prometteuse développée en Russie est détaillé dans l'encadré ci-dessous.

////// INTÉGRATION DES FEMMES HANDICAPÉES DANS LES SERVICES DE PRÉVENTION ET D'INTERVENTION EN MATIÈRE DE VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE EN FAVEUR DES RÉFUGIÉS EN RUSSIE

Les États, les ONG et les organisations internationales abordent de plus en plus la VBG au sein des populations réfugiées. Les réfugiés handicapés, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes, courent un plus grand risque de violence, mais sont également moins susceptibles d'être inclus dans les efforts de lutte contre la VBG dans les camps de réfugiés et d'autres contextes humanitaires. L'International Rescue Committee (IRC) et le WRC ont récemment étudié ce problème et piloté des projets d'inclusion des personnes handicapées pour identifier les pratiques positives que les États et les organisations peuvent mettre en œuvre pour garantir aux réfugiés handicapés un accès égal aux services de prévention et de réponse en matière de VBG.

Un grand nombre de réfugiés vivent dans toute la région du Caucase du Nord de la Fédération de Russie. L'IRC et le WRC se sont associés au Réseau des femmes tchétychènes pour intégrer l'inclusion du handicap dans la programmation de la VBG du réseau. Cette collaboration reposait sur une approche globale de la VBG qui incluait l'identification des besoins et l'évaluation des obstacles rencontrés par les femmes et les filles handicapées, la formation des femmes handicapées en tant que formateurs de sensibilisation à la VBG, la coordination du plaidoyer pour l'inclusion dans les services de prévention et de réponse en matière de VBG, le partage des outils de communications conçus pour s'adapter à des types de déficiences spécifiques, et des ateliers de planification d'actions de coordination. Des activités spécifiques ont inclus le partenariat avec les femmes de la Société panrusse des personnes handicapées pour assurer la participation des femmes handicapées dès le début du projet, en élaborant un manuel pour les soignants des enfants handicapés, en sensibilisant par le biais d'une performance inclusive

handicapée par un chanteur tchétchène, et en développant des réseaux de pairs inclusifs en organisant des événements sociaux qui ont réuni des adolescentes et des jeunes femmes handicapées avec des femmes et des filles non handicapées.⁵⁷⁵

L'un des résultats les plus importants du projet sur l'inclusion du handicap a été la sensibilisation des professionnels des services aux réfugiés à la prévention et à la réponse en matière de VBG, et qui n'avaient pas travaillé avec des femmes et des filles handicapées. Par exemple, une praticienne a commenté ce qu'elle avait appris grâce à sa participation au projet de collaboration. « Je n'ai jamais pensé que nous pouvions faire quelque chose dans un groupe mixte [filles avec et sans handicap], et maintenant je vois que c'est possible et acceptable, et les gens en ont besoin. »⁵⁷⁶

Ce projet représente un exemple de pratiques positives utilisant une approche intégrée de l'inclusion du handicap dans les services aux réfugiés. Les principales organisations de réfugiés et de femmes ont été réunies en partenariat avec une OPH pour s'attaquer aux obstacles rencontrés par les personnes handicapées accédant à des services de prévention et de réponse en matière de VBG déjà mis en œuvre pour les réfugiés de la région. Le projet comprend également plusieurs activités spécifiques au handicap visant à répondre aux besoins spécifiques et aux vulnérabilités des personnes handicapées, telles que l'élaboration d'un manuel informant les soignants des enfants handicapés des droits de leurs enfants et des services disponibles.

// VI. CONCLUSION

Ce chapitre a mis l'accent sur les mesures prometteuses que les États ont prises pour prévenir et combattre la violence à l'égard des jeunes handicapés, en particulier les jeunes femmes et les filles handicapées. Comme indiqué ci-dessus, presque toutes ces étapes ont été réalisées en partenariat et se sont souvent concrétisées en raison du plaidoyer et de la pression des OSC et des acteurs non étatiques. Tout au long de ce chapitre, nous avons soutenu que les États, en tant que responsables, doivent assumer la responsabilité de veiller à ce que les jeunes handicapés puissent vivre à l'abri de la violence. L'une des principales priorités de l'action de l'État pour atteindre cet objectif consiste à s'attaquer aux normes et aux stéréotypes qui favorisent les inégalités entre les sexes et permettent la discrimination fondée sur le sexe à l'égard des jeunes handicapés. Pour garantir que les jeunes handicapés bénéficient des mêmes protections contre la violence que leurs pairs non handicapés, les lois, politiques et programmes de

lutte contre la VBG et la violence contre les femmes devraient reconnaître explicitement les multiples formes de discrimination auxquelles les jeunes handicapés, en particulier les jeunes femmes et les filles handicapées sont régulièrement soumises et définir des stratégies claires pour cibler ces formes de violence, tout en apportant un soutien aux personnes exposées à la violence ou qui en ont été victimes. Cela inclut l'intégration des jeunes handicapés dans toutes les politiques et tous les programmes destinés à promouvoir l'égalité des sexes et à répondre à la VBG favorable aux jeunes et aux personnes handicapées, deux concepts de services sont importants pour garantir que non seulement les services sont accessibles mais aussi inclusifs du point de vue des titulaires des droits visés : les jeunes handicapés. Le prochain chapitre se concentrera sur l'accès et l'exercice des DSSR pour les jeunes handicapés. Comme pour la prévention et la réponse à la VBG, il est essentiel d'assurer l'inclusion des jeunes handicapés dans les principaux programmes et services des DSSR.

// CHAPITRE 5

**RESPECTER LES
DROITS LIÉS À LA
SANTÉ SEXUELLE
ET REPRODUCTIVE
POUR LES JEUNES
HANDICAPÉS**

// I. INTRODUCTION

Tous les individus ont le droit de décider quand commencer une relation sexuelle et avec qui, si et quand se marier, et si et quand élever un enfant. Tous devraient également avoir les connaissances et les moyens de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et de vivre une vie sexuelle saine et épanouissante. La recherche montre que les jeunes handicapés ont les mêmes préoccupations et intérêts en matière de sexualité, de relations et d'identité que leurs pairs et qu'ils ont des activités et des comportements sexuels similaires, mais qu'ils ont beaucoup moins accès aux moyens leur permettant d'avoir une vie sexuelle saine et satisfaisante.

Ils font face à de nombreux obstacles à la réalisation de ces droits. Les idées fausses sur les handicaps et la sexualité, les lois et les politiques discriminatoires et l'inaccessibilité ou l'insensibilité des services peuvent empêcher les jeunes handicapés de jouir pleinement de leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive (DSSR).

- Des études montrent que les adolescents handicapés se sentent socialement isolés et manquent de confiance sociale et d'estime de soi au niveau sexuel.⁵⁷⁷ Les parents, les enseignants et les prestataires de services de santé déclarent se sentir anxieux, non formés et peu à l'aise de parler de sexualité avec des enfants et des adolescents handicapés, en particulier des enfants et des adolescents ayant une déficience mentale, ce qui rend moins probable que les enfants handicapés reçoivent les informations nécessaires sur la puberté et la sexualité.⁵⁷⁸
- On a constaté que les jeunes handicapés ont un faible niveau de connaissances en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR), les filles et les jeunes femmes étant la catégorie avec le moins de connaissances.⁵⁷⁹ Il est souvent supposé que les filles et les jeunes femmes handicapées n'ont pas besoin d'informations sur leurs DSSR

ou qu'elles ne sont pas capables de prendre leurs propres décisions concernant leur vie sexuelle et reproductive, ce qui les expose à des risques d'abus sexuels, de grossesses non désirées et d'IST.⁵⁸⁰

- Les faibles niveaux d'éducation sexuelle, y compris d'éducation sur la transmission et la prévention du VIH et des IST, peuvent mener à des comportements sexuels à risque. Des études ont montré que les adolescents handicapés ont un faible niveau d'utilisation du préservatif et de la contraception, des relations sexuelles occasionnelles et transactionnelles et plusieurs partenaires au cours de leur vie.⁵⁸¹ On constate que les jeunes handicapés courent le même risque, ou un risque supérieur, de contracter des IST que leurs pairs non handicapés, mais que le dépistage du VIH est moins fréquent chez les jeunes handicapés.⁵⁸²
- Les jeunes personnes handicapées signalent également de faibles niveaux d'accès aux services de planning familial et de santé reproductive. Dans une étude menée en Inde, seulement 22 % de femmes signalaient avoir consulté régulièrement un gynécologue.⁵⁸³ Dans une étude en Inde, seulement 22 % des femmes handicapées ont déclaré avoir consulté régulièrement un gynécologue, et en Ouganda, 77 % des femmes handicapées sexuellement actives âgées de 15 à 25 ans ayant participé à une étude ont déclaré ne jamais utiliser aucune forme de contraception.⁵⁸⁴

Ce chapitre se concentre sur la manière dont les États peuvent promouvoir l'accès et l'exercice de la DSSR pour les jeunes handicapés. Il part de l'hypothèse admise par les cadres internationaux présentés au chapitre 3, que les DSSR ne doivent jamais être considérés séparément des autres droits de l'Homme. Au contraire, les DSSR doit être inclus comme un élément fondamental d'un cadre intégré des droits de l'Homme. L'application des DSSR exige nécessairement des États qu'ils remplissent leurs obligations en ce qui concerne d'autres droits, tels que les droits à l'éducation, à l'emploi et à la santé.⁵⁸⁵

La sexualité et le handicap ne peuvent pas être laissés à un simple mandat : ce sont des questions si sensibles qu'elles ne peuvent pas dépendre uniquement de la loi, mais ont besoin d'une approche plus vaste et systémique.

, Nidhi Goyal, activiste du genre et des droits des personnes handicapées

Cette approche intégrée reconnaît que veiller à ce que les jeunes handicapés aient accès aux droits de l'homme, y compris à une éducation de qualité ou à des opportunités économiques, favorise leur capacité à exercer leurs droits à la SSR. Une éducation de qualité soutient la capacité des jeunes handicapés à lire et à comprendre l'information sur la DSSR présentée dans le cadre de campagnes de sensibilisation du public ou qui leur est proposée par un fournisseur de soins de santé.

SEXUALITÉ ET HANDICAP CHEZ LES JEUNES HANDICAPÉS À MADRID ET À QUITO⁵⁸⁶

La violence envers les jeunes handicapés⁵⁸⁷ Lors d'entretiens avec des jeunes handicapés à Madrid, en Espagne, et à Quito, en Équateur, ceux-ci ont discuté de la façon dont ils ont été informés concernant la sexualité, du moment où ils sont devenus sexuellement actifs, et des changements qu'ils aimeraient voir dans l'éducation sur la SSR. Parmi les personnes interrogées en Espagne, toutes étaient sexuellement actives et depuis leur entrée dans l'adolescence. Leur éducation formelle sur la sexualité et la procréation était limitée et ne débutait généralement pas avant l'âge de 14-15 ans, époque à laquelle tous avaient déjà eu un comportement sexuel. Un jeune homme n'avait pas parlé de sexe avec sa mère avant l'âge de 18 ans, longtemps après qu'il soit devenu sexuellement actif. Certains avaient eu des rapports à risques, ce qu'ils savaient, mais ils ne s'étaient pas sentis à l'aise d'en parler avec leurs professionnels de la santé.

La plupart des participants avaient appris ce qu'ils savaient sur le sexe et la sexualité par le biais de la télévision, d'Internet, des amis et des sites de réseaux sociaux en ligne, et toutes les informations qu'ils avaient reçues n'étaient pas exactes. Certains d'entre eux en Espagne avaient eu des expériences avec des centres d'assistance téléphonique offrant des conseils sur les services de planning familial, mais ils ont rapporté qu'il y avait peu d'endroits où ils pouvaient parler avec quelqu'un ayant des connaissances médicales sur les services de planning familial. Aucun d'entre eux n'avait reçu de formation ou d'information sur la violence sexiste (VBG), y compris sur la façon de la reconnaître, de la prévenir ou d'y répondre.

En Équateur, les jeunes handicapés avaient vécu des expériences similaires. Les membres d'un club de sport ont signalé que personne n'avait jamais parlé de sexualité et de personnes handicapées. Ils n'avaient reçu aucune éducation sexuelle formelle jusqu'à l'école secondaire, et ensuite elle avait été très générale et ne faisait pas mention des personnes handicapées. L'un de ces jeunes a expliqué qu'il avait appris ce qu'il savait sur Internet.

Les parents d'enfants handicapés participant à un groupe de discussion ont reconnu qu'ils n'avaient pas pensé à parler de sexualité avec leurs enfants. Une mère de Quito a déclaré : « Ce sujet est tabou, même pour les jeunes sans handicap. Pour mes enfants, [le sexe] est abstrait. C'est quelque-chose que nous ne considérons jamais comme une possibilité. ».

Les prestataires de services de DSSR en Espagne ont indiqué que la qualité de l'éducation sexuelle dans les écoles dépend des prestataires et que, dans de nombreux cas, les informations fournies sont sommaires et élémentaires. L'éducation sexuelle pour les personnes handicapées et leurs familles est très limitée et généralement informelle. Selon une association nationale de personnes handicapées travaillant avec des jeunes porteurs de handicap mental, l'information sur l'éducation sexuelle, le soutien ou les services de santé maternelle ou sexuelle pour les personnes ayant un handicap mental est difficile à trouver et rarement adaptée à leurs besoins.

Les personnes interrogées à Madrid préconisent de commencer l'éducation sexuelle beaucoup plus tôt que l'âge de 14 ans afin que les jeunes aient l'information dont ils ont besoin lorsque leur corps commence à changer. Ils recommandent également de mettre facilement à la disposition des parents d'enfants handicapés des informations sur la sexualité et le handicap et de donner à ces parents les outils nécessaires pour parler de sexualité avec leurs enfants. Les informations sur la sexualité doivent également être rendues accessibles aux jeunes présentant différents types de handicap, en particulier pour les personnes présentant une déficience mentale, et largement partagées entre les OPH et les prestataires de services liés aux DSSR. Les représentants des OPH et les prestataires de services concernant les DSSR, ont plaidé en faveur d'une plus grande collaboration et d'un forum national grâce auquel ils pourraient partager des informations et se renseigner sur leurs activités, initiatives et programmes respectifs.

Parmi les jeunes interrogés, ceux qui travaillent et vivent à Madrid se rendent compte qu'ils ont accès à beaucoup plus de ressources que les jeunes handicapés qui sont plus isolés, en particulier dans les communautés rurales. Pour atteindre ces jeunes, ils ont appelé à une campagne nationale pour promouvoir l'éducation et partager l'information sur la SSR de manière plus ample pour tous les jeunes, en particulier pour les personnes handicapées.

Lorsque les jeunes handicapés sont en mesure d'exercer leurs droits de l'homme au même titre que les jeunes non handicapés, ils sont plus susceptibles de devenir des membres actifs, engagés et productifs de leurs communautés, de manière que tout le monde en bénéficiera. Garantir la DSSR pour les jeunes handicapés fait ainsi progresser tous les droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels en garantissant que les jeunes handicapés puissent prendre des décisions concernant leur propre vie et exercer librement et pleinement tous leurs droits sur un pied d'égalité avec les autres.⁵⁸⁸

Grâce à la méthode de planification familiale dont j'ai bénéficié, j'ai plus de liberté pour aller où je veux, car je ne suis plus constamment enceinte et je peux surmonter la peur de tomber à nouveau enceinte . . . Premièrement par rapport au travail, j'ai postulé pour un travail en usine. Je me suis également inscrite à un système d'apprentissage alternatif. . et je peux obtenir un diplôme à l'école. . Suite à [l'initiative améliorant les connaissances et l'accès aux DSSR], de nombreuses opportunités se sont présentées.

, participante du groupe d'action participative du Projet W-DARE, Quezon City, Philippines⁵⁸⁹

PRÉSENTATION DU CHAPITRE

Ce chapitre commence par présenter les normes internationales applicables aux DSSR et se poursuit par une analyse des stratégies nationales visant à mettre en œuvre ces droits pour les jeunes handicapés. Comme au chapitre 4 du présent rapport, chaque section incorpore des études de cas pour illustrer les mesures spécifiques prises pour faire progresser les DSSR pour les jeunes handicapés. Les stratégies débattues vont de l'adoption d'un cadre juridique favorable à l'adoption de lois garantissant les DSSR pour tous, y compris pour les jeunes handicapés, aux directives politiques qui tiennent compte des besoins des jeunes handicapés. Ils comprennent également des interventions programmatiques directes telles que l'offre d'une éducation sexuelle complète (ESC), un accès aux services de SSR, y compris la santé maternelle, le planning familial et les services de contraception, l'inclusion dans

les politiques et programmes relatifs au VIH / SIDA et aux IST, et la conception de stratégies de responsabilisation et de collecte de données pour assurer un suivi et une mise en œuvre efficaces des engagements de l'État.

De nombreuses initiatives décrites sont le résultat de partenariats avec la société civile et reflètent la coordination des services avec de nombreuses parties prenantes, ce qui est en soi une bonne pratique. Chacune est reconnue comme une étape unique dans un processus plus ample et interdépendant visant à mettre en œuvre les droits des jeunes handicapés. Pour que les jeunes puissent jouir de leurs droits et libertés au même titre que les jeunes non handicapés, les gouvernements doivent adopter une approche globale qui informe et engage les parties prenantes de multiples secteurs, y compris les jeunes handicapés eux-mêmes. Les étapes vers cet engagement sont discutées ci-dessous.⁵⁹⁰

POINTS PRINCIPAUX

- Le **Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD)** affirme que les jeunes handicapés ont le droit de recevoir, sur un pied d'égalité avec les autres et au minimum, des services de contraception, l'accès à l'avortement sans risque dans la mesure de la légalité, les soins de maternité, la prévention et le traitement des IST et du VIH, en tant que services nécessaires à la santé sexuelle.
- Les jeunes handicapés, en particulier les jeunes femmes et adolescentes, sont confrontés à **des inégalités persistantes pour accéder et jouir des DSSR**, aggravées par la discrimination basée sur l'âge, le sexe, le handicap et d'autres identités et caractéristiques telles que la pauvreté, la race et l'ethnie, l'appartenance à un groupe autochtone, à une caste, et autres.
- Les États doivent adopter une **approche globale** garantissant à la fois **l'égalité formelle et substantielle** des jeunes handicapés pour qu'ils puissent profiter des DSSR en **intégrant** les jeunes handicapés dans toutes les lois, politiques et programmes de DSSR et en développant, le cas échéant, des programmes, **axés** sur les principaux obstacles aux DSSR pour les jeunes handicapés.

- **Les stratégies prometteuses** permettant aux États d'assurer efficacement les DSSR pour les jeunes handicapés comprennent :
 - Un **partenariat avec les organisations de société civile** qui représentent les jeunes handicapés dans le développement des politiques et programmes des DSSR
 - **Sensibiliser** sur les droits des jeunes handicapés au sein du gouvernement et des prestataires de services
 - **Assurer l'accès et l'inclusion dans les programmes liés aux DSSR existants**, étant donné que la majorité des jeunes personnes handicapées peut et doit bénéficier des mêmes programmes concernant les DSSR que la population générale
 - **Aborder l'inclusion dans la politique, les lois et les budgets de DSSR** aux niveaux national et local en veillant à ce qu'ils incluent les jeunes et les personnes handicapées
 - **Établir une base de données** en recueillant et en diffusant continuellement des données de recherche concernant les DSSR pour les jeunes handicapés.
- **Assurer que les jeunes aient accès à et soit inclus dans l'ESC** basée sur les droits de l'homme, abordant l'égalité des genres, minutieuse et scientifiquement exacte, se déroulant dans des environnements sûrs et sains, liée à des services complets, enseignée en utilisant des méthodes participatives, renforçant la défense des droits des jeunes et l'engagement civique, culturellement pertinente et touchant tous les secteurs officiels et non officiels.
- Toutes les interventions programmatiques liées aux DSSR doivent être **adaptées aux jeunes et inclure les personnes handicapées** afin d'assurer qu'elles soient accessibles, acceptables, équitables, appropriées et efficaces pour les jeunes handicapés.
- Les États doivent **collecter des données en incluant le handicap, le genre et les jeunes** qui permettent aux chercheurs de ventiler par statut de handicap, sexe, âge et autres caractéristiques et identités appropriées pour identifier clairement les écarts et les inégalités entre les groupes.

ÉGALITÉ DES DROITS EN MATIÈRE DE DSSR POUR LES JEUNES HANDICAPÉS

L'inégalité est un indicateur sensible d'une mauvaise santé, y compris de la santé sexuelle.⁵⁹¹ Elle se manifeste par un accès différencié aux services et ressources de santé, à la capacité de participer à l'élaboration de lois et de politiques, et de disposer d'une capacité de recours en cas d'abus ou de violation de droits. La convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) exige que toutes les personnes handicapées soient reconnues comme égales, avec les mêmes droits et libertés fondamentales que les personnes non handicapées, y compris en ce qui concerne leur vie sexuelle et reproductive.

Pour atteindre cet objectif pour les jeunes handicapés, il faut non seulement éliminer les lois et règlements discriminatoires et garantir l'égalité en droit (égalité officielle), mais cela exige également une attention aux besoins distincts des jeunes handicapés. Ce dernier concept fait référence à l'égalité réelle qui reconnaît que même les politiques et les pratiques qui répondent aux besoins de la plupart des détenteurs de droits peuvent néanmoins ne pas répondre aux besoins spécifiques des groupes marginalisés.⁵⁹²

L'égalité réelle en matière de DSSR requiert la reconnaissance que les jeunes handicapés doivent pouvoir jouir non seulement de la même gamme et de la même qualité de services de SSR que leurs pairs non handicapés, mais aussi des services dont ils ont spécifiquement besoin en raison de leurs handicaps. Elle nécessite également des aménagements raisonnables, si nécessaire, pour permettre aux jeunes handicapés d'accéder pleinement aux services de SSR sur un pied d'égalité. Les mesures d'adaptation peuvent comprendre l'accessibilité physique des installations, l'accès à l'information dans des formats accessibles et adaptés à l'âge, et un soutien adapté à l'âge des jeunes handicapés pour prendre des décisions concernant leur santé. L'égalité réelle exige également que les soins de santé soient dispensés aux jeunes handicapés de manière respectueuse et digne, sans discriminer les jeunes handicapés ni perpétuer leur marginalisation.⁵⁹³

// II. NORMES ET STANDARDS MONDIAUX POUR LES DROITS À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE, ET L'INCLUSION DES JEUNES HANDICAPÉS

Il existe un cadre international solide reconnaissant l'importance des DSSR pour la réalisation des droits de l'Homme dans leur ensemble et la réalisation du développement durable. Le droit à la SSR est une composante essentielle du droit à la santé reconnu dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) (article 12), dans la Convention pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEFD) (Art. 12), dans la Convention relative aux droits

de l'enfant (CRC) (art. 17, 23-25, et 27), et dans la CDPH (art. 23 et 25), mais est également indissociable des autres droits de l'Homme, y compris le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne et le droit à la vie privée, à la non-discrimination et à l'égalité.⁵⁹⁴

La CDPH, affirme notamment le droit de toutes les personnes handicapées de prendre elles-mêmes des décisions concernant leur santé sexuelle et reproductive, librement et sans contrainte (art. 12 et 25.) Elle interdit la discrimination à l'encontre des personnes handicapées dans tous les aspects de leur vie, y compris en matière de mariage, de famille, de parentalité et de relations, et protège les droits des personnes handicapées de prendre des décisions concernant leur santé sexuelle et reproductive y compris le moment et l'espacement pour avoir des enfants (art. 23). La CDPH appelle les États à respecter la dignité inhérente et l'humanité des personnes handicapées, y compris la réalité que



les personnes handicapées sont des êtres sexuels de la même manière que leurs pairs non handicapés et oblige les États à garantir aux personnes handicapées un accès à des services de SSR de qualité et abordables (art. 25).

Les étapes pour la réalisation de ces droits ont d'abord été définies et acceptées dans le Programme d'action de la CIPD en 1994 et ont été renforcées et développées depuis. Comme pour l'application de tous les droits de l'Homme, la réalisation des DSSR pour les jeunes handicapés exige des États qu'ils respectent, protègent et appliquent les droits des jeunes à la SSR indépendamment des normes sociales, politiques ou culturelles qui peuvent prévaloir au niveau national.⁵⁹⁵ L'action de l'État doit respecter les principes fondamentaux de l'égalité, de la non-discrimination, de la participation, de l'inclusion, de la responsabilité et de la primauté du droit afin que les droits des jeunes handicapés soient reconnus et respectés.

Ceci exige que les États :

- N'agissent pas de manière à entraver la jouissance de la santé et des droits sexuels et reproductifs des jeunes handicapés, y compris le droit de se marier et de fonder une famille. Ne restreignent pas l'accès à la contraception, ne retiennent ni ne déforment l'information sur la santé, ou n'utilisent ni n'autorisent des pratiques médicales coercitives.
- Prennent des mesures pour empêcher que des tiers n'interfèrent avec la jouissance des DSSR des jeunes handicapés et imposent des sanctions en cas de violation de ces droits. La législation nationale doit garantir l'égalité d'accès aux soins, exiger que les prestataires des services de santé se conforment aux normes relatives aux droits de l'Homme et protéger les individus contre les croyances et pratiques qui ne sont pas favorables aux droits de l'Homme.

- Adopter des mesures législatives, budgétaires, administratives et judiciaires en vue de la pleine réalisation des droits de l'Homme, y compris les DSSR des jeunes handicapés. Les États doivent veiller à ce que les processus de prise de décision soient transparents et que les informations relatives à leurs droits soient mises à la disposition des titulaires de droits dans des formats accessibles.⁵⁹⁶

La mise en œuvre de plans, de politiques et de programmes qui soutiennent les DSSR pour les jeunes handicapés doit tenir compte non seulement de ce que la loi exige, mais aussi des exigences et des besoins des jeunes personnes handicapées. Les droits officiels à un accès égal aux services de SSR signifieront peu si ces services ne sont pas accessibles aux jeunes handicapés dans la pratique ou sont de mauvaise qualité ou trop coûteux pour eux ou si les prestataires de soins de santé ne sont pas respectueux ou désireux de fournir à ces jeunes les soins nécessaires. De même, si les jeunes handicapés ne sont pas conscients de leurs droits ou n'ont aucun moyen de les réaliser, les garanties officielles de non-discrimination auront peu d'effet.

Les droits sexuels et reproductifs sont des droits de tout individu. ne font pas seulement partie intégrante du droit à la santé, mais ils sont aussi nécessaires à la jouissance de nombreux autres droits humains. . . En tant que tels, les droits à la santé sexuelle et reproductive sont universels et inaliénables, indivisibles, interdépendants et interdépendants.⁵⁹⁷

, Catalina Devandas-Aguilar, Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées

Malgré les obligations des États de respecter, protéger et réaliser la santé et les droits sexuels et reproductifs des jeunes handicapés, de nombreuses lacunes subsistent. Les examens des progrès du Programme d'action de la CIPD ont identifié :

- Des inégalités dans l'accès et la jouissance des DSSR, de l'éducation et de l'information, auprès des femmes et des adolescents les plus pauvres, y compris ceux vivant dans des zones rurales, qui se voient le plus souvent refuser l'accès à ces services
- Des services de SSR médiocres et loin d'être conformes aux normes des droits de l'Homme et aux normes sanitaires et médicales publiques
- L'absence de mécanismes de responsabilisation pour le suivi et la réparation des inégalités en matière d'accès aux services ou pour un suivi de la qualité des services disponibles.⁵⁹⁸

Pour les jeunes handicapés, les inégalités dans l'accès aux services sont souvent aggravées par des attitudes discriminatoires et la stigmatisation liée au handicap. Ceux-ci conduisent à exclure ces jeunes des campagnes publiques de promotion de la SSR, notamment des campagnes sur les risques que représentent le VIH / SIDA et d'autres IST,

des informations sur la sexualité et la reproduction accessibles aux jeunes sans handicap. Les jeunes handicapés ne sont également pas en mesure de communiquer avec des prestataires de services de santé suffisamment formés pour répondre à leurs besoins et se voient refuser le droit de conserver leur propre fertilité par à des interventions forcées et sans leur consentement dans leur vie reproductive. Une étude sur l'expérience des personnes sourdes essayant d'accéder aux services de SSR au Ghana a mis en évidence que les barrières de communication, l'ignorance sur la surdité, les attitudes envers les sourds, l'analphabétisme chez les sourds, l'absence d'intimité et de confidentialité dans les centres de SSR et de faibles compétences en interprétariat parmi les interprètes en langue des signes ainsi qu'un manque de confiance décourageaient les personnes handicapées de faire appel aux services de SSR nécessaires et les empêchaient d'avoir accès à des informations précises et de qualité sur leur SSR.⁵⁹⁹



L'APPROCHE DAAQ POUR LES DSSR POUR LES JEUNES HANDICAPÉS

Les DSSR des jeunes handicapés doit être évalué depuis de multiples points de vue. Le cadre DAAQ est adapté à une telle évaluation. DAAQ signifie disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité. Ce cadre fondé sur les droits a été utilisé dans l'ensemble du système des Nations Unies et dans l'ensemble des systèmes de santé et de développement, pour être ensuite appliqué à un vaste éventail de questions, notamment l'évaluation des établissements, des biens et services de santé.⁶⁰⁰ Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CDESC) a défini quatre composantes normatives du droit à la santé et de tous les déterminants sous-jacents de la santé.⁶⁰¹ Ces normes ont été adaptées aux jeunes handicapés comme suit :

- **Disponibilité** : Un nombre suffisant d'établissements, de services, de biens et de programmes de soins de santé en fonction devrait être disponible pour fournir à la population la gamme la plus complète possible de soins de SSR. Cela implique l'assurance de la disponibilité des installations,

des biens et services pour garantir les déterminants sous-jacents de l'application des DSSR, tels que l'accès sûr à l'eau potable ainsi qu'à des installations sanitaires, des hôpitaux et des cliniques adéquats.

Garantir la disponibilité de personnel médical et professionnel qualifié et de prestataires qualifiés formés pour dispenser toute la gamme des services de santé sexuelle et reproductive est un élément essentiel du droit à la santé.⁶⁰² En outre, des médicaments essentiels doivent être disponibles, y compris un large éventail de méthodes contraceptives telles que les préservatifs et la contraception d'urgence, les médicaments pour l'avortement et les soins post-avortement et les médicaments génériques pour la prévention et le traitement des IST et du VIH,⁶⁰³ ainsi que des médicaments et des produits vitaux essentiels pour assurer la survie et la santé de la mère et du nouveau-né.

L'indisponibilité de biens et de services en raison de politiques ou de pratiques idéologiques, telles que le refus de fournir des services sur la base de la conscience, ne doit pas constituer un obstacle à l'accès aux services, un nombre suffisant de prestataires de soins désireux et capables de fournir de tels services doivent être disponibles à tout moment dans les établissements publics et privés et dans des limites géographiques raisonnables.⁶⁰⁴

- **Accessibilité** : Les établissements de santé, les biens, les informations et les services liés à la SSR doivent être accessibles à tous les individus et groupes sans discrimination et sans entraves, afin que les personnes dans le besoin puissent recevoir des informations et des services factuels et en temps voulu. L'accessibilité comprend l'accessibilité physique, l'abordabilité et l'accessibilité à l'information.
- **Acceptabilité** : Toutes les installations, biens, informations et services liés à la SSR doivent être respectueux de la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés et sensibles au sexe, à l'âge, au handicap, à la diversité sexuelle et aux exigences du cycle de vie. Cependant, cela ne peut pas être utilisé pour justifier le refus de fournir des installations, des biens, des informations et des services adaptés à des groupes spécifiques.
- **Qualité** : Les installations, biens, informations et services liés à la SSR doivent être de bonne qualité, c'est-à-dire fondés sur des données probantes et scientifiquement et médicalement appropriés et à jour. Cela nécessite un personnel de santé formé et qualifié ainsi que des médicaments et des équipements scientifiquement approuvés et non périmés. L'échec ou le refus d'incorporer des avancées technologiques et des innovations dans la prestation de services de SSR, comme les médicaments pour l'avortement,⁶⁰⁵ les techniques de procréation assistée et les avancées dans le traitement du VIH et du SIDA et d'autres IST, ainsi que des interventions visant à prévenir la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales, compromettent la qualité des soins.

LE CADRE DAAQ POUR LES DROITS LIÉS À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTRICE DES JEUNES HANDICAPÉS



Remarque : Une version textuelle de ce graphique est disponible en [annexe](#).

Source : Comité des droits économiques, sociaux et culturels (2016). *Observation générale no 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*.

Le cadre DAAQ est fondé sur les droits de l'Homme à travers lequel les États et les prestataires de services de santé, entre autres, peuvent jauger et évaluer les interventions politiques et programmatiques. La mise en œuvre du cadre DAAQ nécessite une sensibilité aux besoins et caractéristiques particuliers des personnes qui accèdent aux services de santé, y compris les services de SSR, car ce qui est acceptable pour une femme de 40 ans est probablement différent de ce qui est acceptable pour une jeune fille de 10 ans.⁶⁰⁶

Le cadre DAAQ peut être utilisé pour identifier et suivre toutes les pratiques des DSSR du point de vue de l'accès et de l'égalité pour les jeunes handicapés.

DÉFINITIONS PRINCIPALES

La **santé sexuelle** est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés.

La **sexualité** est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées simultanément. La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels.

La **santé génésique** est un état de bien-être complet, physique, mental et social et pas uniquement l'absence de maladie ou d'infirmité, pour toutes les questions concernant le système reproductif et ses fonctions et processus. Par conséquent, la santé génésique suppose que les personnes sont en mesure d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et saine et qu'elles ont la capacité de se reproduire et sont libres de décider de l'opportunité et du moment de le faire, ainsi que du nombre de fois.

Les **droits reproductifs** comprennent le droit de tous les hommes et femmes d'être informés et d'avoir accès à des méthodes de planification familiale sûres, efficaces, abordables et acceptables ainsi qu'à d'autres méthodes de leur choix pour la régulation de la fécondité qui ne sont pas contraires à la loi et le droit d'accès à des services de soins de santé appropriés qui permettront aux femmes de vivre leur grossesse et leur accouchement en toute sécurité et qui offriront aux couples toutes les chances d'avoir un bébé en bonne santé.

Les **soins de santé en matière de reproduction** sont représentés par l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se limiter à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux IST.

Source : OMS, *Sexual health, human rights and the law*, 2015; Programme d'Action adopté à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (1994)

L'application des droits énoncés dans le Programme d'action de la CIPD, la Déclaration et le Programme d'action de Pékin, la CEFDF, la CDE, le PIDESC et la CDPH, ainsi que l'Agenda 2030, exige des États qu'ils respectent, protègent et satisfassent les droits

de l'Homme des jeunes handicapés dans toutes leurs dimensions. Les sections suivantes décrivent les mesures prometteuses que les États prennent pour s'acquitter de leurs obligations et respecter les droits des jeunes handicapés.

// III. STRATÉGIES NATIONALES ET INITIATIVES RÉGIONALES PROMETTEUSES POUR ASSURER LES DROITS À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES JEUNES HANDICAPÉS

En reconnaissant que la santé et les droits sexuels et reproductifs (DSSR) sont essentiels à la capacité des jeunes handicapés à réaliser leur plein potentiel, les sections suivantes examinent les mesures prometteuses prises par les États pour faire progresser ces droits et incorporer de nouvelles orientations pour les décideurs, les fournisseurs de services et les parties prenantes.

CADRES JURIDIQUES COMPLETS FONDÉS SUR LES DROITS

L'obligation de respecter, protéger et réaliser les droits de l'homme, y compris le droit au meilleur état de santé possible, exige que les États mettent leurs lois, règlements et politiques en conformité avec les normes internationales et régionales des droits de l'homme.⁶⁰⁷ Cela exige à la fois l'élimination de toutes les lois et réglementations qui limitent l'accès gratuit des jeunes handicapés aux services de SSR⁶⁰⁸ et l'adoption de lois et de règlements qui soutiennent le droit des jeunes handicapés d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et à d'obtenir des SSR.

Les lois sont importantes parce qu'elles établissent les règles de la société et peuvent servir de cadre à la mise en œuvre de politiques, de programmes et de services liés à la santé sexuelle. Elles peuvent fournir des garanties, mais elles peuvent également créer des limitations.⁶⁰⁹

Les obstacles à l'application des DSSR que la réglementation légale peut éliminer sont les suivants :⁶¹⁰

- **Discrimination basée sur l'âge.** Dans de nombreux pays, les adolescents de moins de 18 ans n'ont pas le droit de consentir eux-mêmes à un traitement de santé sexuelle ou reproductive et les normes sociales interdisent l'activité sexuelle avant le mariage, ce qui rend difficile l'accès aux services nécessaires. Les États sont tenus par les lois internationales et régionales sur les droits de la personne de veiller à ce que des consultations et des conseils médicaux soient disponibles et accessibles à tous les adolescents, indépendamment de leur âge, de leur état matrimonial, de leur sexe ou de leur handicap. Ceux-ci doivent également reconnaître le droit des adolescents, y compris les adolescents handicapés, de prendre de plus en plus la responsabilité des décisions concernant leur santé et de garantir le droit des adolescents de donner ou de refuser le consentement au traitement.⁶¹¹
- **Discrimination basée sur l'état civil.** Dans certains pays, les lois et les politiques limitent l'accès aux services de contraception et autres services de santé sexuelle et reproductive aux femmes mariées et exigent le consentement du mari avant d'autoriser le traitement. Les lois nationales devraient éliminer toutes les restrictions à l'accès des femmes et des jeunes aux services de santé et veiller à ce que toutes les femmes, y compris les jeunes femmes handicapées, aient accès aux services de contraception et de santé reproductive.
- **Discrimination basée sur un handicap.** Toutes les personnes handicapées doivent recevoir la même gamme, la même qualité et le même niveau de soins de santé abordables que les personnes non handicapées, y compris en ce qui concerne leur SSR. Les lois nationales peuvent garantir que les services de santé soient fournis dans des lieux

L'ORIENTATION STRATÉGIQUE RÉGIONALE POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX DROITS LIÉS À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE (DSSR) DES JEUNES HANDICAPÉS EN AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE⁶¹²

En Octobre 2017, le UNFPA et UKAID ont présenté l'**Orientation stratégique régionale** comme un outil pour les décideurs et les activistes visant à guider la planification, la programmation et les ressources pour faire progresser les DSSR des jeunes personnes handicapées en Afrique orientale et australe. L'orientation stratégique régionale adopte une théorie du changement qui permettra aux jeunes handicapés d'accéder aux services de SSR et d'être libres de jouir de leurs DSSR, avec plus d'autonomie et de pouvoir, réduisant ainsi la vulnérabilité et les risques.

Les recommandations clés comprennent que :

- Les gouvernements doivent veiller à ce que les jeunes handicapés soient représentés dans les réponses générales liées aux DSSR, au VIH, à la VBG, à la protection sociale et au développement économique, tout en répondant aux besoins des jeunes handicapés dans les programmes axés sur le handicap.
- Les droits des jeunes handicapés doivent être intégrés dans toutes les OSC concernées, telles que les organisations de défense des droits des femmes et les organisations de défense des droits de l'Homme, et dans de multiples secteurs tels que la santé, l'éducation, le travail, les infrastructures et la justice.
- Les personnels concernés, tels que les prestataires de soins et les éducateurs, doivent être formés et sensibilisés aux besoins des jeunes handicapés dans le cadre des efforts actuels de formation des prestataires sur les services adaptés aux jeunes et l'éducation sexuelle complète (CSE). Les gouvernements doivent viser à former et engager des personnes handicapées pour qu'elles fassent partie du personnel fournissant les services aux jeunes handicapés.
- Les gouvernements et les parties prenantes concernées doivent développer du matériel pour aider à évaluer la prestation des services. Celui-ci peut inclure des listes de contrôle et des critères visant à évaluer si les cliniques offrent des services et des informations accessibles aux jeunes handicapés, identifier les « zones sensibles » où aucun service adapté aux jeunes et aux handicapés n'est disponible et guider le soutien financier et technique vers les zones qui en ont le plus besoin.

L'orientation stratégique régionale offre aux gouvernements et aux parties prenantes un point de départ pour élaborer et évaluer des plans d'action nationaux afin que les jeunes handicapés soient pleinement inclus dans les politiques et programmes nationaux et régionaux et ne soient plus à risque d'être laissés pour compte.

accessibles et que les informations sur la santé soient disponibles dans des formats accessibles pour tous les types de handicaps, y compris les malvoyants et les personnes ayant un handicap mental. Les jeunes handicapés doivent avoir accès au soutien dont ils ont besoin pour prendre eux-mêmes des décisions concernant leur SSR.

- **Disponibilité et qualité des établissements de santé et des prestataires.** Certains pays ont des lois restrictives sur les personnes pouvant fournir certains services, y compris les infirmières, les sages-femmes et d'autres professions pouvant être formés de manière compétente. Là où il y a peu de médecins qualifiés, les législations nationales peuvent permettre à différents niveaux de prestataires formés et compétents de dispenser les services de reproduction nécessaires.
- **Assurer le respect de la vie privée et la confidentialité.** Le droit au respect de la vie privée et à la confidentialité protège les jeunes, en particulier les jeunes handicapés, contre toute ingérence dans les décisions sensibles concernant leur santé sexuelle et reproductive. Les mesures de protection de la vie privée peuvent encourager les jeunes personnes handicapées à rechercher des services de SSR sans risquer l'intimidation ou la coercition des soignants ou des membres de la famille et de la communauté.
- **Favoriser une prise de décision éclairée.** Les lois nationales doivent protéger les jeunes handicapés de la pression, de la coercition ou de la force en ce qui concerne les décisions concernant leur santé sexuelle et procréative et doivent leur garantir suffisamment d'informations, dans des formats totalement accessibles, pour leur permettre de prendre des décisions librement et sans influence induite. Les politiques ou les pratiques qui permettent la censure, la rétention ou la présentation intentionnelle erronée d'informations sur la santé sexuelle ou reproductive doivent être éliminées.

- **Personnel de santé qualifié** Les lois et règlements nationaux peuvent garantir que tous les prestataires de soins de santé soient correctement formés pour fournir des services aux populations concernées, y compris pour les jeunes handicapés. Les fournisseurs de soins de santé qui ne sont pas familiers avec les types de handicap ou qui ne sont pas formés à la communication avec les jeunes handicapés peuvent ne pas être en mesure ou se montrer réticents à fournir des soins de santé appropriés. Les États sont tenus de veiller à ce que les prestataires de soins reçoivent une formation et un soutien adéquats afin de pouvoir dispenser des soins compétents à tous, y compris aux jeunes handicapés.

- **Discrimination sur la base du statut VIH.** Certains pays ont criminalisé la transmission du VIH ou l'exposition à ce virus, ce qui peut empêcher les jeunes handicapés séropositifs d'accéder aux services de santé et ce qui contribue à des attitudes discriminatoires. Dans certains endroits, des femmes atteintes de VIH disent avoir été stérilisées sans leur consentement afin de prévenir la transmission de mère à enfant. Les lois nationales peuvent empêcher l'utilisation du statut VIH comme base d'un traitement différentiel ou d'un refus des services de santé.

Il s'agit d'une liste non exhaustive des domaines dans lesquels la réglementation légale peut être la plus efficace pour promouvoir l'accès des jeunes handicapés à la SSR et aux services nécessaires. Celle-ci est fondée sur les obligations contenues dans les instruments internationaux et régionaux examinés en détail au chapitre 3, qui engagent les États à respecter, protéger et réaliser les droits des jeunes handicapés, au même titre que les autres.

De nombreux États ont agi sur la base de ces engagements. Le droit aux services de santé est incorporé dans de nombreuses constitutions nationales et d'autres lois,⁶¹³ et les États ont pris des

mesures afin d'assurer la mise en œuvre de droits particuliers tels que le droit à la contraception. La nouvelle loi indienne sur les droits des personnes handicapées, adoptée en décembre 2016, reconnaît le droit des personnes handicapées d'avoir accès aux informations sur la reproduction et le planning familial et interdit expressément toute procédure visant à restreindre ou à éliminer la fertilité d'une personne handicapée sans son consentement libre et éclairé.⁶¹⁴ Celle-ci reconnaît également le droit des enfants handicapés d'exprimer librement leurs opinions sur les questions les concernant et interdit le traitement discriminatoire des femmes et des enfants handicapés.⁶¹⁵ Cette loi appelle à un soutien financier pour les femmes handicapées qui choisissent d'avoir des enfants et exige un « accès sans obstacle dans toutes les parties des hôpitaux publics et privés et d'autres institutions et centres de santé ». ⁶¹⁶ Enfin, elle oblige le gouvernement et les autorités locales à prendre des mesures actives pour promouvoir la SSR pour les femmes handicapées.⁶¹⁷

Au Portugal, la Constitution garantit le droit au planning familial et la législation nationale exige que les préservatifs soient disponibles dans les écoles en raison de leur importance dans la prévention du VIH et des IST et que tous les hôpitaux offrant des soins obstétricaux ou gynécologiques offrent des conseils en planification familiale et des contraceptifs gratuits.⁶¹⁸

Le principe de non-discrimination est également largement accepté. La Constitution du Mozambique interdit la discrimination contre les enfants handicapés et la législation nationale offre des protections aux personnes handicapées atteinte de VIH/SIDA et garantit le droit des enfants handicapés à l'éducation.⁶¹⁹ La loi du 14 mars 2003 sur les personnes handicapées au Kenya prévoit l'égalité des droits et des opportunités pour les personnes handicapées au Kenya, et la Politique Nationale de Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents, discutée en détail ci-dessous, reconnaît les besoins et les droits spécifiques des jeunes handicapés.

La constitution actuelle de l'Égypte, adoptée en 2014, reconnaît l'égalité des droits des personnes handicapées, y compris le droit à la santé, et engage l'État à fournir des services de santé complets et de qualité accessibles à tous, y compris aux personnes handicapées. La Constitution du Maroc reconnaît également le principe de l'égalité, y compris pour les personnes handicapées, et oblige l'État à intégrer les personnes handicapées dans la vie sociale et civile et à faciliter la jouissance de ces droits et libertés accessibles à tous.

Un examen récent du premier cycle de rapports dans le cadre du mécanisme de l'Examen Périodique Universel a révélé que les États ont pris un certain nombre de mesures supplémentaires pour faire progresser les DSSR dans la législation nationale.⁶²⁰ L'Azerbaïdjan a porté l'âge minimum du mariage à 18 ans et a criminalisé l'acte de forcer les femmes à se marier, et Cuba a mis en place un programme d'éducation sexuelle dans l'ensemble du système éducatif national pour tous les niveaux d'éducation. Le Pakistan a criminalisé les mariages forcés, les mariages d'enfants et autres pratiques coutumières discriminatoires à l'égard des femmes et des jeunes filles, et au Turkménistan, le gouvernement a étendu l'éducation sur la prévention du VIH pour les jeunes.⁶²¹

Comme indiqué au chapitre 4, les lois sont plus susceptibles d'être appliquées lorsqu'elles sont soutenues par la mise en œuvre de politiques et de programmes. Au niveau régional, les stratégies adoptées par les États membres de l'Union africaine et les ministres de la santé et de l'éducation d'Amérique latine et des Caraïbes affirment l'importance d'une éducation sexuelle complète dans la réalisation respective de la DSSR et la prévention du VIH et des IST.⁶²² Le Plan d'action de Maputo de 2006 a mis en œuvre le Cadre stratégique continental pour les droits à la santé sexuelle et reproductive, qui a conduit à des améliorations significatives dans certains domaines des DSSR, notamment la réduction de la prévalence du VIH chez les jeunes entre 15 et 24 ans.⁶²³

L'Afrique du Sud et le Kenya ont récemment adopté des politiques nationales concernant l'accès à la santé sexuelle et reproductive des jeunes qui

incluent expressément les jeunes handicapés. Les stratégies adoptées sont détaillées dans les zones de texte ci-dessous.

POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS (2015) AU KENYA⁶²⁴

En partie en réponse aux changements démographiques qui ont rapidement fait augmenter la population jeune au Kenya et en partie aux changements dans sa structure de gouvernance, le gouvernement kényan a adopté une nouvelle politique nationale de santé sexuelle et reproductive des adolescents en 2015 pour répondre à leurs besoins. La politique est conçue pour guider les ministères et les partenaires au développement et pour soutenir une approche intégrée qui améliore la SSR des adolescents et soutient la réalisation de leur plein potentiel pour contribuer au développement.

Celle-ci est fondée sur six principes fondamentaux :

- **Respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales**, y compris le droit à la vie, à la dignité humaine, à l'égalité et à la discrimination fondée sur le genre, le sexe, l'âge, le handicap, l'état de santé, la situation géographique ou les croyances et pratiques sociales, culturelles et religieuses.
- **Réactivité aux besoins variés de SSR des adolescents** dans la prestation des soins.
- **Disponibilité d'informations et de services holistiques et intégrés [pour adolescents] en matière de SSR** grâce à des approches pluridimensionnelles et multisectorielles efficaces pour informer les adolescents et leur fournir des services.
- **Reconnaissance du rôle critique que jouent les parents, les tuteurs et les communautés** dans la promotion des DSSR des adolescents.
- **Implication des adolescents dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes des DSSR** des adolescents pour une mise en œuvre efficace des programmes, la promotion des partenariats et la création de canaux de communication ouverts pour la réalisation des objectifs mutuels.
- **Utilisation d'interventions et de programmes fondés sur des données probantes.**

Cette politique reconnaît explicitement les défis uniques auxquels les jeunes personnes handicapées sont confrontées dans l'accès aux services de santé, y compris les services de SSR, et les risques associés à leur SSR. Elle appelle à la fourniture d'informations et de services de SSR adaptés aux personnes handicapées ; la collecte et l'utilisation de données sur les adolescents marginalisés pour guider la programmation future ; le soutien aux liens entre les programmes de SSR et les opportunités de moyens de subsistance, en particulier pour les adolescents marginalisés ; et le développement d'outils de collecte de données sur les adolescents handicapés.

STRATÉGIE-CADRE NATIONALE RELATIVE À LA SANTÉ ET AUX DROITS SEXUELS ET GÉNÉSIQUES DES ADOLESCENTS (2014-2019) - AFRIQUE DU SUD⁶²⁵

La stratégie-cadre nationale pour la santé et les droits sexuels et génésiques des adolescents en Afrique du Sud engage les parties prenantes à adopter une approche multipartite et multisectorielle qui cible les besoins de tous les adolescents, y compris les adolescents handicapés. Cette stratégie-cadre définit cinq priorités :

- Améliorer la coordination, la collaboration, l'information et le partage des connaissances sur les DSSR chez les adolescents parmi les intervenants
- Développer des approches innovantes pour une information, une éducation et un conseil complets en matière de DSSR pour les adolescents
- Renforcer la prestation de services et le soutien des DSSR chez les adolescents en ce qui concerne différents problèmes de santé
- Créer des réseaux de soutien communautaires efficaces pour les adolescents
- Formuler des révisions factuelles de la législation, des politiques, des stratégies et des directives sur les DSSR des adolescents.

Pour répondre à ces priorités pour les adolescents handicapés, la stratégie-cadre s'engage à fournir des « messages sur les DSSR non conflictuels, respectant l'égalité des genres, culturellement adaptés et positifs » aux adolescents, y compris aux personnes handicapées, concevoir des moyens de communication efficaces et appropriés sur les DSSR des adolescents pour les adolescents handicapés, en particulier dans les zones rurales, créer des réseaux de soutien communautaire efficaces en partie en travaillant avec les parents et le personnel soignant d'adolescents handicapés sur la façon de soutenir les fonctions et les droits en matière de santé reproductive, et créer des plateformes sûres qui favorisent l'égalité des sexes et encouragent la socialisation pour réduire la stigmatisation et les préjugés discriminatoires.

La stratégie-cadre propose d'« inculquer un système de valeurs fondamentales [chez les adolescents] qui n'adhère pas aux stéréotypes de genre ou à d'autres préjugés mais favorise et souligne les attitudes non discriminatoires, le respect de la dignité humaine, l'égalité des sexes, [et] la reconnaissance des droits de responsabilité, d'empathie et de tolérance », ainsi que le renforcement de la capacité des adolescents à prendre des décisions éclairées concernant leur DSSR et à se sentir libres d'accéder à leurs DSSR sans crainte de stigmatisation.

Celle-ci confie la supervision de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des progrès de la stratégie-cadre à un comité interministériel soutenu par un comité technique chargé de rendre compte régulièrement des progrès accomplis.

SERVICES ET INTERVENTIONS PROGRAMMATIQUES

L'égalité réelle en matière de SSR exige que les jeunes handicapés soient non seulement reconnus par les lois et les politiques nationales au même titre que leurs pairs non handicapés, mais aussi qu'ils aient un accès égal aux mêmes informations et services

de SSR que leurs pairs, et aux services qui répondent à leurs besoins spécifiques. Par conséquent, les politiques de DSSR adaptées aux adolescents doivent au minimum inclure explicitement le handicap, et ces politiques de DSSR inclusives pour les personnes handicapées doivent également être adaptées aux adolescents.



DIVERSITÉ ET DROITS À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE⁶²⁶

On discute souvent des jeunes comme s'il s'agissait d'un groupe homogène, mais en réalité, il s'agit d'une population diversifiée dont les besoins et les désirs en matière de SSR sont complexes, changeants et variés. Dans le contexte de la programmation de la DSSR, la « diversité » fait généralement référence aux identités, expressions, antécédents et circonstances distinctives (de genre) des différents groupes et individus au sein d'une population. En général, ces caractéristiques influencent ce dont une (jeune) personne a besoin.

Les filles et les jeunes femmes handicapées sont confrontées à des défis uniques en matière de gestion de l'hygiène menstruelle, par exemple, et ont besoin d'installations sanitaires appropriées et d'éducation, de ressources et de soutien pour gérer leur santé.⁶²⁷ De même, les jeunes malentendants ou sourds ont des besoins de communication uniques qui sont souvent ignorés dans l'élaboration des politiques de SSR, la conception des programmes et la prestation de services.⁶²⁸ Pour que les programmes réussissent, ils doivent reconnaître et surmonter les obstacles à la communication qui peuvent être communs aux groupes ayant des besoins particuliers.⁶²⁹

Mais **la diversité sexuelle** est souvent un aspect manquant dans les programmes de DSSR. Les concepts traditionnels de genre sont basés sur l'hétérosexualité et la renforcent ; par conséquent, les jeunes handicapés qui identifient et expriment leur genre et leur sexualité d'une manière qui ne correspond pas à ce concept sont souvent stigmatisés, marginalisés et discriminés sur cette base, ce qui peut à son tour restreindre davantage leur capacité et leur accès aux services, programmes et droits.

Reconnaître toutes les formes de diversité dans les programmes de DSSR est essentiel à la réalisation des droits de l'Homme de *tous* les jeunes handicapés, en particulier les droits à l'égalité et au meilleur état de santé possible.

Pour favoriser la mise en œuvre des obligations et des objectifs liés aux DSSR tels qu'ils sont définis dans les cadres normatifs, les États doivent veiller à ce que les jeunes handicapés aient accès à un ensemble de services de base qui comprend :⁶³⁰

- 1. Planning familial :** L'accès au planning familial volontaire et aux méthodes contraceptives modernes, y compris les contraceptifs d'urgence, ainsi que des conseils sur la façon de les utiliser de manière sûre et efficace.
- 2. Soins de santé maternelle :** Accès aux services de santé maternelle, y compris les soins prénatals et postnatals, un accompagnement qualifié à l'accouchement et l'accès aux soins obstétriques d'urgence.
- 3. Avortement sécurisé :** Accès à l'avortement sécurisé, là où il n'est pas illégal.
- 4. Soins après l'avortement :** accès à des soins après l'avortement, que l'avortement soit autorisé juridiquement ou non.
- 5. Éducation sexuelle complète :** L'accès à l'éducation sexuelle complète qui fournit des aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité, notamment en dotant les enfants et les jeunes de connaissances, compétences, attitudes et valeurs leur permettra de : réaliser leur santé, leur bien-être et leur dignité ; développer des relations sociales et sexuelles respectueuses ; considérer comment leurs choix affectent leur propre bien-être et celui des autres ; et comprendre et assurer la protection de leurs droits tout au long de leur vie. Cela comprend l'accès à une information et une éducation précises et complètes sur le développement humain, l'anatomie et la santé reproductive ainsi que des informations sur la contraception, l'accouchement et les IST, y compris le VIH, et des méthodes volontaires de prévention, de traitement et de soins.

6. Services de prévention et de réponse à la violence sexiste (VBG) : Accès aux services de prévention et d'intervention concernant la VBG, y compris les services de réadaptation pour les victimes de violences, conformément aux normes du programme des Nations Unies sur les services essentiels pour les femmes et les jeunes filles victimes de violence

7. Services de prévention et de traitement des IST : Accès aux mesures préventives concernant les IST, y compris le VIH / SIDA, ainsi que la détection et le traitement des IST, y compris le VIH / SIDA.

Tous les efforts doivent également être conformes aux normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) *pour améliorer la qualité des soins pour les enfants et les jeunes adolescents dans les établissements de santé*⁶³¹ afin de respecter les droits des enfants et de garantir les installations et services de santé des enfants, des adolescents et des familles, des soins cliniques fondés sur des données probantes, la disponibilité d'équipement approprié spécifique aux enfants et aux adolescents, un personnel compétent et dûment formé. Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents.⁶³² Les normes mondiales pour des services de santé de qualité pour les adolescents, élaborées par l'OMS et l'ONUSIDA, fournissent également un cadre normalisé pour aider les décideurs et les prestataires de soins à améliorer la qualité des services de santé afin que les adolescents puissent plus facilement obtenir les services de santé dont ils ont besoin pour promouvoir, protéger et améliorer leur santé et leur bien-être.

Les sections suivantes traitent des étapes prometteuses permettant d'assurer que ces services soient disponibles, accessibles, acceptables et de qualité pour les jeunes handicapés. Les services relatifs à la prévention et à la réponse à la violence sexiste (VBG) sont discutés en détail au chapitre 4.

DIRECTIVES POUR FOURNIR DES SERVICES DE SSR BASÉS SUR LES DROITS ET RESPECTANT L'ÉGALITÉ DES GENRES POUR LES JEUNES PERSONNES HANDICAPÉES

Women Enabled International (WEI) et l'UNFPA ont collaboré à un ensemble détaillé de lignes directrices pour des services de SSR inclusifs pour les femmes et les jeunes handicapés. Les directives (à paraître à l'été 2018)⁶³³ offrent des mesures pratiques et concrètes que les gouvernements, les prestataires de services et les autres parties prenantes peuvent se servir pour répondre aux besoins des jeunes handicapés. Les directives utilisent l'approche DAAQ décrite ci-dessus comme un cadre et définissent des mesures concrètes pour assurer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de SSR, ainsi que de prévention et d'intervention liés à la VBG.

Voici un exemple d'actions recommandées pour les fournisseurs de services de SSR :

- Établir des protocoles et des lignes directrices adaptés aux besoins des personnes handicapées pour les visites de suivi auprès des fournisseurs de soins de santé, la gestion des effets secondaires des médicaments ou des traitements, et des directives d'orientation pour une aide supplémentaire si nécessaire ;
- Créer des matériels d'information accessibles adaptés aux jeunes souffrant de différents types de handicap et appropriés à différents âges, qui traitent des types de services de contraception et de SSR disponibles et envisagent de subventionner ces services pour les jeunes handicapés à faible revenu ;
- Développer des campagnes de sensibilisation et du matériel éducatif pour les soignants et les membres de la famille des jeunes handicapés sur la sexualité chez les jeunes handicapés, l'utilisation de la contraception et les services de SSR disponibles.
- Veiller à ce que les informations, biens et services relatifs à la contraception soient accessibles aux jeunes hommes et garçons handicapés et aux jeunes femmes et filles handicapées. Les hommes et les garçons devraient également recevoir des informations pour les aider à comprendre le droit des jeunes femmes et des adolescentes à utiliser des contraceptifs.

Les directives sont complètes et peuvent être utilisées pour soutenir des programmes offrant toute la gamme des services de SSR et liés à la VBG pour les jeunes handicapés, y compris les services dont ont besoin les victimes de violence.

ÉDUCATION SEXUELLE COMPLÈTE ET JEUNES HANDICAPÉS

Les jeunes handicapés ont droit à une éducation sexuelle complète sur un pied d'égalité avec les

autres. L'éducation sexuelle complète est définie comme une approche de l'éducation à la sexualité fondée sur les droits et le genre, que ce soit en contexte scolaire ou extra-scolaire, qui vise à doter les enfants et les jeunes de connaissances, de compétences, d'attitudes et de valeurs leur

permettant de réaliser leur santé, leur bien-être et leur dignité, à développer des relations sociales et sexuelles respectueuses, à considérer la manière dont leurs choix affectent leur propre bien-être et celui des autres, et à comprendre et assurer la protection de leurs droits tout au long de leur vie.⁶³⁴ L'éducation sexuelle complète est essentielle pour que tous les jeunes aient les connaissances dont ils ont besoin pour comprendre leur sexualité et pour prendre des décisions éclairées concernant leur propre SSR et bien-être ainsi que la santé et le bien-être de leurs partenaires. L'éducation sexuelle complète joue également un rôle essentiel dans la prévention du VIH et des IST et dans la réduction des risques de grossesses non désirées et d'activité sexuelle coercitive ou abusive.⁶³⁵

Les recherches ont montré que les jeunes handicapés ont des niveaux faibles d'éducation sexuelle et peu de connaissances à propos de la SSR.⁶³⁶ Les filles handicapées ont probablement encore moins de connaissances que leurs homologues masculins.⁶³⁷ Les différences de niveaux de connaissances ont été attribuées aux différences des types de handicaps et de leur gravité, les jeunes présentant des déficiences intellectuelles ayant le niveau le plus faible.⁶³⁸ Cela s'explique en partie par le fait que les jeunes handicapés ne sont pas inclus dans les écoles où une éducation sexuelle complète est enseignée, et que les taux de fréquentation scolaire des jeunes handicapés, en particulier des filles handicapées, sont plus faibles.

Seulement 5 % des enfants handicapés terminent leurs études primaires,⁶³⁹ ce qui les exclut de l'éducation sexuelle en milieu scolaire et des programmes de sensibilisation au VIH / SIDA. Lorsque les enfants handicapés sont inscrits à l'école, ils sont souvent dans des classes spéciales où l'éducation sexuelle ne figure pas au programme.⁶⁴⁰

L'UNFPA a élaboré des principes de base pour les programmes d'éducation sexuelle complète et des documents d'information qui exigent que tous ces programmes démontrent le respect des droits de

l'Homme et de la diversité et affirment que l'éducation sexuelle est un droit. Ceux-ci ont pour objectif également de promouvoir les capacités de réflexion critique et de soutenir la participation des jeunes à la prise de décision et renforcer leurs capacités à être des citoyens actifs et engagés, encourager les normes et les attitudes qui favorisent l'égalité des sexes et l'inclusion, s'occuper des vulnérabilités et de l'exclusion, renforcer l'appropriation locale; et promouvoir une approche positive du cycle de vie à la sexualité.⁶⁴¹

Pour assurer l'accès des jeunes handicapés à l'éducation sexuelle complète, il est important de fournir des programmes d'éducation sexuelle complète dans des contextes non scolaires, notamment dans des contextes accessibles et accueillants pour les jeunes handicapés, et en particulier pour les filles et les jeunes femmes. L'isolement social causé par la stigmatisation des personnes handicapées fait qu'il est difficile pour certains jeunes handicapés de participer à des associations, des clubs sportifs, des organisations confessionnelles et d'autres initiatives pour centrées sur les jeunes dans lesquelles les prestataires ciblent souvent les jeunes non handicapés.⁶⁴² Les prestataires de services de télésurveillance doivent également élaborer des stratégies pour atteindre les jeunes handicapés qui sont isolés chez eux mais qui ont toujours les mêmes droits à l'information et aux services.

Les programmes d'éducation sexuelle complète doivent également être adaptés aux besoins des jeunes handicapés ayant différents types de handicaps. Les Directives du WEI/UNFPA recommandent de créer des espaces plus petits, favorables et accessibles pour permettre aux jeunes handicapés, en particulier aux jeunes femmes et filles handicapées, de se sentir à l'aise pour parler de sujets qui peuvent être sensibles ou embarrassants.

La recherche a également montré que les parents, les enseignants et les éducateurs pairs sont les sources préférées de DSSR pour la majorité

NEUF COMPOSANTES ESSENTIELLES DES PROGRAMMES D'ÉDUCATION SEXUELLE COMPLÈTE MODIFIÉS POUR LES JEUNES HANDICAPÉS

- 1 BASÉ SUR LES DROITS DE L'HOMME, DONT LES DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES**

L'ESC peut être utilisée non seulement pour promouvoir les DSSR, mais également pour promouvoir l'égalité des sexes et les droits de l'Homme pour tous. L'ESC peut présenter aux enfants en âge d'être scolarisés, aux adolescents et aux jeunes handicapés et non handicapés, les notions d'égalité des personnes handicapées et des droits de l'Homme des personnes handicapées, tout en enseignant l'importance du respect de leurs propres droits et de ceux d'autrui concernant la sexualité, l'égalité des sexes et les droits de l'Homme.
- 2 ÉGALITÉ DES SEXES**

Pour que l'ESC soit efficace et conforme aux normes internationales, elle doit aussi promouvoir l'égalité des sexes. Étant donné que le handicap exacerbe souvent les inégalités entre les sexes, il est particulièrement important que les participants à l'ESC étudient les thèmes principaux liés à l'égalité des sexes du point de vue du handicap, afin qu'ils soient sensibilisés et comprennent.
- 3 DES INFORMATIONS COMPLÈTES ET SCIENTIFIQUEMENT EXACTES**

Des informations complètes et exactes sont essentielles pour que les jeunes puissent jouir pleinement de leurs DSSR. Il existe de nombreuses idées fausses sur la sexualité et le handicap, ainsi que des croyances sociales néfastes qui conduisent à la stigmatisation et à l'isolement social. L'ESC doit aborder des idées fausses telles que la croyance que les personnes handicapées sont non sexuelles, dans les contextes culturels appropriés.
- 4 UN ENVIRONNEMENT D'APPRENTISSAGE SÛR, SAIN ET QUI INCLUT LE HANDICAP**

Pour qu'une personne puisse participer pleinement à l'ESC, elle doit bénéficier d'un environnement d'apprentissage accessible, sûr et sain. Les personnes handicapées, en particulier les jeunes personnes handicapées, sont souvent la cible de harcèlement, de discrimination et même de violence, tant de la part des enseignants que de leurs pairs. Par conséquent, il est particulièrement important que les éducateurs d'ESC définissent des politiques d'inclusion du handicap fortes, qui expriment clairement qu'aucune forme de discrimination ne sera tolérée. Celles-ci doivent inclure une sensibilisation aux handicaps pour tous les participants et intervenants, et un suivi des politiques qui assurent aux participants handicapés d'avoir la possibilité de déposer des rapports confidentiels en cas de discrimination et d'abus.
- 5 LIEN VERS LES SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET D'AUTRES INITIATIVES QUI ABORDENT LE GENRE, LE HANDICAP, L'ÉGALITÉ, L'ÉMANCIPATION ET L'ACCÈS AUX AVANTAGES ÉDUCATIFS, SOCIAUX ET ÉCONOMIQUES POUR LES JEUNES**

Les programmes d'ESC doivent être liés à des initiatives complémentaires qui prennent en charge spécifiquement les DSSR et les facteurs sociaux plus larges qui affectent les DSSR des jeunes handicapés. Lors de l'association ces initiatives, les programmes d'ESC doivent assurer l'inclusion des handicaps afin que les jeunes handicapés soient en mesure d'y participer sur un pied d'égalité. Des initiatives complémentaires peuvent inclure des programmes visant à créer des politiques liées aux services de santé sexuelle adaptées aux jeunes, des établissements de santé sexuelle accessibles aux personnes handicapées, des campagnes de sensibilisation visant à modifier les normes néfastes basées sur le genre, et l'inclusion des DSSR dans les politiques et lois sur le handicap.
- 6 MÉTHODES D'ENSEIGNEMENT PARTICIPATIF POUR LA PERSONNALISATION DE L'INFORMATION ET LE RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES EN COMMUNICATION, DE LA PRISE DE DÉCISIONS ET DE L'ESPRIT CRITIQUE**

Les participants à l'ESC doivent apprendre les compétences nécessaires pour prendre des décisions plus éclairées concernant leur sexualité et être capables de communiquer efficacement avec les autres. Les programmes d'ESC doivent être attentifs au fait que beaucoup de jeunes handicapés ont peut-être grandi dans des foyers surprotégés et n'ont peut-être pas développé le même niveau de prise de décision autonome et les mêmes capacités de se défendre que leurs pairs. Par conséquent, les programmes d'ESC peuvent développer des cours ciblés pour assurer que les jeunes personnes handicapées soient en mesure de développer pleinement ces compétences, ainsi que des leçons interactives qui incluent à la fois des participants handicapés et non handicapés.
- 7 RENFORCER LES DROITS DES JEUNES ET LEUR ENGAGEMENT CIVIQUE**

Les programmes d'ESC doivent impliquer les jeunes avec et sans handicap dans la conception des programmes et encourager la participation des jeunes aux activités de changement social positif, y compris les actions de sensibilisation et de promotion concernant les DSSR. Inclure les jeunes handicapés dans la conception des activités du programme contribuera à assurer qu'une perspective du handicap soit incluse dans le programme et que toutes les activités de promotion et d'engagement civique incluent le handicap. Les programmes d'ESC doivent également assurer que les partenaires de la société civile aient des politiques d'inclusion des personnes handicapées et que les OPH, en particulier celles représentant les jeunes, participent pleinement à conseiller et évaluer les politiques et les programmes d'ESC.
- 8 PERTINENCE CULTURELLE DANS LA LUTTE CONTRE LES VIOLATIONS DES DROITS DE L'HOMME ET CONTRE L'INÉGALITÉ ENTRE LES SEXES ET POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES**

Étant donné que les attitudes et les croyances concernant le sexe et les handicaps sont souvent profondément ancrées dans les normes socioculturelles, tous les programmes d'ESC doivent être développés de manière culturellement sensible, conformément aux normes internationales. Ils doivent explicitement aborder les mythes et idées fausses au sujet du genre, du handicap et d'autres types de discrimination existant dans le contexte local. La participation des parties prenantes et autres personnes qui connaissent le contexte local est fondamentale pour concevoir des programmes promouvant les droits de l'Homme, l'égalité des sexes et l'égalité des personnes handicapées d'une manière culturellement sensible pour assurer que ces concepts soient compris, acceptés et se perpétuent.
- 9 ATTEINDRE LES SECTEURS FORMELS ET INFORMELS AINSI QUE LES DIFFÉRENTS GROUPES D'ÂGE**

Les programmes d'ESC réussis utilisent des informations adaptées à l'âge pour sensibiliser les jeunes de tous âges dans divers milieux, tant dans un contexte scolaire qu'extra-scolaire. Les programmes d'ESC doivent également élaborer des stratégies pour spécifiquement identifier et inviter les jeunes handicapés socialement isolés qui peuvent ne pas être au courant ou à l'aise pour assister à l'ESC sans encouragement ou interventions particulières, et sensibiliser leurs parents et les autres participants à l'ESC.

Remarque : Une version textuelle de ce graphique est disponible en [annexe](#).

des jeunes.⁶⁴³ Pourtant, les parents de jeunes handicapés expriment constamment un sentiment d'incompétence ou d'inconfort pour parler de sexualité avec leurs enfants, suggérant qu'il existe

un besoin de programmes de formation de base ciblant les parents d'enfants et de jeunes handicapés et leur fournissant des outils pour soutenir des conversations ouvertes avec leurs enfants.⁶⁴⁴

PROMOUVOIR LA SEXUALITÉ POSITIVE AUPRÈS DES JEUNES HANDICAPÉS ET DES AUTRES, ASOCIACIÓN SEXUALIDAD Y DISCAPACIDAD ET MINISTÈRE ESPAGNOL DE LA SANTÉ⁶⁴⁵

Le ministère espagnol de la Santé s'est associé à l'Asociación Sexualidad y Discapacidad (Association pour la sexualité et le handicap) afin de promouvoir une vie sexuelle saine pour les personnes handicapées, en particulier les personnes avec handicap mental. L'Association Sexualité et Handicap préconise la reconnaissance de la sexualité comme un élément important pour une vie saine et épanouissante pour tous les individus, y compris les personnes handicapées, et travaille à contrer les images négatives des personnes handicapées en tant qu'individus asexués. En bref, elle aborde spécifiquement les fausses croyances sur la sexualité, ou sur le manque de sexualité des personnes handicapées. Elle le fait non seulement en sensibilisant les personnes handicapées sur le fait que la sexualité devrait être un aspect positif de leur vie ainsi qu'un droit, mais aussi en travaillant avec les parents, les fournisseurs de soins de santé et autres.

Dans les centres soutenus par le ministère de la Santé, le personnel et les bénévoles de l'Association Sexualité et Handicap forment des thérapeutes, des soignants, des membres de la famille et d'autres personnes qui travaillent avec des personnes handicapées sur la façon de soutenir les jeunes handicapés dans la réalisation d'une vie sexuelle satisfaisante. Le personnel et les bénévoles travaillent également avec les jeunes handicapés dans les centres de soins et les écoles pour promouvoir une éducation et une sensibilisation à la sexualité positive afin qu'ils puissent mieux comprendre les changements physiques de leur corps à mesure qu'ils grandissent.

L'Association Sexualité et Handicap publie des documents sur le thème d'une sexualité saine et du handicap dans des formats accessibles et dans un langage simple et approprié pour informer les personnes porteuses de handicap mental, et a élaboré un matériel éducatif adapté à tous les groupes d'âge. Elle propose également un cours de formation annuel pour les professionnels qui a été diffusé en direct sur les médias espagnols.

Le ministère a soutenu le travail de l'Association Sexualité et Handicap depuis au moins 2012 et a facilité l'inclusion du thème de la sexualité positive dans les formations professionnelles et les conférences liées au handicap. Il a également soutenu l'élaboration de lignes directrices et de meilleures pratiques pour les thérapeutes travaillant avec des personnes handicapées, y compris un ensemble de directives révolutionnaires pour l'inclusion du thème de la sexualité dans les soins et le traitement des personnes atteintes de maladies rares.



ÉDUCATION SEXUELLE POUR LES FEMMES ET LES JEUNES FILLES HANDICAPÉES EN ASIE CENTRALE

Depuis 2002, l'Association publique femmes handicapées « Shyrak » milite pour les DSSR des femmes et des filles handicapées à travers l'éducation sexuelle. Shyrak est une association de personnes handicapées fondée par des femmes handicapées à Almaty, au Kazakhstan, qui met en œuvre des projets à travers l'Asie centrale. Shyrak est avant tout une organisation pour le développement qui représente la voix des femmes et des filles handicapées dans l'élaboration des politiques. Le président de Shyrak représente également les femmes handicapées au niveau national en tant que membre du Conseil national du Kazakhstan pour le handicap et de la Commission nationale pour les affaires féminines et conseille le Ministère de la santé et du développement social du Kazakhstan en matière d'inclusion du handicap.⁶⁴⁶

À partir de 2002, Shyrak a commencé à mettre en œuvre des cours d'éducation sexuelle ciblant les femmes handicapées et les parents de filles handicapées, en coopération avec le ministère de la Santé du Kazakhstan et le département des politiques internes du gouvernement municipal d'Almaty. Le projet «Les étapes vers l'autosuffisance et les droits reproductifs des femmes handicapées» est un cours de formation à l'éducation sexuelle spécifique au handicap qui cible les femmes handicapées au Kazakhstan. Le projet «étapes vers l'autosuffisance» est un cours complet de sexualité qui commence par élever la conscience des droits des femmes et des filles handicapées afin qu'elles se considèrent comme des détentrices de droits de l'homme et développent les compétences et la confiance nécessaires pour revendiquer leur droit aux services de SSR. Le cours est composé de trois éléments visant à assurer la durabilité et une vaste portée du projet. Premièrement, le cours interactif traite de la santé psychologique, de la DSSR et de la prévention des IST. Deuxièmement, il utilise un modèle de formation des formateurs, en instruisant des femmes handicapées afin qu'elles puissent suivre le cours elles-mêmes, ce qui permet à Shyrak de former plus de femmes handicapées simultanément et dans différentes régions du Kazakhstan et d'Asie centrale. Enfin, le projet comprend également une formation spécifique pour les parents de filles handicapées qui aborde les stéréotypes négatifs des femmes et des filles handicapées et qui enseigne aux parents comment créer un environnement familial positif pour leurs enfants handicapés, pour leur offrir les mêmes opportunités que les autres enfants, et respecter le droit de leurs filles handicapées de prendre leurs propres décisions, y compris les décisions concernant leur DSSR.⁶⁴⁷

En ce qui concerne l'approche duale, Shyrak représente la seconde en mettant en œuvre une campagne d'éducation sexuelle spécifiquement destinée aux femmes et aux filles handicapées, car elle reconnaît que les femmes handicapées au Kazakhstan sont souvent marginalisées par rapport à l'éducation sexuelle et sont donc plus faciles à atteindre par le biais d'une approche ciblée. Shyrak souligne également l'importance du travail de l'État avec les associations de personnes handicapées en reconnaissance du fait que les associations de personnes handicapées possèdent une expertise et sont capables d'atteindre efficacement les participants handicapés. Grâce au plaidoyer de Shyrak et à son rôle de représentant auprès des conseils nationaux et de conseiller du ministère de la Santé et du Développement social, Shyrak poursuit également la première des deux approches en militant pour l'intégration des femmes et des filles handicapées dans la loi, les politiques et les

initiatives de l'État visant à promouvoir l'éducation à la DSSR en général et à l'éducation sexuelle en particulier. Shyrak aborde également de manière importante d'autres problèmes qui affectent l'accès des femmes et des filles handicapées à la DSSR, y compris à l'emploi. Par exemple, Shyrak travaille en coopération avec le Département de l'emploi et des programmes sociaux de la ville d'Almaty pour mettre en œuvre un projet de formation professionnelle et de préparation à l'emploi pour les femmes handicapées.

De nombreux outils et lignes directrices ont été élaborés concernant la mise en œuvre des politiques et programmes d'éducation sexuelle complète pour les jeunes, mais avant la mise en place des lignes directrices du WEI/UNFPA, peu de ces outils et directives traitaient spécifiquement de l'accès et de l'inclusion des jeunes handicapés. Même dans les pays où les programmes d'éducation sexuelle complète ont été

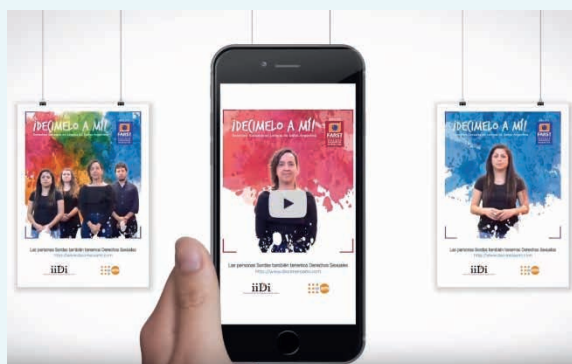
mis en œuvre, il existe peu de données sur la manière dont ces programmes incluent les jeunes handicapés, ou même si ces programmes existent. *L'International Technical Guidance on Sexuality Education*⁶⁴⁸ est un excellent document sur les pratiques positives d'éducation sexuelle complète. Un modèle d'utilisation de l'approche duale dans la conception d'une ESC selon les directives techniques est inclus dans l'annexe 3.

GROS PLAN : RENDRE LES INFORMATIONS SUR LES DROITS À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ACCESSIBLES AUX JEUNES HANDICAPÉS

Assurer que les jeunes personnes handicapées possèdent un vocabulaire et une compréhension de la terminologie et des concepts des DSSR est une condition préalable pour réaliser l'objectif de l'accessibilité. Plusieurs organisations incitent activement les jeunes personnes handicapées à créer des documents qui détaillent la terminologie et les concepts des DSSR. Les exemples choisis comprennent :⁶⁴⁹

Argentine, Costa Rica, et Uruguay : Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo (Institut interaméricain pour le handicap et le développement inclusif, iiDi) et l'UNFPA

Le projet de l'iiDi et de l'UNFPA intitulé *idecime!o a mí!* (dis le moi!) a créé des documents accessibles aux personnes malentendantes. Le matériel comprenait



des affiches et des cartes postales qui utilisaient la réalité augmentée pour présenter la terminologie et les concepts des DSSR. Tous les documents ont été élaborés par des jeunes malentendants d'Argentine, du Costa Rica et d'Uruguay dans le but de réduire les inégalités qui existent dans l'accès à l'information sur les DSSR.

Pour plus d'informations, consultez : <http://comosedice.hol.es/web/>.

Brésil : Centro de Promoção de Saúde (CEDAPS), iiDi, Simbora Gente, Disque Saúde 136, Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde et Governo Federal Brasil Pátria Educadora

Les cartes postales en langage simple produites dans le cadre du projet intitulé Caminhos da inclusão (chemins d'inclusion) véhiculent des messages directs sur les rapports sexuels protégés et d'autres informations sur les DSSR. Sur l'exemple de droite il est écrit : "Le sexe, c'est bien, mais protégez-vous" d'un côté et de l'autre «Prévenons le VIH / SIDA et les autres IST. Parlons-en."

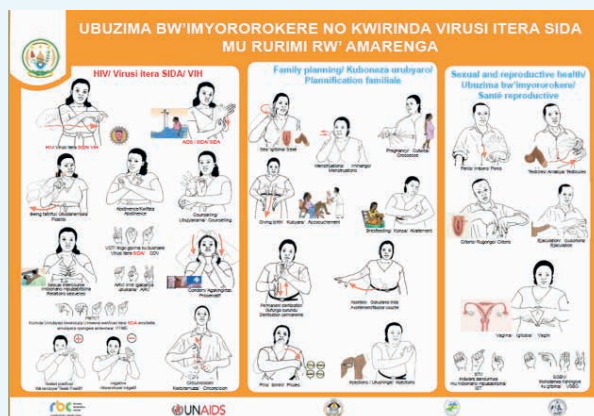
Pour plus d'informations, consultez : <http://cedaps.org.br/projetos/caminhos-da-inclusao/>.



Rwanda : UPHLS (Regroupement d'associations de personnes handicapées luttant contre le VIH / SIDA et pour la promotion de la santé) et ONUSIDA

UPHLS est un regroupement d'OPH, axé sur la lutte contre le VIH / SIDA et la promotion générale de la santé au Rwanda. En partenariat avec ONUSIDA, UPHLS a créé un guide en plusieurs langues qui explique comment dire en langage des signes des mots et des concepts liés au VIH / SIDA, au planning familial et à la santé sexuelle et reproductive.

Pour plus d'informations sur l'UPHLS, consultez : <http://www.uphls.org/>.



La technologie offre une plate-forme utile pour atteindre les jeunes handicapés en leur fournissant à la fois une éducation sexuelle complète générale et la possibilité de rechercher des informations

spécifiques au handicap de manière privée. Cependant, pour être accessibles aux personnes handicapées, les fournisseurs d'éducation sexuelle complète doivent non seulement veiller à ce

que tout le contenu soit inclusif, mais aussi à ce que le personnel et les bénévoles reçoivent une formation et un soutien en matière d'inclusion. Les organisations qui offrent des services d'ESC de cette manière doivent s'assurer qu'elles suivent les directives d'accessibilité des technologies Web et mobiles.⁶⁵⁰ Le respect de ces consignes garantit l'utilisation d'un langage ainsi que d'une police, des images, etc., accessibles à tous les utilisateurs potentiels, y compris ceux utilisant des lecteurs d'écran. Les prestataires d'éducation sexuelle

complète doivent cependant être conscients que les technologies Internet et mobiles n'atteignent souvent pas les populations les plus marginalisées, telles que celles qui vivent dans les zones rurales sans Internet ou sans service de téléphonie mobile ou les personnes ne pouvant pas se payer leur propre téléphone portable ou utiliser un cybercafé et celles qui ne sont pas instruites ou n'ont pas accès à un lieu de communication nécessaire pour lire les messages (SMS) envoyés contenant des informations affichées sur les pages Web.⁶⁵¹

UTILISER INTERNET POUR INCLURE LES JEUNES HANDICAPÉS DANS L'ÉDUCATION SEXUELLE⁶⁵²

Deux sites Web, tous deux situés en Inde, offrent une éducation sexuelle aux jeunes handicapés du monde entier. *Love Matters* (lovematters.in) est un site web d'éducation à la sexualité destiné à tous les jeunes. *Sexuality and Disability* (sexualityanddisability.org) est un site web dédié aux personnes handicapées qui cible spécifiquement les jeunes femmes handicapées. Les deux sites Web ont été créés par des organisations basées en Inde et à l'origine centrées sur l'offre d'éducation sexuelle complète pour les jeunes en Inde et en Asie du Sud, mais qui ont toutes deux acquis un public mondial. Ces plates-formes sont particulièrement importantes pour fournir des services d'ESC aux groupes en marge de l'ESC tant dans des contextes scolaire qu'extra-scolaires.⁶⁵³ Ils offrent également un forum permettant à tous de poser des questions de façon anonyme, assurant ainsi la confidentialité des discussions et encourageant les gens à poser des questions qu'ils pourraient se sentir gênés de poser en personne dans un cadre public. Selon les propos de l'un des créateurs de *sexualityanddisability.org*, le site Web donne aux utilisateurs l'impression que lorsqu'ils posent des questions ou participent à des discussions, ils peuvent être « à la fois intimes et distants », ce qui signifie qu'ils se sentent autorisés à poser des questions personnelles, tout en se sentant protégés par leur anonymat.

Love Matters est un site Web basé en Inde qui fournit une éducation sexuelle en anglais et en hindi. Le site se définit comme « proposant des informations et des articles sans rougir sur l'amour, le sexe et les relations pour les jeunes adultes du monde entier » et « comme un endroit où parler du sexe avec une attitude ouverte, honnête et sans jugement ». Il comprend des fonctions interactives telles que des forums de discussion et couvre des sujets tels que l'amour et les relations, nos corps, le contrôle des naissances, le mariage et les rapports sexuels protégés. Un thème est consacré à la diversité sexuelle et comprend l'orientation sexuelle, la diversité des genres, le sexe et le handicap. Toutes les informations fournies sur le site sont scientifiquement exactes, sans jugement et dans un langage facilement accessible aux jeunes.

La section sur le sexe et le handicap de « *Love Matters* » présente les personnes handicapées comme un groupe que la société ignore souvent, surtout quand il s'agit de sexe et « Pourtant, elles ont des désirs comme tout le monde. ». La page Web contient ensuite des liens vers des articles et des forums de discussion tels que « *Myths Busted* », « Parler de la sexualité et du handicap », et « Prendre position, une position sexuelle », qui incluent des ressources fournissant des informations sur les relations sexuelles en tant que personne handicapée ou avec une personne handicapée. En intégrant la section sur le sexe et le handicap dans le site Web comme une facette de la diversité, les utilisateurs sans handicap ont un accès facile à l'information et sont plus susceptibles d'être sensibilisés à la sexualité des personnes handicapées.

SexualityAndDisability.org est également un site Web basé en Inde qui fournit une éducation sexuelle. *SexualityAndDisability.org* se décrit comme un site Web qui «part du principe que les femmes handicapées sont des êtres sexuels - comme toute autre femme». Il a été lancé en 2012 et a été créé sur la base du soutien actif des femmes handicapées, des défenseurs des droits des personnes handicapées et des associations de personnes handicapées, entre autres. Sur les 20 auteurs et développeurs du site Web, 15 sont des femmes handicapées. Le site Web est en anglais, mais beaucoup de ses principaux blogs et informations ont été traduits dans d'autres langues, y compris le chinois mandarin et le serbe, par les associations de personnes handicapées qui l'ont découvert et décidé de mettre son contenu à la disposition de leurs membres.

SexualityAndDisability.org est organisé autour de questions concernant le corps, le sexe, les relations, la parentalité et la violence. Chaque question reçoit une réponse complète, et des ressources supplémentaires et des liens vers l'information sont fournis dans tout le site. Une partie du matériel s'adresse aux parents d'enfants handicapés dans le but précis de les sensibiliser et de leur fournir les ressources dont ils ont besoin pour créer un environnement sain pour le développement de la sexualité de leur enfant. Une vaste section de blog intitulée «Voices» permet aux utilisateurs du site de partager leurs propres expériences ou de poser des questions et de recevoir des réponses sur des sujets de leur choix. Il comprend également des vidéos et des enregistrements audio ainsi que des liens vers des ateliers sur la sexualité et le handicap qui sont offerts en Asie du Sud.

ACCÈS AU PLANNING FAMILIAL ET AUX SERVICES DE CONTRACEPTION POUR LES JEUNES HANDICAPÉS

Les jeunes handicapés s'engagent dans des activités sexuelles de la même manière que leurs pairs et ont les mêmes préoccupations, les mêmes besoins et les mêmes droits aux services de SSR, y compris au planning familial et aux services de contraception. Dans le monde entier, il existe un important besoin

non satisfait de contraception - on estime que 214 millions de femmes en âge de procréer dans les régions en développement n'utilisent pas de méthode contraceptive moderne.⁶⁵⁴ Pour les jeunes personnes handicapées, l'accès aux contraceptifs peut être particulièrement difficile, avec des conséquences importantes. Dans une étude en Éthiopie, 35% des participants ont admis ne pas avoir utilisé de contraceptifs lors de leur première relation sexuelle et 63% avaient eu au moins une grossesse non désirée.⁶⁵⁵

FAMILY PLANNING 2020⁶⁵⁶

FP 2020 travaille avec les gouvernements, la société civile, les organisations multilatérales, les donateurs, le secteur privé et la communauté de la recherche et du développement pour soutenir l'accès aux contraceptifs dans le monde entier. Cette initiative est un résultat du Sommet de Londres sur la planification familiale de 2012 où plus de 20 gouvernements ont pris des engagements pour aborder les politiques, le financement, la prestation et les obstacles socioculturels que les femmes rencontrent dans l'accès aux informations, services et la disponibilité de contraceptifs. Dans le cadre de ce sommet, les donateurs ont annoncé un financement supplémentaire de 2,6 milliards de dollars. Les engagements à l'égard de l'initiative ont depuis pris de l'ampleur pour inclure 41 pays et un financement dédié à la planification familiale.

Le programme FP 2020 soutient la reconnaissance et la protection des droits de l'Homme pour les femmes et les filles, y compris le droit à la non-discrimination. Il vise à permettre des politiques qui assurent un choix éclairé à travers un vaste éventail de méthodes contraceptives, l'intégration de la planification familiale dans le continuum de soins pour les femmes et les enfants, l'équité dans la conception et la mise en œuvre des politiques et des programmes et l'élimination des obstacles qui empêchent l'accès à une information, la disponibilité et des services de qualité abordables pour la planification familiale.

Je suis allée chercher des méthodes de planning familial à la clinique, et les infirmières m'ont dit que le sexe n'était pas destiné aux personnes handicapées, et par conséquent je n'avais pas besoin de méthodes contraceptives.

, Femme ayant un handicap, Zimbabwe⁶⁵⁷

L'OMS a lancé une consultation mondiale sur la santé des adolescents en réponse à des données montrant que les jeunes ne recherchent et n'utilisent souvent pas les services de santé disponibles dans leurs communautés. Les jeunes étaient particulièrement peu susceptibles de rechercher des services pour la santé sexuelle et reproductive. Ceci suggère que même lorsque les soins de santé sont largement disponibles, les jeunes ne l'utilisent pas si le service ne répond pas à leurs besoins spécifiques. Ceux-ci comprennent la mise à disposition de services dans des endroits facilement accessibles pour les jeunes et qui garantissent leur vie privée. Il s'agit également de s'assurer que le personnel soit formé pour être en mesure de fournir des consultations sans porter

de jugement et dans le respect de la confidentialité. Dans le cadre de la consultation, l'OMS a mené des enquêtes auprès d'adolescents âgés de 12 à 19 ans et des prestataires de soins primaires pour évaluer leur compréhension de la santé, leurs priorités parmi les problèmes de santé et les obstacles qu'ils rencontrent dans l'accès et l'utilisation des services de santé. Sur la base de ces résultats, l'OMS a élaboré des normes mondiales pour des services de santé de qualité destinés aux adolescents afin de compléter le cadre DAAQ.⁶⁵⁸

Ces Normes adoptent une approche fondée sur les droits, reconnaissant que *tous* les adolescents ont droit à ce qui suit : des soins prévenants, respectueux et sans jugement, respectueux des besoins et du droit à la vie privée des adolescents pendant les consultations et les examens ; la protection contre les agressions physiques et verbales ; la non-discrimination dans l'accès aux soins et la qualité des soins, y compris sur la base du handicap ; et la participation aux processus de soins.⁶⁵⁹ Ces normes précisent que la participation d'un adolescent aux soins doit être respectée « que

l'adolescent ait ou non une capacité juridique de décision », en faisant remarquer que « le jugement d'un adulte dans l'intérêt de l'adolescent ne peut

l'emporter sur l'obligation de respecter tous les droits des adolescents tels que stipulés dans la Convention relative aux droits de l'enfant ». ⁶⁶⁰

UNE APPROCHE GLOBALE FONDÉE SUR LES NORMES POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ DESTINÉS AUX ADOLESCENTS⁶⁶¹

Huit normes globales définissent le niveau de qualité requis pour la fourniture de services, comme indiqué dans le tableau ci-dessous. Chaque norme reflète une facette importante des services de qualité, et pour répondre aux besoins de tous les adolescents, y compris les adolescents handicapés, toutes les normes doivent être respectées de manière inclusive. Cela signifie au minimum que les informations et services décrits ci-dessous, tels que les services de conseil et de soins, doivent être fournis dans des formats accessibles et appropriés à tous les adolescents handicapés, y compris ceux ayant un handicap mental

ÉDUCATION DES ADOLESCENTS À LA SANTÉ	Principe 1. L'établissement de santé met en place des systèmes pour s'assurer que les adolescents connaissent bien leur propre santé et savent où et quand obtenir des services de santé.
SOUTIEN COMMUNAUTAIRE	Principe 2. L'établissement de santé met en place des systèmes pour s'assurer que les parents, les tuteurs et les autres membres de la communauté reconnaissent l'importance de fournir des services de santé aux adolescents et soutiennent cette offre et l'utilisation des services de la part des adolescents.
GAMME DE SERVICES APPROPRIÉ	Principe 3. L'établissement de santé fournit un ensemble de services d'information, de conseil, de diagnostic, de traitement et de soins qui répondent aux besoins de tous les adolescents. Les services sont fournis dans l'établissement et par le biais de liens de référence et de sensibilisation. ⁶⁶²
COMPÉTENCES DES FOURNISSEURS	Principe 4. Les prestataires de soins de santé démontrent la compétence technique requise pour fournir des services de santé efficaces aux adolescents. Les fournisseurs de soins de santé et le personnel de soutien respectent, protègent et mettent en œuvre les droits des adolescents à l'information, à la vie privée, à la confidentialité, à la non-discrimination, à l'attitude sans jugement et au respect.
CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT	Principe 5. L'établissement de santé dispose d'heures de fonctionnement pratiques et d'un environnement accueillant et propre et maintient le respect de la vie privée et la confidentialité. Il dispose de l'équipement, des médicaments, des fournitures et de la technologie nécessaires pour assurer un service efficace aux adolescents.
ÉQUITÉ ET NON-DISCRIMINATION	Principe 6. L'établissement de santé fournit des services de qualité à tous les adolescents, indépendamment de leur capacité à payer, de leur âge, de leur sexe, de leur état civil, de leur niveau d'éducation, de leur origine ethnique, de leur orientation sexuelle ou d'autres caractéristiques.
AMÉLIORATION DES DONNÉES ET DE LA QUALITÉ	Principe 7. L'établissement de santé recueille, analyse et utilise des données sur l'utilisation des services et la qualité des soins, ventilées par âge et par sexe, pour soutenir l'amélioration de la qualité. Le personnel de l'établissement de santé dispose du soutien visant à participer à l'amélioration continue de la qualité.
PARTICIPATION DES ADOLESCENTS	Principe 8. Les adolescents sont impliqués dans la planification, le suivi et l'évaluation des services de santé, dans les décisions concernant leurs propres soins et dans certains aspects appropriés de la prestation des services.

Les Normes soulignent la nécessité de développer des services non seulement du point de vue des jeunes, mais aussi du point de vue des jeunes handicapés. La recherche sur les attitudes du personnel des cliniques de planification familiale et d'autres prestataires de SSR a montré que les prestataires de soins de santé surprotègent et infantilisent souvent les personnes handicapées. Cela entraîne non seulement des interactions négatives entre les prestataires de services de SSR et les personnes handicapées et un manque de confiance envers les prestataires de services de santé⁶⁶³ mais cela

affecte également les lieux, comme de nombreuses installations de services de SSR, y compris certaines qui pourraient être considérées comme « adaptées aux adolescents », mais qui ne prennent pas en compte ou ne mettent pas en œuvre des politiques favorisant l'accessibilité au niveau physique, des informations et de la communication.⁶⁶⁴ Cela signifie que lorsque les lieux sont évalués pour leur convivialité, ils doivent non seulement être évalués du point de vue de leur accessibilité aux jeunes en général, mais aussi en fonction de leur accessibilité aux jeunes handicapés.

ATTEINDRE LES JEUNES HANDICAPÉS AU NÉPAL⁶⁶⁵

En 2015, Marie Stopes Nepal a mené une étude pour évaluer les besoins en SSR des jeunes handicapés au Népal. L'étude a révélé que seulement 36 pour cent des garçons et des jeunes hommes et 21 pour cent des filles et des jeunes femmes avaient des informations adéquates sur la puberté et la SSR pendant l'adolescence. Près de la moitié d'entre eux ont déclaré avoir eu une activité sexuelle à un moment donné, et plus d'un tiers d'entre eux étaient encore sexuellement actifs mais n'utilisaient aucune forme de contraception. Plus de la moitié des personnes interrogées a déclaré que les centres les plus proches pour recevoir des services de SSR n'étaient pas « amicaux » envers les jeunes handicapés, que les prestataires de services avaient des attitudes négatives ou qu'il n'y avait pas d'interprète, de rampe ou d'ascenseur et que les informations n'étaient pas disponibles en braille. La plupart ont dit qu'ils préféraient se fier à leurs amis pour obtenir des informations sur la sexualité et la santé reproductive.

En réponse, en coordination avec le gouvernement du Népal, Marie Stopes Nepal a encouragé l'intégration de services adaptés aux personnes handicapées dans les centres de services accueillants pour les jeunes et a développé des informations et du matériel sous de multiples formats accessibles. L'association a élaboré des lignes directrices pour l'inclusion du handicap et a lancé un programme de formation pour les prestataires de soins de santé et les volontaires afin de les sensibiliser aux besoins et aux préoccupations des jeunes handicapés. Des jeunes handicapés ont été recrutés pour faire office de « bénévoles spontanés » et d'éducateurs pour les pairs afin de promouvoir la sensibilisation des jeunes handicapés et d'encourager une plus grande participation.

Selon un rapport de 2017, MS Népal a généré plus de 100 interventions en faveur des jeunes handicapés depuis juillet 2015.

LISTE DES SERVICES DE SSR POUR ADOLESCENTS

L'OMS et d'autres acteurs ont développé des lignes directrices claires sur l'élaboration et la mise en œuvre de politiques de services de santé adaptées aux adolescents, comprenant celles de l'OMS de 2012 *Adapter les services de santé aux adolescents : Développement de normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents*⁶⁶⁶ et les *Global Standards for quality health-care services for adolescents* de 2015 de l'OMS.⁶⁶⁷

En 2003, une ressource très facile à utiliser a été développée par des jeunes en collaboration avec un fournisseur de SSR ; il s'agit de l' *Adolescent-Friendly Health Services Checklist* de l'African Youth Alliance et de Pathfinder International.⁶⁶⁸ Voici une version adaptée de cette liste ci-dessous. Cette liste ne comprend pas spécifiquement les jeunes personnes handicapées. Par conséquent, celle-ci devrait être utilisée parallèlement aux directives sur l'inclusion des personnes handicapées et les jeunes handicapés doivent participer à l'utilisation de la liste de DSSR adaptée aux adolescents afin de donner leur point de vue sur plusieurs des éléments évalués. Par exemple, il serait nécessaire de demander spécifiquement aux jeunes handicapés si l'emplacement des services leur est accessible, si le personnel de SSR les respecte, et ainsi de suite.

CARACTÉRISTIQUES		OUI	NON
Caractéristiques des services de santé			
1	L'établissement est-il situé près d'un endroit où les adolescents, hommes et femmes, se rassemblent ? (centre de jeunesse, école, marché, etc.)		
2	L'établissement est-il ouvert pendant des horaires adaptés aux adolescents - hommes et femmes (en particulier le soir ou le week-end) ?		
3	Y a-t-il des horaires ou des espaces de la clinique spécifiquement réservés aux adolescents ?		
4	Les services de santé procréative sont-ils offerts gratuitement ou à des tarifs abordables pour les adolescents ?		
5	Les temps d'attente sont-ils courts ?		
6	Si les adultes et les adolescents sont traités dans le même établissement, y a-t-il une entrée distincte et discrète pour les adolescents afin d'assurer le respect de leur vie privée ?		
7	Est-ce que les salles de consultation et de traitement respectent l'intimité (visuelle et auditive) ?		
8	Existe-t-il un code de conduite pour le personnel de l'établissement de santé ?		
9	Existe-t-il un mécanisme transparent et confidentiel permettant aux adolescents de soumettre des plaintes ou des commentaires sur les services de SSR dans l'établissement ?		
Caractéristiques des fournisseurs de soins de santé			
1	Les prestataires ont-ils été formés pour fournir des services adaptés aux adolescents ?		
2	Tout le personnel a-t-il été orienté vers la fourniture de services confidentiels adaptés aux adolescents ? (réceptionniste, agents de sécurité, agents d'entretien, etc.)		
3	Le personnel fait-il preuve de respect lorsqu'il interagit avec des adolescents ?		
4	Les fournisseurs assurent-ils la confidentialité et la vie privée des clients ?		

CARACTÉRISTIQUES		OUI	NON
5	Les fournisseurs mettent-ils de côté suffisamment de temps pour l'interaction client-fournisseur ?		
6	Les éducateurs pairs ou les conseillers pairs sont-ils disponibles ?		
7	Les prestataires de soins de santé sont-ils évalués à l'aide de listes des standards de la qualité ?		
Caractéristiques du programme			
1	Les adolescents (femmes et hommes) jouent-ils un rôle dans le fonctionnement de l'établissement de santé ?		
2	Les adolescents sont-ils impliqués dans le contrôle de la qualité de la prestation de services de SSR ?		
3	Les adolescents peuvent-ils consulter dans l'établissement sans le consentement de leurs parents ou de leurs conjoints ?		
4	Un vaste éventail de services de santé reproductive est-il disponible ? (PF, traitement et prévention des IST, conseil et dépistage du VIH, soins prénatals et postnatals, soins obstétriques)		
5	Existe-t-il des directives écrites pour les services fournis aux adolescents ?		
6	Des préservatifs sont-ils disponibles pour les jeunes hommes et les jeunes femmes ?		
7	Existe-t-il sur le site un matériel éducatif, des affiches ou des aides au travail conçus pour atteindre les adolescents ?		
8	Des mécanismes de référence sont-ils en place ? (pour les urgences médicales, pour la santé mentale et le soutien psychosocial, etc.)		
9	Les indicateurs spécifiques aux adolescents font-ils l'objet d'un suivi régulier ? (par exemple, le nombre de clients adolescents, ventilé par âge et sexe)		

Comme indiqué ci-dessus, les directives sur les services de DSSR adaptés aux adolescents doivent être utilisées parallèlement aux directives sur l'inclusion des personnes handicapées pour assurer que les services soient évalués à la fois du point de vue de la convivialité et de l'inclusion du handicap. Les jeunes handicapés doivent être inclus à chaque étape de la planification et de l'évaluation pour assurer une égalité réelle dans les services. Les services qui sont acceptables et efficaces pour leurs pairs non handicapés peuvent ne pas être acceptables ou efficaces pour les jeunes personnes handicapées sans adaptation.⁶⁶⁹ Toutes les personnes impliquées dans les services liés aux

DSSR, depuis les plus hauts niveaux du ministère de la Santé publique jusqu'à la réceptionniste accueillant les jeunes personnes handicapées qui passent par la porte d'un établissement local, doivent être au courant des droits des jeunes handicapés, des obstacles auxquels ils font face en tant que groupe, et des méthodes de base pour leur offrir accès et inclusion. L'utilisation d'une approche communautaire des DSSR est importante pour l'élaboration de politiques et de programmes, car les membres de la communauté connaissent leurs besoins et comprennent les problèmes qui influent sur leur santé.⁶⁷⁰

RENFORCEMENT DES CAPACITÉS POUR LES FOURNISSEURS DE SERVICES DE SANTÉ PROCRÉATIVE ET DE PLANNING FAMILIAL INCLUSIFS EN ÉTHIOPIE

Bien qu'il y ait eu des progrès significatifs pour inclure les jeunes handicapés dans la DSSR grâce à l'adoption de normes internationales et l'adoption de lois et de politiques nationales, il a été beaucoup plus difficile de faire de ces droits une réalité dans les pays en développement. Bien qu'il existe de nombreux obstacles universels auxquels sont confrontés les jeunes handicapés pour accéder à la DSSR, il existe également de nombreux obstacles spécifiques au contexte enracinés dans les cultures, les économies et les systèmes de services de SSR locaux. En tant que tel, il est nécessaire que les États et les autres acteurs renforcent la capacité des prestataires de SSR à mettre en œuvre l'inclusion du handicap au niveau local. Les jeunes handicapés doivent participer pleinement au développement de ces ressources afin de s'assurer que leurs connaissances, expériences et intérêts soient représentés.

En 2010, le Centre éthiopien pour le handicap et le développement et la Fondation Nia ont publié le *Ressource Manual for Reproductive Health/Family Planning Service Providers on the Inclusion of Persons with Disabilities in Reproductive Health/Family Planning Services*. Le manuel a été conçu dans le but précis de renforcer la capacité des prestataires de services de santé gouvernementaux et non gouvernementaux en Éthiopie à fournir des services inclusifs de santé reproductive et de planning familial. Le Centre éthiopien pour le handicap et le développement et la Fondation Nia sont tous deux des organisations non gouvernementales. Le Centre éthiopien pour le handicap et le développement est toutefois soutenu par l'USAID et IrishAid et la Nia Foundation est un partenaire des Ministères éthiopiens de la Santé, du Travail et des Affaires sociales, de l'Éducation et du Ministère des affaires féminines et de l'enfance. Selon la CDPH, une pratique positive des États est de soutenir les OSC représentant les personnes handicapées, comme le Centre éthiopien pour le handicap et le développement, par le biais de la coopération internationale. Il est également positif que les États établissent des partenariats avec des OSC telles que la Fondation Nia, qui peut fournir une expertise en matière de DSSR et de handicap dans l'élaboration de politiques et de ressources favorisant l'inclusion des personnes handicapées.

Le Centre éthiopien pour le handicap et le développement a été fondé en 2005 avec pour mission de « travailler en collaboration avec d'autres organisations pour promouvoir et faciliter le développement inclusif des personnes handicapées en Éthiopie : l'inclusion des questions du handicap et des personnes handicapées dans la prestation de services gouvernementaux et non gouvernementaux et des programmes de développement ». L'association a mis en place une structure organisationnelle unique qui garantit qu'au moins 50% des membres du conseil sont des femmes et que 50% des membres du conseil sont des personnes handicapées.⁶⁷¹ La Fondation Nia a été fondée en 2002 avec pour mission « d'inspirer, d'émanciper et d'améliorer le bien-être holistique des enfants, des jeunes et des femmes défavorisés principalement à travers l'éducation, la réhabilitation, la formation et la sensibilisation, le dialogue et les forums de discussion, les

programmes de développement d'esprit d'entreprise et de leadership ». Nia met l'accent sur l'émancipation des adolescents et des jeunes et utilise une stratégie de partenariat avec des organisations gouvernementales et non gouvernementales. Trois des principaux domaines de son programme sont la sensibilisation à l'autisme, la SSR et l'émancipation des femmes.⁶⁷²

Le *Ressource Manual* forme les prestataires de SSR sur le handicap, les besoins de SSR des personnes handicapées et les obstacles rencontrés pour accéder aux services, les concepts de base et les composantes de la prestation de services de SSR inclusifs et une approche individualisée pour fournir des services de SSR aux personnes handicapées adaptés à leurs besoins. La formation expose également les responsabilités de l'Éthiopie en vertu de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et la législation concernant l'inclusion de handicaps spécifiques comme les obligations de l'État envers les personnes handicapées en vertu de la Constitution, les plans nationaux sur le handicap et les stratégies de programme sous divers ministères nationaux et gouvernements régionaux et municipaux. La partie la plus importante du document, cependant, consiste en des instructions étape par étape pour que les prestataires de SSR intègrent le handicap dans tous leurs services et développent des approches ciblées spécifiques au handicap. Ces instructions comprennent des questions spécifiques pour évaluer l'inclusion du handicap dans les programmes de DSSR. Par exemple, le modèle de ressources offre des questions directes et faciles à comprendre pour évaluer l'intégration du handicap pour les prestataires de services de santé reproductive / planning familial au niveau local :

- Si vous améliorez la qualité des services de santé, ces services offrent-ils la même qualité de soins aux personnes handicapées qu'aux autres clients ? Si non, que faut-il faire ?
- Évaluez-vous les installations du point de vue des personnes handicapées ? Avez-vous envisagé des adaptations pour les personnes handicapées telles que des rampes, des formats écrits ou graphiques faciles à comprendre pour l'information, le code braille ou des interprètes en langue des signes, selon les besoins ?
- Mettez-vous à jour les politiques, les normes et les procédures du point de vue des personnes handicapées ? Font-elles spécifiquement référence aux questions qui préoccupent les personnes handicapées ?
- Intégrez-vous des séances liées au handicap dans la formation de santé reproductive / PF initiale du personnel médical, paramédical et autre ?

Le manuel fournit ensuite des listes détaillées des mesures positives et des directives spécifiques pour les travailleurs de SSR dans des rôles particuliers ou dans des activités particulières. Les principales normes d'accessibilité sont fournies dans l'annexe du manuel, telles que les normes pour les rampes, les seuils, les portes, les chaises et les tables, et les services spéciaux.

LES JEUNES APPRENNENT QUE L'INACCESSIBILITÉ ET LES ATTITUDES ENVERS LES PERSONNES HANDICAPÉES SONT DES FACTEURS DE MORTALITÉ MATERNELLE AU GHANA⁶⁷³

En 2015, Restless Development-UK s'est associé à Youth Empowerment Ghana dans le cadre de sa campagne Youth Power pour mobiliser les jeunes afin de demander des comptes à leurs gouvernements sur les objectifs de développement durable (ODD). Youth Empowerment Ghana a choisi les objectifs des ODD 3 sur la santé et le bien-être et 5 sur l'égalité entre les sexes. Précisément, Youth Empowerment Ghana a décidé d'enquêter sur les causes et les effets de la mortalité maternelle dans les zones rurales du Ghana.

Youth Empowerment Ghana a réuni plus de 40 acteurs autour du thème de la mortalité maternelle, notamment des jeunes femmes et des adolescentes, des mères, des infirmières de soins communautaires et des sages-femmes traditionnelles dans les régions d'Ashanti et de Brong-Ahofo. L'organisation a appris que les trois quarts des accouchements au Ghana ont été suivis par du personnel non formé qui était incapable de gérer les complications à la naissance, ce qui a causé de nombreux décès tant pour les mères que pour les enfants. Malgré cela, plus de la moitié des mères qui ont participé à cette étude ont préféré s'adresser à des sages-femmes traditionnelles plutôt qu'à leur centre de santé local. La raison de cette préférence de la part des participants aux groupes de discussion comprenait la distance géographique et les coûts de transport pour accéder aux centres de santé et les perceptions négatives des attitudes et du comportement du personnel du centre envers leurs patients.

Une participante du groupe de discussion a partagé une histoire poignante concernant une amie atteinte d'un handicap physique affectant sa mobilité. Cette participante a raconté :

Mon amie (handicapée) a dû voyager pendant plusieurs heures avant d'arriver au centre de santé. Imaginez son état et le stress qu'elle a dû traverser ! L'hôpital ne disposait d'aucun équipement adapté aux besoins des personnes handicapées, ce qui l'a encore plus stressée. Les sages-femmes ont parfois été grossières avec elle ; elle a finalement décidé de rester chez elle et de ne plus consulter le centre de santé. Le résultat final est qu'elle est décédée suite à des complications survenues lors de l'accouchement.⁶⁷⁴

Richard Dzikunu, l'un des leaders de Youth Empowerment Ghana, a témoigné lors de la 72ème Assemblée Générale des Nations Unies en 2017, lors d'une session sur la Responsabilité des Jeunes en matière d'égalité des genres, en racontant un épisode au cours duquel une femme enceinte avait été obligée à monter trois étages à pied pour se rendre dans la salle d'examen pour son rendez-vous prénatal. Il a poursuivi en affirmant : « Lorsque nous parlons de la promesse de « ne laisser personne pour compte », c'est à ces gens-là que nous devons penser. »⁶⁷⁵

L'autorité nationale de la jeunesse du Ghana et l'unité de santé maternelle du National Health Service ont invité Youth Empowerment Ghana à donner son avis sur le développement de la politique et du service de santé des adolescents du Ghana en 2016, qui comprend l'attention à l'accessibilité. Les questions de handicap dans la recherche menée par les jeunes a également été soulevée. L'un des

dirigeants de Youth Empowerment Ghana a expliqué que maintenant que l'association est consciente de la marginalisation des femmes handicapées, l'accessibilité pour les personnes handicapées dans les centres médicaux, en particulier ceux comprenant des services de maternité, est devenue une priorité importante dans leurs batailles et leurs initiatives.⁶⁷⁶

Le projet de renforcement de l'autonomie des jeunes au Ghana montre la puissance de la mobilisation des jeunes et l'importance de recueillir des données sur les expériences des femmes handicapées en matière de santé reproductive, y compris la relation entre l'accessibilité et la mortalité maternelle. Fait important, le Ghana a réagi aux conclusions de Youth Empowerment Ghana et a impliqué l'association dans le processus d'élaboration des politiques.

SERVICES DE SOINS DE SANTÉ MATERNELLE

La santé maternelle est une priorité de la santé mondiale mise en évidence par les efforts de réduction de la mortalité maternelle, reflétés notamment dans l'ODD 3. Les soins de santé maternelle sont également un droit reconnu dans le PIDESC, la CDPH et le Programme d'action de la CIPD, parmi d'autres instruments, chacun garantissant les droits à la santé reproductive et maternelle des jeunes femmes et des filles handicapées. Comme indiqué ci-dessus, le PIDESC appelle les États à garantir la « santé physique et mentale la plus élevée possible », et le PIDESC a demandé aux États d'éliminer toute politique ou pratique qui entrave l'accès aux services de SSR pour les femmes handicapées et de prendre des mesures afin d'empêcher des tierces parties d'interférer directement ou indirectement à cet accès.⁶⁷⁷

Malgré ces obligations, les femmes handicapées restent largement exclues des services de santé maternelle traditionnels. Les obstacles de communication, l'inaccessibilité physique des établissements et les attitudes des prestataires de santé représentent des obstacles importants au besoin de soins maternels des femmes handicapées.⁶⁷⁸ Dans une étude portant sur des

personnes handicapées en Afrique du Sud, les femmes handicapées ont raconté des expériences « horribles » endurées dans des hôpitaux publics lorsqu'elles allaient accoucher, en grande partie à cause de l'insensibilité des prestataires de services.⁶⁷⁹ Les femmes handicapées ont également signalé un manque de connaissances de la part des prestataires de soins sur leurs besoins spécifiques liés à la grossesse, l'inaccessibilité aux bureaux de soins de santé, à l'équipement et aux installations pour l'accouchement.⁶⁸⁰

Pourtant, les préoccupations concernant les soins peuvent être partagées par les travailleurs de la santé. Dans une étude au Népal, les femmes handicapées ont rapporté des expériences généralement positives avec les services prénatals qu'elles ont reçus, mais les professionnels de la santé craignaient de ne pas avoir les connaissances requises pour prendre soin des femmes handicapées.⁶⁸¹ Les praticiens ont signalé des préoccupations similaires dans une étude aux États-Unis, décrivant un manque de formation et d'éducation liées aux soins de santé maternelle et aux besoins cliniques spécifiques des femmes ayant un handicap physique, un manque de confiance dans les soins de santé maternelle pour les femmes handicapées et une coordination des soins inadéquate entre les praticiens.⁶⁸²

Le manque d'accès à des soins maternels et obstétricaux d'urgence de qualité et en temps opportun peut entraîner la mortalité maternelle et néonatale, mais aussi la morbidité maternelle et néonatale et une foule de complications, telles que la fistule obstétricale avec des conséquences à long terme.⁶⁸³ Un soutien social limité pour les femmes handicapées qui accouchent

peut également avoir des conséquences profondes. Un représentant d'une organisation travaillant pour soutenir les nouvelles mères avec handicap mental à Madrid a déclaré que de nombreuses femmes qui venaient chez eux s'étaient fait enlever des enfants à la naissance, ce qui n'était pas inhabituel pour les femmes ayant un handicap mental.⁶⁸⁴



CERTIFICATS INCLUSIFS POUR LES CENTRES DE SANTÉ EN ÉQUATEUR

Depuis 2014, le ministère de la Santé publique de l'Équateur certifie les centres de santé comme « inclusifs ». Le terme « inclusivité » désigne un centre accessible aux populations prioritaires de femmes enceintes, de personnes âgées, de personnes LGBTQI (lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, queer ou en questionnement et intersexes), d'adolescents et de personnes handicapées. De cette manière, le ministère de la Santé publique combine les critères d'une approche adaptée aux adolescents, d'un handicap inclusif, etc., pour créer une norme d'inclusion.

Pour qu'un centre de santé soit certifié, il doit compléter une série d'ateliers de renforcement des capacités d'inclusion dans le domaine de la santé fournis par le Ministère de la Santé Publique. Chaque atelier se concentre sur l'accès et l'hébergement pour chacune des populations prioritaires. Deuxièmement, le centre de santé doit ensuite établir des liens avec chaque population, par exemple en développant un partenariat avec une association de personnes handicapées locale ou en créant un cercle de santé pour adolescents dans une école secondaire du quartier. Ces relations doivent ensuite être utilisées pour des initiatives de sensibilisation et de consultation. Enfin, les centres de santé doivent documenter qu'ils possèdent des politiques et pratiques de non-discrimination, un environnement propre et sûr, des actions en cours favorisant la participation citoyenne, et des actions permanentes favorisant des modes de vie sains parmi la population, tels que des ateliers publics sur la nutrition, les soins et les IST. En 2016, un total de 253 centres de santé ont été certifiés comme étant totalement inclusifs.

Le centre de santé de Tabacundo, situé dans une zone rurale à l'extérieur de Quito, illustre les types d'initiatives communes dans les centres de santé qui cherchent à maintenir leur certification « inclusive ». Le centre de santé de Tabacundo a mis en place des comités de consultation pour les femmes enceintes, personnes handicapées et leurs soignants et les adolescents. Chacun de ces comités a fourni des conseils et a reçu des ateliers d'éducation sanitaire gratuits dispensés par le personnel du centre de santé. La DSSR était une composante majeure des ateliers d'éducation sanitaire, notamment des conférences sur la santé sexuelle, le planning familial et la prévention de la violence sexuelle et la VBG. En 2017, le centre de santé a commencé à développer des plans pour inclure le handicap dans le comité des adolescents.

La certification d'inclusion est une pratique positive car elle garantit non seulement la formation et la non-discrimination des centres de santé, mais également la nécessité de créer des liens avec les groupes historiquement marginalisés de la communauté et de développer des actions en faveur de leur santé.

MISE EN ŒUVRE DES DSSR POUR LES FEMMES ET LES JEUNES FILLES HANDICAPÉES AUX PHILIPPINES

En 2016, le Centre pour l'égalité des sexes et les droits de la femme de la Commission sur les droits de l'Homme des Philippines (CHRP) a lancé une enquête nationale sur la santé et les droits reproductifs en réponse aux préoccupations exprimées par les organisations de défense des droits des femmes et les défenseurs de la santé reproductive face aux défis et obstacles persistants. Aux Philippines, certains groupes de femmes n'ont toujours pas accès à leurs droits en matière de santé reproductive. Le rapport préparé par le CHRP,⁶⁸⁵ *'Let our voices be heard'*, étudie l'efficacité de la mise en œuvre des lois de DSSR des Philippines, documente les structures, les politiques et les pratiques interdisant l'accès aux services de santé reproductive, identifie les obstacles rencontrés par les plus marginalisés, et documente la discrimination subie par les prestataires de SSR publics et privés. Les personnes handicapées ont été impliquées tout au long du processus de recherche, tout comme d'autres groupes marginalisés, tels que les peuples autochtones, les femmes Moro, les personnes LGBTQI, les personnes âgées et les jeunes.

Les contributions des femmes et des filles handicapées sont intégrées tout au long du rapport. L'enquête du CHRP a fonctionné de A à Z, en commençant par le droit national, puis avec les politiques et la mise en œuvre des administrations locales et jusqu'aux attitudes et interactions des prestataires de services de DSSR de première ligne avec les femmes et les filles handicapées. Plus important encore, le CHRP a interviewé des douzaines de femmes handicapées et a mis leur témoignage en évidence dans le rapport. Par exemple : « Les soumissions et témoignages sous serment de personnes handicapées qui se plaignent de l'invisibilité apparente des besoins des personnes handicapées, de l'absence d'installations telles que des tables d'examen, de l'absence d'interprètes dans les commissariats de police et dans les tribunaux pour les victimes de violence contre les femmes et l'absence d'interprètes dans les centres de santé et les établissements de santé gouvernementaux. Les personnes handicapées se plaignent également de ne pas être informées des processus qui les concernent et du non-respect de leur décision en raison de leur handicap. Une communication d'une femme fait également état du refus des services de santé en raison de son handicap, un cas de discrimination manifeste. ».

'Let our voices be heard' conclut avec des recommandations pour les trois branches du gouvernement, y compris des recommandations spécifiques pour la législature et l'exécutif (ministère de la Santé, équipe de mise en œuvre sur la santé génésique, etc.) et la Cour suprême et les tribunaux inférieurs, en ce qui concerne les changements qui doivent être faits pour assurer l'accès et la jouissance de la DSSR pour les femmes et les filles handicapées. Ces recommandations comprennent des mesures directes et pratiques, telles que l'obligation pour le ministère de la Santé de « publier une politique et de fournir un budget correspondant pour remédier au manque ou à l'inaccessibilité des établissements et services de santé pour les femmes handicapées » et précisant que la réponse doit être institutionnelle et que l'accessibilité doit être assurée à tous les niveaux et pour tous les types de handicap ». Les recommandations précisent également que des mesures d'adaptation doivent être prévues dans l'ensemble du ministère de la Justice, y compris la prestation d'interprètes en langue des signes devant les tribunaux.

La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) constitue un engagement à assurer la santé et le bien-être de chaque femme et de chaque enfant, y compris les filles et les jeunes femmes handicapées.⁶⁸⁶ Ses objectifs comprennent la réduction de la mortalité maternelle à l'échelle mondiale et la garantie d'un accès universel aux services de SSR. L'OMS a adopté des directives complémentaires offrant des recommandations détaillées sur les interventions de santé appropriées pour toutes les femmes enceintes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale.⁶⁸⁷ Les directives reconnaissent, *entre autres*, les soins essentiels requis pour les mères et les nourrissons pendant l'accouchement (suivi du travail), la gestion du travail difficile (utilisation appropriée des technologies médicales), la réanimation

néonatale, la gestion du travail prématuré et des infections maternelles et néonatales.⁶⁸⁸

Les jeunes femmes enceintes et les filles handicapées ont droit aux mêmes services de soins essentiels sur un pied d'égalité avec les autres femmes enceintes et filles. Les États sont tenus de veiller à ce que ces services soient accessibles, disponibles, acceptables et d'une qualité satisfaisante pour que les jeunes femmes et les filles handicapées puissent véritablement bénéficier de l'égalité réelle et exercer leurs DSSR.

Comme indiqué ci-dessus, les DSSR sont inextricablement liés à d'autres droits de l'Homme, de sorte que la satisfaction de l'un nécessite l'accomplissement d'autres droits, comme l'atteste l'étude de cas de Nairobi ci-dessous.

ASSURER LA SANTÉ MATERNELLE ET LA SANTÉ DES ENFANTS HANDICAPÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE KIBERA ET KOROGOCH, NAIROBI, KENYA , HANDICAP INTERNATIONAL ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ, KENYA⁶⁸⁹

Devant l'évidence que les enfants handicapés vivant dans des quartiers non officiels de Nairobi montraient de façon disproportionnée des signes de malnutrition, Handicap International et le Ministère de la Santé du Kenya se sont associés à un projet visant à améliorer l'accès aux soins de santé maternels et pédiatriques. Une évaluation des besoins a montré que l'accès aux services de santé constituait un problème important pour les femmes handicapées et les parents d'enfants handicapés. Les obstacles comprenaient l'accès physique, les difficultés à communiquer avec les prestataires de soins de santé et les attitudes discriminatoires de certains prestataires. Le projet initial comprenait un travail visant à améliorer l'accès physique et à organiser une formation avec le ministère de la Santé pour veiller à ce que les prestataires de soins de santé soient en mesure de fournir des services inclusifs.

Cependant, bien que le projet ait progressé, il est devenu évident que les femmes ne cherchaient pas à s'occuper d'elles-mêmes et de leurs enfants, même lorsque les soins étaient accessibles, parce qu'elles n'avaient pas les moyens financiers de les payer. En réponse, Handicap International a lancé un programme complémentaire conçu pour produire des revenus pour les femmes handicapées et les parents d'enfants handicapés et accroître leur autonomie et leur capacité à revendiquer des droits pour eux-mêmes. Le programme parraine des groupes de participants dans le développement

d'entreprises génératrices de revenus. En échange, les participants doivent s'engager à consulter les établissements de santé du gouvernement au moins une fois par mois avec leurs enfants afin que la santé de tous puisse être suivie. Les femmes enceintes s'engagent également à rechercher des soins prénatals et postnatals et à amener leurs bébés dans des cliniques de santé pour réduire les risques de complications potentiellement invalidantes avant et après la naissance.

Le programme a permis d'améliorer les résultats de santé des enfants handicapés en s'attaquant non seulement aux attitudes négatives des prestataires de soins, mais aussi en veillant à ce que les parents d'enfants handicapés aient les moyens de se rendre dans des cliniques dotées de prestataires à la formation récente et réactifs. Il reflète une réponse systémique à un problème complexe qui peut servir de modèle pour des interventions inclusives.

INCLUSION DES PERSONNES HANDICAPÉES DANS LES SERVICES DE PRÉVENTION, DE TRAITEMENT ET DE PRISE EN CHARGE DES IST ET DU VIH

Les jeunes handicapés ont le même droit de participer aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH sur un pied d'égalité avec les jeunes non handicapés. Cependant, les jeunes handicapés sont souvent confrontés à des obstacles spécifiques à l'inclusion dans les services liés au VIH. Cela se produit à la fois lorsque les services liés au VIH sont intégrés dans la loi, les politiques et les services liés aux DSSR et dans les contextes où les services relatifs au VIH sont traités séparément. Dans ce dernier contexte, commun aux pays en développement à forte prévalence du VIH, les jeunes sont confrontés à des problèmes encore plus grands car de nombreux services liés au VIH sont fournis par des OSC, en particulier des organisations non gouvernementales (ONG) internationales, qui peuvent ne pas être réglementées par l'État ou tenues responsables des politiques de non-discrimination et d'inclusion des personnes handicapées.

Il est particulièrement important que les politiques et directives de dépistage des IST précisent que

les jeunes handicapés doivent bénéficier d'un tel dépistage parce que la recherche a montré que les prestataires de soins supposent souvent que les jeunes handicapés ne sont pas sexuellement actifs et ne leur offrent donc pas de dépistage pour les IST, y compris le VIH, ou ne leur proposent pas de contraceptifs ou d'informations sur la prévention de la transmission des IST pendant les visites habituelles au bureau ou pour d'autres services de santé liés à la SSR.⁶⁹⁰ Cette exclusion du dépistage est particulièrement élevée dans de nombreux pays en développement⁶⁹¹ et contribue directement au facteur de risque auquel sont confrontés les jeunes handicapés dans les régions où l'incidence du VIH / SIDA est élevée.⁶⁹²

Dans les contextes où les lois, politiques et services relatifs au VIH sont distincts, les personnes handicapées devraient être intégrées dans toutes les lois, politiques et services et, le cas échéant, les lois, politiques et services spécifiques au handicap devraient spécifier que les personnes handicapées doivent être incluses dans les services liés au VIH et, le cas échéant, mettre en œuvre des interventions spécifiques au handicap. Les OPH doivent être incluses dans les conseils consultatifs liés au VIH, intégrées dans les initiatives de planification et de sensibilisation, et connectées aux réseaux de la société civile liés au VIH.⁶⁹³ Il est

important que les États incluent explicitement les jeunes handicapés dans leurs politiques et plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH / SIDA pour s'assurer que tous les acteurs, y compris les

acteurs étatiques et non étatiques, soient conscients des vulnérabilités spécifiques des jeunes handicapés et reconnaissent leur droit à être inclus dans toutes les initiatives liées au VIH.

INCLUSION DES PERSONNES HANDICAPÉES DANS LE PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA DU SÉNÉGAL

Le Sénégal est considéré comme une réussite dans la prévention, le traitement et les soins du VIH.⁶⁹⁴ Une partie de son succès est due à l'inclusion des personnes handicapées dans les services liés au VIH et au SIDA. Le Sénégal a l'un des taux les plus bas de prévalence du VIH en Afrique subsaharienne. En 2016, l'ONUSIDA a estimé que le taux national de prévalence du VIH n'était que de 0,4% chez les adultes âgés de 15 à 49 ans.⁶⁹⁵ Une partie de ce faible taux de prévalence peut être attribuée au Sénégal à la suite de bonnes pratiques incluant les personnes handicapées dans la planification de sa Stratégie nationale de lutte contre le SIDA de 2011-2015.⁶⁹⁶

Avant 2012, le Plan stratégique national de lutte contre le sida (PSN) du Sénégal n'incluait pas spécifiquement les personnes handicapées dans ses directives de mise en œuvre. À partir de 2008, grâce au financement de l'Agence internationale de développement de France, de World Learning/USAID et de Handicap International, les personnes handicapées ont été mobilisées et intégrées dans le mouvement plus ample lié au VIH. Le réseau national des associations de personnes handicapées du Sénégal, la Fédération des personnes handicapées du Sénégal, a été associé au Conseil national du SIDA, à la Société pour les femmes et le SIDA en Afrique-Sénégal et au Centre de traitement ambulatoire de Fann et à Handicap International pour faciliter l'inclusion du handicap. Une enquête régionale sur la prévalence du handicap a également été menée, montrant que dans certaines régions, la prévalence du VIH chez les personnes handicapées était plus de deux fois supérieure à celle des personnes non handicapées et même plus élevée pour les femmes et les filles handicapées. Ces informations ont fourni les données nécessaires à la communauté des personnes handicapées pour plaider auprès du Conseil national du SIDA du Sénégal et de son Département de suivi, d'évaluation et de recherche afin de donner la priorité aux personnes handicapées dans ses politiques nationales. En conséquence, le nouveau PSN a identifié les personnes handicapées comme une population vulnérable clé et a développé des politiques spécifiques pour l'intégration des personnes handicapées dans ses services liés au VIH ainsi que des initiatives de sensibilisation ciblées. L'intégration a inclus une politique d'accessibilité et de handicap pour tous les services et handicaps liés au VIH en tant que catégorie incluse dans toutes les informations collectées par les enquêtes épidémiologiques et comportementales nationales, ce qui permet au département de suivi, évaluation et recherche du Conseil national de favoriser la désagrégation sur la base du handicap. Les initiatives spécifiques au handicap comprenaient des ressources financières spécifiques allouées à l'inclusion des personnes handicapées dans les services liés au VIH et à des initiatives spécifiques de sensibilisation et de prévention.⁶⁹⁷

Il est particulièrement important que les jeunes handicapés, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes handicapées, soient au courant des services liés au VIH, car le VIH est actuellement la deuxième cause de décès chez les adolescents dans le monde,⁶⁹⁸ et dans de nombreux contextes, les femmes handicapées font face à des obstacles les empêchant d'accéder aux services liés au VIH et à des facteurs de risque liés au VIH plus élevés. Par exemple, dans certains contextes où la croyance du « mythe de la vierge » est répandue, les femmes et les filles handicapées sont la cible de violence sexuelle de la part de personnes atteintes du VIH et qui les croient vierges et les ciblent en pensant qu'elles peuvent être un remède contre le VIH.⁶⁹⁹ Une pratique étatique essentielle est que les personnes handicapées sont spécifiquement incluses dans les politiques et stratégies nationales de lutte contre le VIH / SIDA. Il est également important que toutes les informations épidémiologiques recueillies sur la

prévalence du VIH puissent être ventilées en fonction de l'âge, du sexe et du handicap. Ces données sont non seulement importantes pour les responsables de la mise en œuvre des programmes, mais également pour les OPH et d'autres OSC pour demander des comptes au gouvernement. Lorsque des services liés au VIH sont fournis dans des installations séparées par l'État ou des OSC, ces installations doivent être accessibles, et tout le personnel doit être formé à l'inclusion et à l'hébergement des personnes handicapées.⁷⁰⁰ Plusieurs États ont mis au point des pratiques positives comprenant des directives spécifiques et des formations sur l'inclusion du handicap à l'intention des prestataires de soins de santé liés au VIH. Des politiques doivent également être mises en place pour veiller à ce que les personnes handicapées puissent avoir accès et communiquer dans les centres en privé et sans l'aide de leurs propres soignants, tels que les parents et les autres membres de la famille.

RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DES PRESTATAIRES DE SANTÉ EN MATIÈRE DE HANDICAP ET DE VIH / SIDA AU RWANDA

En 2015, le Centre Biomédical Rwandais (RBC) et l'UPHLS ont publié le Manuel de Formation sur le Handicap et le VIH et SIDA au Rwanda.⁷⁰¹ Ce manuel de formation a été conçu pour donner aux prestataires de soins de santé locaux la prise de conscience, les connaissances et les compétences nécessaires pour que les prestataires de santé locaux mettent pleinement en œuvre la politique d'inclusion des personnes handicapées en ce qui concerne le VIH et le SIDA. La politique d'inclusion est détaillée dans les lignes directrices diffusées en 2012 par le ministère de la Santé et RBC.⁷⁰² Les directives stipulent que les personnes handicapées sont intégrées dans les programmes généraux sur le VIH et le SIDA et ciblées dans les programmes spécifiques aux personnes handicapées, comme le suivi des classes d'éducation spéciale et des classes inclusives pour les handicapés afin de s'assurer que les enfants handicapés participent à l'éducation sexuelle. Les OPH et le personnel des établissements de santé locaux doivent élaborer des initiatives pour identifier les personnes handicapées dans les zones qui ne sont pas actuellement desservies par les établissements de santé locaux.

Le manuel de formation représente en soi une collaboration entre l'État et la communauté des personnes handicapées. C'est également une étape importante dans la concrétisation de la politique qui intègre la politique nationale dans la pratique individuelle des agents de santé sur le terrain. RBC a été créé en 2011 par le gouvernement rwandais pour devenir un centre d'excellence et assurer des

services de qualité, l'éducation et la recherche en matière de santé. L'UPHLS a été créée en 2006 avec l'assistance technique et le soutien financier de la Commission nationale de lutte contre le SIDA (CNLS) du Rwanda pour rapprocher les OPH et faciliter leur travail avec les plus de 70 organisations qui luttent contre le VIH / SIDA au Rwanda. La mission de l'UPHLS est d'habiliter les OPH à travers le renforcement des capacités, la planification, la promotion, la coordination, le suivi et l'évaluation des initiatives du programme VIH / SIDA pour les personnes handicapées. Le manuel de formation sur le handicap et le VIH / SIDA fait partie de cette mission en veillant à ce que les prestataires de soins soient conscients des risques liés au VIH auxquels les personnes handicapées sont confrontées et qu'ils soient sensibilisés à l'inclusion du handicap dans tous les aspects de la prévention, du traitement et des soins.

Le manuel de 75 pages est la principale ressource de formation pour un cours intensif de formation de cinq jours destiné aux formateurs. Le manuel fournit le contenu du cours, y compris des illustrations et des études de cas décrivant de situations concrètes au Rwanda, des conseils étape par étape pour l'animateur pour chaque section, des résumés avec notes conceptuelles essentielles pour les étudiants, des encadrés avec des conseils sur la façon de mettre en pratique une leçon de base, par exemple, comment aider une personne mal voyante à s'asseoir ou le langage approprié pour parler de personnes handicapées, des exercices individuels et en petits groupes qui invitent les participants à réfléchir sur les principaux points et résumés chaque section qui sert de transition d'un sujet à l'autre. La formation est divisée en cinq parties ou unités : introduction; invalidité; accessibilité au niveau physique, de communication et d'information ; inclusion du handicap; et VIH / SIDA et handicap.

L'unité sur le handicap fournit des données démographiques détaillées sur les personnes handicapées au Rwanda, y compris les taux d'alphabétisation et de pauvreté ; explique différents types de handicap ; et dissipe les normes socioculturelles populaires, y compris les mythes et les idées fausses sur les personnes handicapées. Les exercices en petits groupes engagent les participants à identifier les types d'obstacles rencontrés par les personnes ayant différents types de handicap et les facteurs facilitant l'accessibilité niveau physique, de communication et d'information.

La section d'accessibilité au niveau physique, de communication et d'information fournit des stratégies clés pour faciliter l'accès. Une attention égale est accordée aux obstacles comportementaux et institutionnels tels que les obstacles physiques, de communication et d'information. Chaque section est détaillée dans ses conseils, et comprend des leçons pour développer de meilleures compétences interpersonnelles pour travailler avec des personnes handicapées, les signes pour des termes spécifiques concernant la SSR et le VIH lors de la communication avec un utilisateur de langue des signes et des instructions détaillées pour ajouter des rampes ou pour modifier les toilettes et rendre les établissements de santé existants physiquement accessibles.

L'unité sur l'inclusion du handicap commence en séparant les différences conceptuelles d'exclusion, de ségrégation, d'intégration et d'inclusion, puis propose des exercices pour développer des initiatives d'intégration dans la prestation des soins de santé.

La dernière unité, qui porte spécifiquement sur le VIH / SIDA et les handicaps, se fonde sur tous les apprentissages antérieurs pour identifier les risques auxquels font face les personnes handicapées face au VIH / SIDA, les principaux obstacles à la prévention, aux services et aux soins liés au VIH et

des stratégies d'accessibilité et d'inclusion. Chacune de ces sections fait état de groupes spécifiques de personnes handicapées, tels que l'âge (enfants, adolescents, jeunes adultes, etc.) et le type de handicap. La section accorde une attention significative au genre et au handicap en expliquant la «double discrimination» que subissent les femmes handicapées.

Le partenariat RBC-UPHLS représente une pratique positive des États : un organisme d'État et un réseau d'OPH soutenus par l'État qui travaillent ensemble au développement d'une ressource pratique pour assurer que les personnes handicapées soient incluses dans les soins de santé liés au VIH / SIDA.

RESPONSABILISATION ET STRATÉGIES DE COLLECTE DE DONNÉES

L'engagement des ODD à « ne laisser personne de côté » oblige les États à surveiller les droits des groupes particulièrement marginalisés, y compris les femmes et les enfants handicapés, et à collecter des données désagrégées à travers les systèmes de données nationaux. Les Objectifs ODD 3 (santé), 4 (éducation) et 5 (égalité entre les sexes) contribuent spécifiquement à la promotion de la DSSR. La cible 3.7 des ODD exige spécifiquement que les États « assurent un accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive ». La cible 4.7 des ODD exige des États qu'ils veillent à ce que tous les apprenants acquièrent les connaissances et les compétences nécessaires pour promouvoir les ODD, y compris l'éducation aux droits de l'Homme et à l'égalité entre les sexes, qui englobe l'éducation sexuelle complète, et la cible 5.6 des ODD appelle les États à « assurer l'accès des universités à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de procréation comme convenu conformément au Programme d'action de la CIPD et au Programme d'action de Pékin ». L'ODD17 et la cible 17.18 exigent que toutes les données soient ventilées par revenu, sexe, âge, race, appartenance ethnique, statut migratoire, handicap, situation géographique et autres caractéristiques. La collecte de données sensibles à l'âge et au handicap sera déterminante pour les États qui atteindront ces objectifs d'ici 2030.

Les objectifs de santé et d'égalité des sexes des ODD ont mobilisé une vaste base d'acteurs de l'État et de la société civile pour se concentrer sur la DSSR. Les États ont l'obligation positive de collecter eux-mêmes les données, d'analyser ces données et de les rendre disponibles et accessibles au public. Toutefois, les acteurs de la société civile jouent un rôle important dans la responsabilisation des États. La participation est un principe important dans la collecte de données. Lors de la promotion des droits des jeunes handicapés, il est important que les jeunes avec et sans handicap soient mobilisés dans la collecte de données. Cela conduit non seulement à de meilleures données, mais également à la sensibilisation aux droits de l'Homme et au handicap.

Historiquement, les jeunes personnes handicapées, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes handicapées, étaient invisibles dans les données concernant la DSSR. Cette invisibilité empêche les États de confirmer qu'ils s'acquittent de leurs obligations de veiller à ce que les jeunes handicapés aient un accès égal à la DSSR. Le manque de données empêche également les décideurs politiques et les responsables de la mise en œuvre d'identifier les domaines où des interventions appropriées sont nécessaires et prive les OSC représentant les jeunes handicapés de disposer d'outils importants pour responsabiliser leurs gouvernements. Heureusement, la CDPH et les ODD ont attiré l'attention sur l'obligation des États de collecter des données sur la DSSR des jeunes handicapés.

Des progrès significatifs continuent d'être réalisés, notamment par le biais du Groupe de Washington sur les statistiques des handicaps, qui s'est associé à un certain nombre d'États et d'OSC pour mettre au point de nouveaux instruments de collecte de données. Par exemple, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), le Programme de statistiques démographiques et sanitaires et le Groupe de Washington ont collaboré à l'élaboration d'un nouveau module de questionnaire sur les handicaps aide les pays à collecter des statistiques sur la santé incluant la santé le handicap, y compris la santé sexuelle et reproductive.⁷⁰³

Les États parties à la CDPH sont tenus de recueillir des données sur les personnes handicapées.

L'article 31 de la CDPH sur les statistiques et la collecte de données oblige les États à « recueillir des informations appropriées, y compris des données statistiques et de recherche, pour leur permettre de formuler et de mettre en œuvre des politiques visant à donner effet à la présente Convention ». En vertu de l'article 31, les États sont également tenus de diffuser ces données et de les rendre accessibles aux personnes handicapées afin de garantir leur rôle dans le suivi des États. L'article 31, ainsi que les principes généraux et les articles 6 (femmes handicapées) et 7 (enfants handicapés), exigent que les données collectées tiennent compte du sexe et de l'âge, ce qui signifie que les données peuvent être ventilées pour garantir que les femmes, les filles et les adolescents et les jeunes handicapés aient accès à leurs droits sur un pied d'égalité avec les autres.



UTILISATION D'UNE ANALYSE SITUATIONNELLE SUR L'INCLUSION DU HANDICAP DANS LA SANTÉ REPRODUCTIVE POUR ÉCLAIRER LA POLITIQUE EN MOLDAVIE

En 2016, le Centre de formation en santé génésique de la République de Moldova a lancé le projet '*All Equal, All Healthy: Empowering Women and Girls with Disabilities in Moldova to Exercise their Sexual and Reproductive Rights*' sur les droits sexuels et reproductifs pour effectuer une analyse situationnelle afin d'identifier les problèmes auxquels sont confrontées les femmes et les filles handicapées dans l'exercice de leurs droits sexuels et reproductifs. Ce rapport a été le premier du genre et a mis en lumière de manière significative la situation des femmes et des filles handicapées en Moldavie. L'analyse a ensuite été utilisée pour faire des propositions concrètes au Ministère moldave de la Santé et au Ministère moldave du travail, de la protection sociale et de la famille pour assurer la pleine application des obligations de la Moldavie et de sa propre loi sur l'inclusion sociale des personnes handicapées (Loi n° 60 du 30 mars 2012).

Le Centre de formation en santé reproductive (RHTC) est une ONG en Moldavie qui forme des prestataires de services de santé reproductive conformément aux recommandations de l'OMS sur la SSR. Le projet *All Equal, All Healthy* a été lancé par RHTC en réponse aux prestataires de services de santé reproductive qui ont demandé une formation et des informations sur la meilleure façon de répondre aux femmes handicapées qui recherchaient des services de santé reproductive. L'ambassade de Finlande à Bucarest a financé l'étude et le RHTC a bénéficié d'un large soutien et de la coopération

du ministère du Travail, de la Protection sociale et de la Famille et du ministère de la Santé dans ses initiatives de projet.

L'analyse situationnelle a été lancée grâce à un processus de planification participative qui a réuni les parties prenantes et établi un groupe de travail comprenant deux experts en SSR, un expert en droit de la santé et du handicap et trois représentants des associations de personnes handicapées. Ensuite, un questionnaire a été élaboré pour les femmes et les filles handicapées, les membres de la famille des personnes handicapées, les médecins de famille et les travailleurs sociaux. Le questionnaire a ensuite été utilisé dans neuf groupes de discussion et 93 entretiens semi-structurés. Sur la base des données recueillies, le groupe de travail de RHTC a identifié six obstacles qui limitent l'accès des femmes et des filles handicapées aux services de santé reproductive.

- Une formation insuffisante à l'inclusion du handicap du personnel médical
- Les femmes handicapées ne demandent pas de services de SSR
- L'attitude hostile du personnel envers les femmes handicapées
- L'attitude hostile de la famille envers les femmes handicapées
- Le manque d'accès physique et d'équipement adapté dans les installations de SSR
- Les femmes handicapées ne sont pas conscientes de leur droit à recevoir des services de SSR gratuits et confidentiels.

Parmi ces obstacles, la formation insuffisante et le manque d'accès physique et d'équipement adapté étaient les plus universels, bien que tous les obstacles identifiés étaient hautement significatifs. Les obstacles spécifiques relevés par les femmes handicapées allaient de leur crainte du jugement et de leur gêne à soulever des questions de SSR et à ne pas savoir si elles étaient enceintes ou non parce que les chaises d'examen gynécologique n'étaient pas accessibles pour les femmes ayant un handicap physique. Beaucoup de médecins de famille ont exprimé leur inquiétude de n'avoir jamais été formés pour accueillir des personnes handicapées, bien que certains aient cherché à s'informer en cherchant des sources pour offrir des services de SSR aux femmes handicapées sur Internet ou par leur propre lecture des directives internationales et publications médicales.⁷⁰⁴

Le gouvernement moldave a répondu aux conclusions de l'analyse situationnelle de plusieurs façons. Premièrement, il a inclus l'étude RHTC dans son rapport national au Comité des droits des personnes handicapées dans le cadre de son rapport sur sa mise en œuvre en tant qu'État partie à la CDPH. Deuxièmement, le ministère de la Santé a organisé la première conférence nationale sur les droits sexuels et reproductifs des femmes handicapées en Moldavie, un événement facilité le 29 mai 2017 par le RHTC pour discuter des problèmes au niveau national de l'inclusion du handicap et des DSSR. Au cours de cette conférence, la RHTC a adressé au gouvernement des recommandations clés couvrant à la fois les changements de politique au niveau des installations des prestataires de SSR et les modifications du cadre juridique national concernant la DSSR et les droits des femmes handicapées.⁷⁰⁵ Enfin, les ministères ont également invité le RHTC à présenter ses conclusions lors d'une conférence nationale sur l'adolescence. Sur la base de l'évaluation selon laquelle les 42 dispensaires de SSR

adaptés aux adolescents n'étaient pas accessibles, le ministère de la Santé a répondu en allouant des fonds pour augmenter l'accessibilité des cliniques de SSR adaptées aux adolescents, y compris le placement de chaises d'examen gynécologiques accessibles aux personnes handicapées dans 30 de ces cliniques.

Cette étude de cas démontre le rôle que les analyses situationnelles peuvent jouer dans la sensibilisation, au sein du gouvernement et dans le domaine des DSSR, des obstacles auxquels les femmes et les filles handicapées sont confrontées pour accéder aux DSSR. Elle démontre également l'importance de comprendre les obstacles d'une multiplicité de points de vue, tels que celui des femmes handicapées, du personnel médical et des membres de la famille. Sur la base d'analyses situationnelles, les gouvernements réagissent souvent avec des changements à la fois immédiats et à long terme afin de mieux garantir les DSSR des jeunes handicapés.

Les données collectées sur les DSSR et les jeunes personnes handicapées doivent être analysées quantitativement et qualitativement. Sur le plan quantitatif, il est important que l'information puisse être ventilée par âge, handicap et sexe. Il est également important que l'information, le cas échéant, puisse être désagrégée en fonction d'autres axes potentiels d'inégalité tels que la pauvreté, la ruralité, la race et l'ethnie, le groupe autochtone, la caste, la religion, l'orientation sexuelle et l'identité de genre et autres caractéristiques et identités appropriées au contexte national. Ces données statistiques fournissent les informations nécessaires pour surveiller l'équité et identifier les zones clés et les populations d'intervention. Il est également important de collecter et d'analyser les données de manière qualitative. Il ne suffit pas de savoir que les services sont disponibles ou reçus. La qualité et l'acceptabilité de ces services du point de vue des jeunes personnes handicapées doivent également être déterminées. Les jeunes handicapés ont non seulement le droit à des services de DSSR, mais aussi le droit d'exercer un choix sur les services qu'ils reçoivent et la possibilité d'y accéder de manière respectueuse et digne.

// IV. CONCLUSION

Ce chapitre a mis l'accent sur les façons dont les États peuvent favoriser l'accès et encourager l'application des DSSR pour les jeunes handicapés. Les États peuvent le faire en intégrant les jeunes handicapés dans l'ensemble des services de santé sexuelle recommandés par le Programme d'action de la CIPD et, le cas échéant, en élaborant des politiques, programmes et services ciblés qui incluent les jeunes handicapés qui font face à des obstacles spécifiques qui ne peuvent être résolus uniquement par l'intégration. L'adaptation aux jeunes et l'inclusion du handicap sont deux concepts essentiels pour garantir que non seulement les services soient accessibles mais aussi inclusifs du point de vue des bénéficiaires visés : les jeunes handicapés. Le chapitre suivant se concentre sur la société civile et affirme que pour obtenir des services totalement inclusifs des DSSR et de la prévention de la VBG, les acteurs doivent assurer la participation des jeunes handicapés au développement et au suivi continu des lois, des politiques et des programmes. Pour ce faire, les États doivent soutenir la société civile et veiller à ce qu'elle soit forte, dynamique et inclusive.

// CHAPITRE 6

INCLUSION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

// I. INTRODUCTION

Les jeunes handicapés ont le droit d'être entendus. La participation et l'inclusion sont des composantes essentielles d'une approche basée sur les droits humains et des éléments essentiels de la garantie à l'accès aux services et de la pleine jouissance des droits. En effet, les États dépendent des jeunes handicapés faisant entendre leurs opinions sur leurs droits à la santé sexuelle et reproductive (DSSR) et sur les protections et services pour la lutte contre la violence basée sur le genre (VBG), car c'est leurs opinions qui mettent en lumière les problèmes majeurs et permettent de comprendre comment mieux garantir la jouissance de et l'accès aux DSSR et à la prévention contre la VBG ainsi qu'aux services d'intervention. Pendant trop longtemps, les jeunes handicapés, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes, ont été absents des débats politiques affectant leur vie quotidienne, car leurs connaissances et expériences uniques sont vitales à la conception de services efficaces. La devise du mouvement pour les droits des handicapés, « Nothing About Us, Without Us » (Rien sur nous, sans nous), signifie que la seule manière d'être sûr que les nouvelles lois, politiques et programmes affectant les jeunes handicapés encouragent réellement l'égalité est d'impliquer les jeunes handicapés dès le départ. Car les véritables experts de la question sont les jeunes handicapés : Ils savent quels sont les obstacles car ils y font face tous les jours. Ils ont également les connaissances, la créativité et l'énergie pour être les principaux contributeurs du développement de solutions juridiques et programmatiques promouvant leur inclusion dans les DSSR et la prévention contre la VBG ainsi que dans les services d'intervention et pour assurer qu'ils puissent jouir pleinement de leurs droits de l'Homme.

Dans les chapitres précédents, la plupart des mesures positives que les États ont mis en relief impliquent des partenariats entre l'État et la société civile. Par exemple, dans le Chapitre 3 sur

la VBG, le projet Access to Justice (Accès à la justice) au Kenya, qui garantit que les personnes handicapées soient traitées comme tout autre individu dans les tribunaux, mettait en évidence le travail de formation de la police, des juges et d'autres employés de l'État par l'Association kényane des personnes présentant une déficience intellectuelle. Dans le Chapitre 4 sur les DSSR, la liste de vérification *Inclusion Made Easy* (L'inclusion facile) de CBM International pour les programmes de développement inclusifs a été soulignée car elle recommande que les services de développement des ministères de l'État puissent répondre par l'affirmative à des questions comme « Est-ce que les personnes handicapées et les OPH jouent un rôle actif dans le projet ? Ces deux cas démontrent que les personnes handicapées sont essentielles à la garantie que l'État fait du bon travail. Les personnes handicapées sont les meilleurs sensibilisateurs, instructeurs, conseillers et évaluateurs des États lors du développement de nouvelles politiques et services. La collaboration de l'État avec les jeunes handicapés leur donne un avantage considérable car elle leur permet d'avoir un rôle prépondérant dans les affaires publiques. Toutefois, pour que les États puissent offrir ce rôle, les jeunes handicapés doivent en premier lieu être organisés et inclus dans la société civile.

Une société civile forte et inclusive est une condition préalable à la réponse des États parties à leurs obligations de promotion des droits de l'Homme des citoyens, en particulier de leurs droits selon la Convention sur les droits des personnes handicapées (CDPH), la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes (CEFD) et la Convention sur les droits des enfants (CDE). Pour que ces instruments de droits humains internationaux respectent leur promesse, les personnes handicapées, femmes et filles, adolescentes et enfants doivent être impliquées dans le conseil aux États sur la manière de mettre en œuvre un changement efficace sur le terrain. Ces conventions, comme tous les instruments des droits humains,

sont également les conseillers centraux du développement de sociétés civiles dynamiques partout dans le monde car elles promeuvent un rôle pour les organisations de la société civile dans l'implantation et la surveillance de leurs droits. Ceci est particulièrement vrai pour les OPH à travers la CDPH car elle crée une obligation légale positive pour les États parties, d'inclusion des OSC représentant les personnes handicapées dans la mise en application de leurs droits de l'Homme, y compris les DSSR, la prévention contre la VBG et les services d'intervention. L'Article 4 de la CDPH sur les Obligations générales et l'Article 33 sur la mise en application et la surveillance nationales, mandatent spécifiquement que les États parties impliquent activement les OSC représentant des personnes handicapées comme conseillers et

contrôleurs quant à la mise en application des droits des handicapés. L'Article 32 sur la Coopération internationale oblige les États parties à assurer que toutes les initiatives de développement international incluent les handicaps et à collaborer activement et soutenir le développement de la capacité des OSC. Ces articles offrent aux organisations représentant des jeunes handicapés l'opportunité de devenir des défenseurs efficaces. Ils permettent également aux jeunes handicapés de participer pleinement et de manière égale aux conseils consultatifs nationaux, en tant qu'auteurs de rapports « parallèle » de la société civile et en tant que représentants dans d'autres forum dans lesquels la police et les programmes affectant leurs droits sont évalués et débattus.

POINTS PRINCIPAUX

- Les OSC représentant des jeunes handicapés sont une **condition préalable** pour que les États répondent efficacement à leurs obligations à garantir aux jeunes handicapés un accès complet et égal aux DSSR et à la prévention et réponse à la VBG.
- Les jeunes handicapés, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes handicapées, font face à des **obstacles à la pleine participation** à la société civile, y compris les principales organisations pour les droits des handicapés, de la jeunesse et des femmes.
- Toutes les OSC doivent être plus réactives envers les femmes et les adolescentes handicapées. **Les organisations pour les personnes handicapées (OPH) doivent intervenir davantage en fonction du genre**, y compris en garantissant que les femmes soient représentées dans la haute direction. **Les organisations pour les droits des femmes doivent garantir un accès égal** à la participation et aux postes au sein de la direction aux femmes et filles handicapées.
- La CDPH est un **conseiller essentiel** pour la participation des jeunes handicapés dans le conseil et le suivi de leurs droits car ceci crée des obligations légales positives pour que les États parties incluent activement les OSC dans la **création de politiques et dans la mise en application et le développement international** d'initiatives.
- Les OSC représentant des jeunes handicapés peuvent faire différentes choses importantes pour soutenir les DSSR et le droit de vivre à l'abri de la violence, y compris :

- **Conseiller** les États sur la nouvelle loi et politique relatives aux DSSR et à l'élimination de la VBG
- **Sensibiliser** leurs membres et un public plus large aux droits des jeunes handicapés
- **Surveiller et évaluer** la mise en application des lois, politiques et services sur une base continue
- **Fournir des services** qui soutiennent leurs DSSR et droit de vivre à l'abri de la violence.
- Les États doivent **soutenir une approche duale de suivi** pour assurer l'inclusion des jeunes handicapés dans la société civile par les actions suivantes :
 - **Mettre en application des protections juridiques** qui protègent les droits civils d'association, d'assemblée et d'expression ;
 - **Simplifier le processus d'enregistrement et de renouvellement** pour toutes les OSC et assurer qu'elles incluent les handicapés
 - **Faciliter l'intégration** des jeunes handicapés dans les OSC principales pour la jeunesse, les femmes et les handicapés
 - **Soutenir le développement** d'organisations représentant spécifiquement des handicapés
 - **Inclure** les handicapés dans les conseils consultatifs internationaux, régionaux, nationaux et locaux et dans les forums de la société civile relatifs au handicap, à la jeunesse, à la santé, à l'accès à la justice et à d'autres problèmes liés aux DSSR et à la VBG.

Les jeunes handicapés font toutefois face à des obstacles majeurs les empêchant de jouer leur rôle essentiel en tant que membres de la société civile, défenseurs et conseillers sur leurs droits, y compris les DSSR et la prévention contre la VBG ainsi que les services d'intervention. Ceci est particulièrement vrai pour les jeunes femmes et les adolescentes handicapées subissant différents niveaux de discrimination basée sur leur sexe, âge et handicap.

Les défis auxquels les jeunes handicapés font face dans leur représentant au sein de la société civile peuvent être politiques, organisationnels et sociaux. Les jeunes handicapés et leurs OSC peuvent faire face à des obstacles les empêchant

d'enregistrer leurs organisations ou de faire appel à elles pour dénoncer des violations des droits de l'Homme et demander aux États de prendre leurs responsabilités. De nombreux États continuent de refuser à leurs citoyens les droits basiques d'association et de liberté d'expression. Le refus des droits civils et politiques de base semble être une tendance à la hausse dans de nombreux pays car de plus en plus de régimes cherchent à contrôler et à purement réprimer la société civile. Les jeunes handicapés peuvent également faire face à des difficultés dans le développement de la capacité financière et en ressources humaines requise pour être des défenseurs et/ou fournisseurs de services efficaces. Les jeunes handicapés et leurs organisations sont souvent exclus des formations

de développement de la direction ou des petites et grosses subventions offertes à d'autres OSC. Pour finir, les jeunes handicapés peuvent faire face à des attitudes sociales discriminatoires les excluant de la société civile. Par exemple, des parents surprotecteurs peuvent empêcher des jeunes-femmes et des adolescentes de participer à des activités en-dehors du foyer ou les OSC traditionnelles représentant des handicapés, des femmes et des filles, ainsi que de la jeunesse n'incluent pas les jeunes handicapés dans les rôles de leader. De nombreuses organisations générales pour les droits des femmes et de la jeunesse discriminent les personnes handicapées et les empêchent d'y adhérer et de participer à des activités. Les jeunes handicapés, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes, peuvent également faire face à la discrimination dans les OPH générales dirigées par des hommes d'un certain âge qui refusent d'inclure les problèmes liés à la jeunesse et au genre, en particulier les problèmes de DSSR et de VBG, dans leurs programmes. Toutefois, les États peuvent faire différentes choses pour promouvoir le droit des jeunes handicapés d'être représentés dans la société civile, allant du soutien actif dans le développement de nouvelles OSC à travers leur implication active dans tous les aspects de la gouvernance, du développement de nouvelles lois à la mise en application et au suivi des programmes.

PRÉSENTATION DU CHAPITRE

Ce chapitre mettra en évidence ce qu'une société civile forte peut faire pour faire avancer les droits des jeunes handicapés y compris les DSSR et l'accès aux services de prévention contre la VBG et d'intervention, parlera des obstacles auxquels les jeunes handicapés font face en termes de participation dans la société civile et abordera brièvement les mesures positives que l'État a pris pour soutenir et engager les OSC aux niveaux internationaux, régionaux et nationaux. Ce chapitre est divisé en trois sections principales : Ce que la

société civile peut faire, Obstacles et conseillers et Soutien de la société civile du niveau international au niveau local. Chaque section souligne la relation entre la société civile et l'État et se sert d'études de cas démontrant des pratiques d'État positives pour s'assurer que l'État et la société civile renforcent mutuellement la capacité de l'autre pour promouvoir les droits des jeunes handicapés dans des contextes particuliers et concernant des aspects spécifiques des DSSR et de la prévention et intervention contre la VBG.

La chose la plus importante que les OSC représentant des jeunes handicapés peuvent faire est de conseiller les gouvernements sur une législation et une politique promouvant la pleine jouissance et l'accès aux DSSR et aux services de prévention et d'intervention contre la VBG. Il est essentiel que les jeunes femmes et les adolescentes se voient attribuer un rôle central dans le processus de développement de politiques car leurs connaissances sont vitales dans la garantie que les obstacles auxquels elles font face soient complètement pris en compte. Il est de la responsabilité de l'État d'inclure la représentation des jeunes handicapés dans le processus de création de politiques. Les organisations de la société civile peuvent jouer un rôle important dans la sensibilisation aux droits des personnes handicapées. Ceci inclut le changement des attitudes sociales négatives dans la majeure partie de la communauté et la garantie que les jeunes handicapés comprennent leurs droits et comment les faire valoir. Pour constamment améliorer les DSSR et les services de prévention et d'intervention contre la VBG et demander aux États de prendre leurs responsabilités, les OSC représentant des jeunes handicapés doivent également être incluses dans les processus de surveillance et d'évaluation. Les États peuvent non seulement soutenir cela en invitant les jeunes handicapés, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes, à régulièrement suivre les politiques et programmes, mais aussi permettre à ces jeunes de s'impliquer dans la production d'un rapport de la société civile ou



« parallèles » sur toutes les conventions affectant leurs droits, y compris la CDPH, la CEFDF et la CDE. Pour finir, les organisations pour les jeunes handicapés jouent souvent des rôles importants de fournisseurs de services. Ceci pourrait inclure tout faire de l'offre d'ateliers sur l'inclusion des handicapés à la mise en place de fonds tournants soutenant des opportunités générant des revenus pour leurs membres. Les États peuvent soutenir ces services en incluant les organisations de jeunes handicapés dans leurs programmes de développement internationaux ou en engageant directement des OSC en tant que prestataires de services.

Avant que la société civile représentant les jeunes handicapés ne puisse fournir toutes ces fonctions essentielles assurant leur participation dans la réalisation de leurs droits reproductifs et de leurs droits à vivre sans violence, les obstacles à la participation dans la société civile doivent être éliminés. Les États ont pour responsabilité de s'assurer que les jeunes handicapés puissent intégrer ou créer leurs propres OSC. Il est vital que les États promeuvent et protègent les droits civils et politiques de base d'association, d'assemblée et de liberté d'expression permettant à la société civile de jouer son rôle important dans la société. Les processus d'enregistrement et de renouvellement des OSC ne doivent pas être contraignants afin de s'assurer que les jeunes handicapés peuvent enregistrer leurs propres organisations. Ceci devrait inclure le soutien et des arrangements de la part de l'État aux jeunes handicapés afin de garantir l'accessibilité des processus d'enregistrement. Les nouvelles organisations devraient également se voir offrir une assistance au développement de capacité afin de s'assurer que les jeunes handicapés aient les ressources pour développer et entretenir des organisations efficaces représentant leurs intérêts. Pour finir, les États peuvent jouer un rôle important dans la lutte contre la discrimination des handicapés au sein du foyer et au niveau de la société empêchant les jeunes handicapés, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes,

de participer à la société civile. Ceci inclut assurer que les parents et les soignants comprennent que les jeunes handicapés ont le droit d'intégrer des organisations et de participer à des activités en-dehors du foyer et que les OSC traditionnelles soient accessibles et inclusives. Les attitudes sociales négatives sont aussi prévalentes dans la société civile que dans d'autres secteurs de la société, les États ont par conséquent la responsabilité d'assurer que les jeunes handicapés puissent intégrer les organisations générales pour la jeunesse, les femmes et les handicapés et puissent créer leurs propres OSC représentantes.

Comme dans les autres chapitres de ce rapport, chaque sous-section inclut des études de cas pour illustrer les mesures spécifiques que les acteurs de l'État peuvent prendre pour promouvoir la représentation des jeunes handicapés dans la société civile et pour assurer que tous les jeunes handicapés participent aux progrès dans leur jouissance et accès aux DSSR et aux services de prévention et d'intervention contre la VBG. Chaque étude de cas est spécifique à un contexte mais met en relief les pratiques positives dans le contexte spécifique. Les exemples donnés ne sont pas exhaustifs et ne peuvent pas non plus être considérés comme pouvant fonctionner partout et pour tout le monde. Car tout exemple ne suffit pas à lui seul. En revanche, chaque étude de cas représente une mesure unique dans un processus plus large et interdépendant pour atteindre les droits des jeunes handicapés.

Pour finir, de nombreuses OSC internationales et régionales du monde entier promeuvent les droits des jeunes handicapés. Celles-ci incluent les ONG internationales et régionales et les réseaux mondiaux d'OPH promouvant les droits des jeunes handicapés. Bien qu'il y ait de plus en plus d'organisations représentant des jeunes handicapés et des femmes et filles handicapées, le besoin d'une représentation plus importante reste immense. Les États peuvent jouer un rôle important en soutenant davantage d'opportunités pour les jeunes

handicapés à participer dans les processus de création de politiques internationaux et régionaux, y compris l'aide aux jeunes handicapés dans le renforcement de leurs organisations existantes et dans le financement de nouvelles.

Les types de mesures positives de l'État mis en relief incluront les deux côtés de l'approche de suivi double. Cette approche inclura des exemples d'États promouvant l'inclusion des jeunes handicapés dans des initiatives générales soutenant les DSSR et la prévention et l'intervention contre la VBG, comme permettre une plus grande inclusion des jeunes handicapés dans les organisations générales pour la jeunesse. Ceci inclura également des pratiques ciblant spécifiquement le développement d'OSC représentant spécifiquement des jeunes handicapés.

Avant de poursuivre, il est important de définir le concept de société civile pour indiquer l'importance de son rôle dans la société. La définition la plus employée de société civile est celle de Cohen et Arato, soit « une sphère d'interaction sociale entre l'économie et l'État, composée d'acteurs et d'organisations qui s'auto-organisent pour atteindre des objectifs collectifs ».706 L'un des aspects importants de leur définition est leur description de la société civile comme étant « entre » ou en-dehors de l'État (gouvernement) et du marché (affaires). C'est dans cet espace que la société civile trouve sa force. Il s'agit d'un monde de liberté, dans lequel les gens ne sont pas dirigés par la logique du gouvernement ni pas les fluctuations du marché, mais peuvent se rassembler pour parler des problèmes, les définir et défendre ou mettre en place des solutions.

Comme le « secteur tertiaire »,707 les associations à but non-lucratif, non-gouvernementales sont inestimables dans la vie des gens. La société civile va des églises dans lesquelles on se rassemble pour prier aux syndicats qui se battent pour de meilleures conditions de travail et aux groupes de voisinage qui promeuvent des endroits sûrs

où leurs enfants peuvent jouer. La société civile peut prendre la forme d'associations informelles qui se rassemblent momentanément autour d'une cause commune, tout comme d'organisations non-gouvernementales formalisées ayant un siège-social et menant régulièrement des campagnes et des programmes au niveau national et à l'étranger. Les mouvements pour les handicapés, les femmes et la jeunesse ont tous été de puissants moteurs de changement social positif dans les contextes nationaux et au niveau international et ont posé les fondations de l'application des DSSR et droits d'accès aux services de prévention et d'intervention contre la VBG des jeunes handicapés. Chacun de ces mouvements a été mis en place et a été soutenu par des OSC qui pouvaient rassembler les gens et mettre en place des campagnes de défense des droits qui veillaient à ce que leurs problèmes et inquiétudes étaient portés à la connaissance des États et de la communauté internationale. Bien que la société civile soit un concept large, ce chapitre se concentrera principalement sur deux types d'OSC : les organisations basées sur une adhésion de base qui représentent l'opinion de leurs membres dans la sphère publique, comme les OPH et les organisations non-gouvernementales, y compris les organisations non-gouvernementales internationales, qui mettent en place des services dans les communautés du monde entier.

/// II. QUE PEUT FAIRE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Les OSC sont un partenaire essentiel dans l'avancée des droits de l'Homme, y compris des DSSR et aux services de prévention et d'intervention contre la VBG pour les jeunes handicapés. La contribution la plus importante que les OSC peuvent faire, en particulier les OPH, est peut-être la représentation des personnes ayant vécu et étant témoins des difficultés d'accès à leurs droits. Pour que les lois, les polices et les services puissent éliminer efficacement ses obstacles et garantir l'inclusion, ils doivent être informés par les connaissances

quotidiennes des titulaires de droits ayant fait face à des obstacles au niveau local, national ou mondial. Les OSC, en particulier les OPH représentant des jeunes handicapés, représentent des gens de la vie de tous les jours se rassemblant pour assurer que les voix soient entendues et que les obstacles à l'accès à leurs droits de l'Homme soient éliminés.

Les types d'actions et d'activités que la société civile peut mener dans la promotion des droits des jeunes handicapés incluent l'expression des problèmes qui les concernent la plupart du temps à travers la participation en tant que représentants et conseillers dans le processus de développement de lois et de politiques, dans la sensibilisation et dans l'éducation des individus et du public sur les droits, dans la surveillance et l'évaluation de la mise en œuvre et dans la fourniture de services. Ces activités peuvent aller de formes de sensibilisation très publiques conçues pour attirer l'attention de l'État et d'autres autorités publiques à des arrangements bien plus collaboratifs et institutionnalisés, comme des partenariats actifs et constant entre l'État et les OSC. Par exemple, les OSC font différentes choses allant de la publication d'éditoriaux dans les journaux ou l'organisation de manifestations ou marches en passant par l'envoi de rapports formels au gouvernement ou la participation à des comités consultatifs et à des conseils nationaux. Certaines organisations fournissent également directement des services, souvent un soutien financier ou autre de la part de l'État. Pour que ces initiatives soient efficaces, il est vital que les jeunes handicapés, en particulier les adolescents et les jeunes-femmes, soient des membres actifs et soient complètement représentés dans les réseaux de la société civile transnationaux et dans les associations de base locales.

S'EXPRIMER

Les organisations internationales et les États reconnaissent de plus en plus que la société civile est un partenaire essentiel lors du développement

de politiques et de programmes durables et efficaces d'avancée des droits humains. Le Bureau des Nations Unies pour le Haut Commissaire des droits de l'Homme a appelé à un plus grand soutien et partenariat international avec les OSC car il reconnaît la contribution positive apportée par les OSC lorsqu'elles « donnent la parole aux gens » et « examinent la mise en application des droits de l'Homme, dénoncent les violations . et mènent des campagnes pour le développement de nouvelles normes en matière de droits humains ».708 Les États doivent au moins reconnaître les droits humains de base de liberté d'expression, d'association, de rassemblement pacifique et le droit de participer aux affaires publiques. Toutefois, en plus de protéger ces droits, de nombreux États vont plus loin en incluant proactivement la société civile dans le processus de création de politiques. Les gouvernements nationaux, y compris ceux représentant les pays en développement, encouragent de plus en plus les partenariats entre l'État et la société civile car ils reconnaissent leur utilité dans l'émancipation des citoyens et l'amélioration de la gouvernance.709 Pour que ces partenariats puissent être une réussite pour la société civile, ils doivent inclure et représenter tout le monde. Malheureusement, les jeunes handicapés ont souvent été sous-représentés dans la société civile, y compris dans les mouvements pour les droits des femmes et des handicapés.

« Nothing About Us Without Us »710 est la devise du mouvement pour les handicapés car elle avance le principe qu'aucune loi ou politique affectant les handicapés ne devrait être mise en place sans la consultation active de personnes handicapées pendant son élaboration. D'un point de vue historique, les politiques et les programmes pour les handicapés du monde entier ont été demandés et mis en place par des OSC dirigées par des personnes sans handicaps, comme des organisations religieuses, des associations caritatives et des groupes de professionnels de la santé.711 Ces meneurs de la société civile sans handicaps était souvent plus préoccupés par le lobbying de l'État pour obtenir les fonds dont ils

avaient besoin pour « s'occuper de » ou « réinsérer » les personnes handicapées que par la garantie que les personnes handicapées bénéficiaient des mêmes droits que les autres citoyens et d'une aide pour vivre de manière indépendante et s'intégrer à leurs communautés. Ces mêmes initiatives qui avaient pour objectif de répondre à leurs besoins ont conduit à une marginalisation des personnes handicapées.

L'une des demandes centrales des premiers mouvements pour les handicapés d'Amérique du Nord et de l'Europe de l'Ouest était que les gouvernements adoptent de nouvelles lois sur leur discrimination⁷¹² et établissent des conseils sur les droits des handicapés nationaux et locaux pour surveiller les nouvelles lois et politiques du point de vue des personnes handicapées.⁷¹³ Actuellement, de nombreux États suivent et rassemblent les OPH pour leur consultation et conseils et la création de conseils consultatifs nationaux incluant les OPH pour faciliter leur contribution dans la mise en place et l'élaboration de lois et de politiques sur les handicapés du point de vue de personnes elles-mêmes handicapées. La plupart des changements récents sont le résultat direct de la CDPH, qui inclut des articles précisant le rôle des OSC représentant des personnes handicapées doivent jouer dans tous les aspects de la garantie de leurs droits. La CDPH et la manière dont elle peut faciliter les droits des jeunes handicapés à assurer que « Nothing About Us Without Us » les inclut spécifiquement, ainsi que leur rôle dans l'avancée des DSSR et des services de prévention et d'intervention contre la VBG. « Nothing About Us Without Us » devient peu à peu la nouvelle norme internationale et est appliquée à tous les groupes marginalisés, donnant des pratiques de développement participatifs, inclusifs et basés sur les droits qui garantissent que tout le monde, y compris les femmes et les filles, les jeunes, les minorités raciales et ethniques, les personnes déplacées et autres participent au processus de création de politiques et de surveillance dès le départ.⁷¹⁴

L'exclusion du processus législatif et de création de politiques a également affecté les femmes et la jeunesse, ayant toujours été soumises à des lois, politiques et programmes qui les affectaient directement mais étaient rédigés sans les avoir consulté. Non seulement cela mène à l'exclusion et à la marginalisation des femmes dans la gouvernance, mais le produit final est souvent inefficace et contre-productif. Heureusement, de plus en plus d'États incluent les OSC représentant les femmes et la jeunesse à travers des forum publics, des conseils consultatifs nationaux et d'autres modes de consultation, en particulier lors du développement de lois et de programmes protégeant leurs droits et en créant de nouvelles opportunités économiques et sociales. Ces pratiques sont soutenues par des recherches sur le développement de lois et de politiques d'égalité des droits qui démontrent que les politiques les plus efficaces sont celles qui incluent le groupe marginalisé dès le départ dans le processus législatif et de création de politiques.⁷¹⁵ Cela signifie que si les États veulent obtenir des résultats positifs, les jeunes handicapés, en particulier les femmes et les filles, doivent être impliqués dès les premières conversations sur les DSSR et le droit de vivre sans violence. Malheureusement, dans la plupart des cas, lorsque tout le monde n'est pas impliqué, les besoins auxquels ils font face, les violations des droits qu'ils subissent et les obstacles qu'ils rencontrent ne seront pas abordés. C'est pourquoi il est vital que les OSC soient elles-mêmes inclusives : pour assurer que toutes les voix soient entendues.

Malheureusement, la plupart des OPH, organisations pour les femmes et la jeunesse n'ont jamais suffisamment donné l'espace ou la parole aux jeunes handicapés.⁷¹⁶ Il y a, toutefois, des signes importants de changement, menant à des lois et politiques plus efficaces, y compris celles axées sur la promotion des DSSR et dans la prévention et intervention contre la VBG que subissent les jeunes handicapés. Tous les jours,

des femmes et des jeunes handicapés financent leurs propres réseaux et OPH existants, et certaines organisations pour la jeunesse et les femmes promeuvent de plus en plus la représentation et l'implication des handicapés au sein de leurs organisations, y compris le développement de règlements administratifs qui garantissent qu'ils sont représentés dans le conseil et à d'autres postes au sein de la direction. Les exemples les plus marquants incluent Women Enabled International, une organisation internationale non-gouvernementale fondée en 2010 pour défendre les droits des femmes et des handicapés et, au niveau régional, le Réseau africain des jeunes handicapés (African Youth with

Disabilities Network), qui a été fondé en 2011 pour unir et donner la parole aux jeunes handicapés de 12 États africains.⁷¹⁷ Des organisations pour les jeunes handicapés existent partout dans le monde et, selon un récent rapport de la Défense des droits des femmes handicapées mondiale (Global Disabled Women's Rights Advocacy), des dizaines de OPH pour les femmes handicapées ont été fondées depuis 2010.⁷¹⁸ Dans ces deux cas, les jeunes handicapés, y compris les jeunes femmes et les adolescentes, s'assurent que la nouvelle législation nationale et politiques mises en place suite à la CDPH abordent leurs droits, y compris les DSSR et le droit de vivre sans violence.

LA SOCIÉTÉ CIVILE ET L'ARTICLE 6 DE LA CDPH SUR LES FEMMES HANDICAPÉES : UNE PRATIQUE D'ÉTAT POSITIVE ENGAGEANT UN GROUPE DIVERSIFIÉ ET INCLUSIF DE OPH SUR LA LOI ET LA POLITIQUE INTERNATIONALES

La CDPH en elle-même est le résultat d'un partenariat entre la société civile, les Nations Unies et les États individuels. Il s'agit également d'une démonstration directe de pourquoi il est important que les États parties soutiennent et incluent de nombreuses voix des OSC représentant des personnes handicapées lors du développement de lois, politiques et programmes visant à faire avancer les DSSR et à éliminer la VBG contre les jeunes handicapés.

Les personnes handicapées sont toutes différentes. Leurs expériences en tant que personnes handicapées se mêlent à d'autres aspects de leur identité, comme leur âge, sexe, race et origine ethnique, voire les circonstances de la vie, comme être une personne déplacée. Une pratique d'État positive est de non seulement consulter les OPH en général mais aussi assurer que les personnes handicapées représentant différents groupes soient incluses. L'Article 6 de la CDPH sur les femmes handicapées et les aspects spécifiques au genre de l'Article 16 sur la lutte contre l'exploitation, la violence et les abus sont directement liés au soutien actif des États à la voix des femmes handicapées lorsque les OPH se sont rassemblées pour examiner les ébauches de la CDPH et conseiller les États sur la manière de représenter au mieux les personnes handicapées dans le processus de négociation.⁷¹⁹ Ce processus donne un exemple positif de pourquoi et comment les États peuvent et doivent en particulier inclure des jeunes handicapés, en particulier des jeunes femmes et des adolescentes, lors du développement de positions concernant le droit international et les politiques.

Pendant le processus de rédaction de la CDPH, la société civile était représentée par le Caucus international pour les handicapés. Malgré le fait que le Caucus international pour les handicapés incluait de nombreuses femmes handicapées ou personnes sensibles aux problèmes d'inégalité des sexes, aucune OPH internationale n'était présente à ce moment-là pour représenter les femmes et filles handicapées. Le « classement par genre » de la CDPH s'est fait à travers les États qui ont impliqué leurs sociétés civiles nationales dans le processus de négociation en les conseillant sur les ébauches de la Convention du Groupe de travail pendant le processus de négociation. Une étude documente⁷²⁰ et démontre deux collaborations société civile/État : Australie et Corée du Sud. En 2004, le gouvernement australien a organisé un Consortium national des OSC australienne pour examiner l'ébauche de la CDPH afin de connaître les avis sur la participation de l'Australie dans les prochaines étapes des négociations. En plus de financer les participations de la Fédération australienne des organisations pour les handicapés (Australian Federation of Disability Organisations), de People with Disability Australia, et de l'Association nationale des centres communautaires légaux (National Association of Community Legal Centres) et de leur permettre de consulter et rassembler les recommandations de leurs membres, d'autres OPH locales et de personnes handicapées, l'Australie a également soutenu une analyse spécifique axée sur le genre du texte. Suite à cette analyse, le consortium des organisations non-gouvernementales australiennes a recommandé spécifiquement que l'Australie demande que l'Article 16 sur la lutte contre l'exploitation, la violence et les abus, qui ne renvoyaient à aucun genre dans l'ébauche, soit modifié dans ce sens. L'Australie a soutenu et a demandé ces changements au texte à l'occasion de la réunion de Négociation du comité ad-hoc suivante, suite à quoi le texte de la convention final renvoyait spécifiquement à l'obligation des Parties de l'État à traiter spécifiquement les « aspects basés sur le sexe » de l'exploitation, la violence et les abus aux personnes handicapées dans la législation et à « fournir des services en fonction du sexe et répondre aux besoins spécifiques au sexe ».

La Corée du Sud s'est engagée dans un processus de consultation des ONG similaires. C'était pendant ce processus que les OSC coréenne représentant des handicapés ont souligné le fait que, à cette époque, l'ébauche de la CDPH ne contenait pas d'article spécifique reconnaissant l'intersection entre le genre et les handicaps. En identifiant cette lacune, les OPH sud-coréennes ont exhorté la Corée à proposer un article spécifique sur les femmes handicapées pendant les Négociations du comité ad-hoc de 2004. Cette proposition était soutenue par d'autres États et organisations non-gouvernementales, entraînant l'inclusion de l'Article 6 dans l'ébauche finale de la CDPH obligeant les États à « prendre toutes les mesures appropriées pour soutenir l'avancée, l'émancipation et le développement des femmes handicapées » pour qu'elles puissent pleinement exercer leurs droits de l'Homme.⁷²¹

Ces études de cas démontrent directement comment les États impliquant la société civile en tant que conseillers dans le développement des lois et politiques donne des droits plus solides et inclusifs pour les handicapés, en particulier dans les problèmes affectant les jeunes, y compris les jeunes femmes et les filles, pour la plupart.

SENSIBILISER LES PARTIES PRENANTES

La société civile est également un instrument important pour l'avancée des droits humains au-delà des processus de développement des lois et des politiques en sortant les lois des bureaux gouvernementaux et des chambres législatives et en les plaçant dans les villages, foyers et dans la conscience de chacun. Les droits humains n'ont souvent aucun sens dans la vie de tous les jours si les gens ignorent les droits qu'ils et d'autres personnes ont et comment ils peuvent y accéder. Les OSC parviennent assez facilement à toucher le public et peuvent sensibiliser les membres de groupes marginalisés, comme les jeunes handicapés et les incitent à réclamer leurs droits. Les OSC sont également douées pour aborder les croyances et pratiques n'étant pas favorables aux droits de l'Homme au sein des foyers et communautés empêchant certaines personnes d'accéder à leurs droits. La société civile peut aborder les préjugés et les idées reçues en encourageant des attitudes nouvelles et affirmées et en fournissant des preuves solides et des informations précises. Dans de nombreux pays, les lois et les politiques promouvant les DSSR et le droit de vivre sans violence pour les jeunes handicapés auront un effet extrêmement limité si les gens ne savent pas ce que la loi dit et ne comprennent pas ce que cela signifie dans la vie de tous les jours. C'est parce que les jeunes handicapés sont souvent exclus de l'éducation sur les droits de l'Homme et la sexualité, en particulier l'éducation sexuelle complète, qu'ils sont socialement isolés de leurs homologues ou ils connaîtront leurs droits mais vivront dans des foyers dans lesquels des familles protectrices limitent leurs connaissances des DSSR et de la VBG. Les OSC, en particulier les OPH, peuvent efficacement aborder les profonds tabous et le manque de connaissances de base concernant le handicap, le genre, la jeunesse, la sexualité, la reproduction et la violence.

Dans de nombreux cas, la loi et la politique doivent être formulées dans des termes que les communautés locales peuvent comprendre et dans des formats ou langues auxquelles toutes les personnes y compris les personnes avec des handicaps spécifiques peuvent accéder. La sensibilisation aux droits humains est efficace lorsque les messages parlent au public ciblé. Les OSC au niveau basique sont les intermédiaires les plus efficaces pour transformer les informations sur les droits de l'Homme en connaissances plus accessibles, y compris en termes de DSSR et de prévention et intervention contre la VBG.⁷²² Les lois internationales et nationales doivent être structurées de manière à ce que les personnes protégées par des droits et toute la communauté comprennent et acceptent. Les organisations de la société civile qui travaillent dans les communautés locales mais qui sont également dirigées par des personnes de la communauté elle-même sont souvent plus à même de concevoir des campagnes et des programmes de sensibilisation qui mettent en avant et promeuvent les normes sur les droits humains et d'autres références. Les individus locaux qui « parlent la langue locale » au sens propre comme au figuré, qui comprennent et connaissent le monde des droits humains internationaux, sont les mieux placés pour traduire les lois dans le langage quotidien des gens et inciter leurs communautés à adopter, plutôt que résister, aux changements juridiques et sociaux positifs.

Un autre aspect garantissant l'efficacité des campagnes de sensibilisation est le format et la langue. Les jeunes handicapés sont souvent socialement isolés, ont moins accès à l'éducation, ou ont des handicaps spécifiques devant être accommodés. Les modes de distribution d'informations normaux, comme la publication des lois dans les journaux ou les annonces faites dans les écoles, peuvent ne pas être comprises par les personnes handicapées. Par conséquent, les OSC, en particulier les OPH, sont souvent les mieux placées pour toucher les jeunes handicapés

et leur faire prendre conscience des problèmes importants, comme les DSSR et la VBG. Les OPH et d'autres OSC sont souvent plus expérimentées que les gouvernements pour toucher les jeunes handicapés dans leurs foyers, en expliquant les problèmes complexes dans des termes plus accessibles et en répondant aux questions que les jeunes handicapés et leurs familles peuvent avoir. Les OPH sont également expertes dans la formulation des lois, politiques et informations dans des formats accessibles, comme un langage simple, le langage des signes, le Braille, des fichiers audio et autres et dans la formulation de ces informations de sorte qu'elles soient plus attrayantes pour les jeunes handicapés.

Les croyances dangereuses qui stigmatisent les handicapés sont à l'origine des lois, politiques et pratiques quotidiennes qui refusent d'octroyer leurs droits humains aux jeunes handicapés. Ceci peut inclure l'assimilation d'attitudes sociales et de croyances négatives qu'ils ne méritent pas d'avoir des droits par les jeunes. La double discrimination produite au croisement du handicap et du sexe peut avoir un effet particulièrement néfaste sur les jeunes femmes et les filles handicapées qui croient peut-être à tort qu'elles ne sont pas incluses ou n'ont pas de droits relatifs à la sexualité, la reproduction et une vie sans violence et discrimination. Les organisations de la société civile sont souvent les premières à aborder ces croyances dangereuses en sensibilisant les gens et en promouvant des idées positives concernant le droit de tous à bénéficier d'un traitement égalitaire et à accéder aux droits humains. Les OSC pour les femmes ont démontré leur efficacité en abordant le système patriarcal dans différentes régions du monde.⁷²³ Les OPH, en particulier, sont parvenus à mettre en place des campagnes de sensibilisation et d'éducation dans les contextes en développement qui transforment les croyances dangereuses sur les personnes handicapées comme étant des personnes dépendantes ou des aberrations en perceptions positives des personnes handicapées comme étant des leaders et des représentants de

la diversité humaine en cassant les stéréotypes et les idées reçues.⁷²⁴ Les intellectuels déclarent que le plein exercice des droits des handicapés dépend des réformes « côté offre », comme les lois et les politiques mandatant que les agences publiques répondent aux personnes handicapées réclamant leurs droits et des réformes « côté demande » qui encouragent et soutiennent les personnes handicapées à exercer leurs droits.⁷²⁵ Les OPH peuvent être particulièrement importantes pour ces derniers en informant les handicapés sur les choix leur étant proposés, en construisant leurs capacités à travers des compétences d'auto-défense et en se défendant collectivement en leur nom quand il le faut pour assurer que leurs droits soient reconnus.

Il y a de plus en plus de preuves que les campagnes de sensibilisation du public réduisent efficacement la violence et les abus contre les femmes handicapées.⁷²⁶ Les OSC sont également parvenues à faire changer les croyances des parents d'enfants handicapés, qui peuvent agir comme des gardes, en limitant l'accès de leurs enfants à leurs droits, en particulier en ce qui concerne les DSSR et les services de prévention et d'intervention contre la VBG. Les campagnes de sensibilisation du public ayant réussi à promouvoir les droits des jeunes handicapés sont souvent celles mises en place par les OPH dirigées par des jeunes handicapés. C'est parce que les éducateurs et les sensibilisateurs les plus efficaces sont ceux rassemblant le plus le public cible, comme les jeunes leaders handicapés parlant aux jeunes handicapés et leurs familles et un public plus large à propos de la valeur inhérente et des contributions que les jeunes handicapés peuvent apporter aux communautés lorsqu'ils peuvent accéder aux mêmes droits et opportunités que les autres.

Les États peuvent jouer un rôle vital dans le soutien des OSC, comme les groupes de jeunes et les OPH, en sensibilisant et en éduquant leurs adhérents et d'autres personnes sur leurs droits et comment y accéder. Les pratiques d'État positives

incluent le rassemblement des sociétés civiles pour développer des outils et des campagnes d'éducation et de sensibilisation facilitant la

dissémination des connaissances et encourageant l'acceptation de nouveaux droits au niveau local ou dans des communautés spécifiques.

COLLABORATION IIDi EN URUGUAY : DIFFUSION DES INFORMATIONS À TRAVERS LE LANGAGE DES SIGNES⁷²⁷

Les États ont une obligation positive sous la CEFDF et la CDPH d'assurer la sensibilisation et l'accès égal des femmes et des filles et personnes handicapées aux informations, y compris les informations concernant les DSSR et la VBG. L'un des obstacles majeurs auxquels les personnes handicapées faisaient face en Uruguay était que les personnes atteintes de surdité étaient souvent exclues ou avaient un accès très limité aux activités de sensibilisation, comme les discussions sur le sexe. De plus, le langage des signes uruguayen avait un vocabulaire limité en ce qui concerne les concepts spécifiques des droits humains relatifs au sexe, y compris les droits reproductifs et le droit de vivre sans violence. Le langage devait également être développé en ce qui concerne les DSSR et la prévention et l'intervention contre la VBG. L'Uruguay, l'UNFPA et l'Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo (Institut inter-américain pour le handicap et le développement inclusif, iiDi) ont mis en place une stratégie pour éliminer cet obstacle spécifique.

L'iiDi est une organisation de la société civile uruguayenne représentant des personnes handicapées et promouvant la citoyenneté et l'inclusion sociale en utilisant les principes des droits de l'Homme et le développement inclusif pour œuvrer pour une « société pour tous ». L'iiDi a été reconnue par le gouvernement national uruguayen pour son travail avec les jeunes de la communauté des sourds en Uruguay. La majeure partie de ce travail a été faite en 2013, lorsque l'iiDi a organisé une série d'ateliers sur le sexe pour des jeunes atteints de surdité travaillant comme promoteurs de la santé volontaires dans le langage des signes uruguayen. L'atelier faisait partie de l'initiative We Decide! De l'UNFPA ou *Decimelo a mi!*, qui travaille avec les   tats pour promouvoir l'égalité des sexes et l'inclusion sociale des jeunes handicapés.

Les ateliers iiDi centrés autour des questions de sexe, comme le fait que les jeunes femmes et les filles ont des attentes sociales et des rôles différents de ceux des jeunes hommes et garçons et comment ces différences peuvent mener à une inégalité des sexes. L'un des thèmes majeurs était les comportements sexuels et l'effet de ces derniers sur l'exercice des DSSR des femmes et des filles et leur vulnérabilité face à la VBG. L'un des obstacles identifiés par les jeunes femmes et hommes atteints de problèmes de surdité qui participaient aux ateliers était qu'ils ne savaient pas comment communiquer avec les cliniciens sur certains sujets relatifs à la SSR, même lorsque des interprètes du langage des signes étaient présents. Parce que certains sujets, comme le planning familial et la VBG, sont tabous et que les informations les concernant ont toujours été inaccessibles à la communauté des sourds, le langage, ou vocabulaire des signes, les concernant n'a pas été suffisamment développé ni suffisamment connu des utilisateurs du langage des signes uruguayen. Les différents partenaires ont réalisé que ceci représentait un obstacle unique et ont travaillé avec des jeunes sourds pour développer de nouvelles ressources, y compris de nouveaux signes et contenus pour les disséminer.

Cet obstacle a également été identifié à d'autres endroits, y compris en Argentine et au Costa Rica. Par conséquent, un site web a été développé pour couvrir les questions de sexe, droits sexuels, idées reçues et diversité. Chacun de ces sujets est couvert à l'aide de vidéos de jeunes de la communauté locale des sourds parlant de différents sujets en utilisant le langage des signes uruguayen, argentin ou du Costa Rica.

Ce cas démontre que les États peuvent collaborer avec des OSC pour disséminer des informations et promouvoir la sensibilisation parmi les jeunes handicapés. Ceci démontre également l'importance de la garantie que les informations sont accessibles à tous par les États, y compris les personnes atteintes de problèmes auditifs ayant droit à des formes de communication accessibles.



DROITS DE SURVEILLANCE

L'efficacité des instruments des droits de l'Homme dépend souvent de la capacité des OSC à surveiller et à rendre compte sur la protection et la mise en œuvre des droits de l'Homme. Les OSC envoient régulièrement des « rapports parallèles » sur la

mise en œuvre des conventions internationales sur les droits de l'Homme par les États parties dans des organes de surveillance des droits, comme les Comités pour la CEFDF, la CDE, la CDPH et d'autres traités sur les droits de l'Homme. Les organisations de la société civile soumettent régulièrement des pétitions identifiant d'éventuelles violations des

droits et demandant des enquêtes internationales sur des incidents spécifiques. Ces rapports et pétitions forcent les États à prendre leurs responsabilités car ils représentent le point de vue des titulaires de droits et leurs expériences personnelles et collectives. Pour que le rôle des OSC dans la surveillance des droits soit pleinement efficace, les OSC impliquées dans le lancement de pétitions et la rédaction de rapports doivent refléter tous les groupes protégés par les droits de l'Homme. Les organisations générales pour les droits de l'Homme, les organisations non-gouvernementales pour les droits des femmes et les OPH cherchent de plus en plus à représenter les jeunes handicapés, en particulier les femmes et les filles, et à rédiger des rapports spécifiques sur les problèmes liés à la prévention et intervention contre la VBG dans ces processus. Les États jouent un rôle important dans ce processus en protégeant la liberté des OSC de collecter des informations sur les violations de droits potentielles, en fournissant des ressources pour que les OSC puissent rédiger leurs propres rapports et en répondant aux informations présentées et en mettant en place des actions correctrices.

Un rapport parallèle, parfois appelé « rapport alternatif » ou « rapport de la société civile », est un rapport rédigé par des organisations non-gouvernementales et envoyé à un organe de surveillance du traité sur les droits de l'Homme des Nations Unies. Par exemple, une organisation non-gouvernementale ayant connaissance de problèmes de discrimination sexuelle dans un État qui est un État membre de la CEFDF peut rédiger un rapport parallèle pour le Comité pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes toute comme n'importe quelle autre organisation non-gouvernementale ayant connaissance de discrimination sur un handicap dans un État membre de la CDPH peut rédiger un rapport parallèle pour le Comité pour la CDPH. Ces rapports permettent d'attirer efficacement l'attention et de demander l'élimination des violations ou des lacunes dans la mise en œuvre des conventions sur les droits de l'Homme.⁷²⁸ Il est important que les

organisations représentant des jeunes handicapés soient impliquées dans tous les processus de rapport parallèle et pas uniquement limités à la CDPH. Les rapports parallèles sont une alternative importante aux rapports gouvernementaux officiels d'un pays, que les États membres de conventions internationales sur les droits de l'Homme sont tenus de rédiger régulièrement sur leurs progrès dans la réponse à leurs obligations selon des conventions spécifiques, parce qu'elles sont créées par des ONG qui sont indépendantes des gouvernements. Un rapport parallèle fait connaître le point de vue ascendant de la société civile sur les droits de l'Homme en tant qu'alternative au point de vue descendant des États.⁷²⁹

En plus du droit général de rédaction de rapports par les OSC pour les organes de surveillance des droits de l'Homme, il existe également des Protocoles facultatifs pour les conventions sur les droits de l'Homme incluant le droit des citoyens de « communiquer » directement avec les NU. Les chercheurs en droits de l'Homme ont découvert qu'il y avait une forte baisse des abus des droits de l'Homme parmi les États membres ratifiant des protocoles facultatifs incluant le droit des citoyens de « communiquer » directement avec les NU, indiquant que le soutien des États de ce rôle de la société civile est l'un des moyens les plus efficaces de s'assurer que les États membres de conventions sur les droits de l'Homme répondent à leurs obligations.⁷³⁰ Cette découverte confirme les précédentes études qui indiquaient que les « systèmes de pétition . . . sont généralement considérés comme étant les moyens les plus efficaces pour protéger les droits de l'Homme »⁷³¹ et pour changer les pratiques d'un État.⁷³² La capacité des titulaires de droits à communiquer efficacement avec les NU dépend toutefois de la force de la société civile à défendre les gens en leur nom.⁷³³ Lorsque les OSC sont faibles, le droit de pétition et de communication n'est généralement pas utilisé, y compris dans les États membres de conventions et de protocoles facultatifs qui institutionnalisent les mécanismes de pétition.⁷³⁴

La collecte d'informations est souvent une fonction importante à laquelle les États et les OSC contribuent. Agenda 2030 a souligné l'importance de la collecte de données classées par âge, sexe, incidence de handicap et d'autres caractéristiques pour assurer qu'elles puissent être utilisées pour identifier et résoudre les inégalités. Bien que le gouvernement ait la responsabilité de collecter des données et de les rendre rapidement publiques, les OSC représentant des groupes marginalisés sont souvent les mieux placées pour collecter les données initiales en partenariat avec l'État à travers des sondages ou des méthodes qualitatives, comme des entrevues et des groupes ciblés. C'est parce que les OSC ont souvent les réseaux pour collecter les informations des groupes autrement isolés et, dans le cas des handicaps liés à la communication, de collecter les informations en utilisant des moyens accessibles comme l'interprétariat du langage des signes. La présentation de preuves d'inégalité est souvent un outil puissant utilisé par les OSC pour demander une action de l'État sur les problèmes des jeunes handicapés et pour que les gouvernements nationaux et locaux prennent leurs responsabilités. Les États devraient toutefois assumer la responsabilité de la collecte de données

pouvant être classées pour identifier les besoins et les inégalités. Ceci peut être fait par les États en développant leur capacité à solliciter des informations ainsi qu'en, dans les cas appropriés, soutenant les OSC en tant que partenaires.

Il est particulièrement important qu'il y ait une forte présence de la société civile représentant les jeunes handicapés, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes, impliquée dans la préparation et l'envoi de rapports parallèles, de pétitions et d'autres moyens de communication avec les organes de surveillance des droits humains. Dans de nombreux cas, il y a eu une forte augmentation du nombre d'OPH représentant des femmes et des filles dans les rapports alternatifs sur la CEFDF et la CDPH. Les organisations générales pour les droits humains internationales et nationales ont également commencé à surveiller et à rédiger des rapports sur les droits des jeunes handicapés. Cette plus grande implication et reconnaissance des expériences des jeunes handicapés dans la surveillance des droits de l'Homme a permis d'attirer davantage l'attention sur les problèmes relatifs à l'accès et à l'égalité des DSSR et aux services de prévention et d'intervention contre la VBG.



UTILISER LA CEFDF POUR PROMOUVOIR LES DROITS DES FEMMES ET DES FILLES HANDICAPÉES AU NIGERIA

Women Enabled International, l'Initiative de défense des femmes handicapées (Advocacy for Women with Disability Initiative), le Projet défense et assistance juridique (Legal Defence and Assistance Project) et Inclusive Friends Association se sont rassemblés pour remettre un rapport parallèle pour l'examen de l'État 2017 du Comité de la CEFDF du Nigeria. Ces quatre organisations représentent des organisations non-gouvernementales locales et internationales ainsi que des OPH et des organisations générales pour les droits de l'Homme. Plusieurs de ces organisations étaient en mesure de faire leur travail car elles bénéficiaient directement du soutien des États membres de la CDPH, qui oblige les États à inclure les OSC mettant en avant les droits des personnes handicapées à l'Article 32. Cette étude de cas démontre l'importance du soutien des États à l'inclusion des OPH représentant des femmes et jeunes et adolescents dans la surveillance de tous les engagements pour les droits de l'Homme à travers le processus de rapport parallèle. Bien qu'il soit commun pour

les OPH de rédiger des rapports sur la mise en application de la CDPH par les États membres, cette étude de cas démontre pourquoi le soutien des États de la participation des OPH dans la soumission de rapports sur la mise en application de la CEFDF par les États membres et d'autres conventions sur les droits humains est important.

Le rapport parallèle cite directement la Recommandation générale 18 de la CEFDF, qui exige des États membres de la CEFDF qu'ils mettent en place des mesures spéciales pour garantir que les droits des femmes et filles handicapées soient respectés, protégés et exercés. Le rapport est conçu pour examiner la législation nigérienne et les politiques concernant les femmes, le handicap, la VBG, l'accès aux services de santé et l'accès à la justice. Il met en outre en exergue l'insuffisance de langage spécifique garantissant les droits des femmes et des filles handicapées dans la Politique nationale nigérienne sur les sexes (2006) et le Projet de loi sur l'égalité des chances (2011). Le rapport se concentre plus particulièrement sur l'insuffisance de mesures spéciales prises pour protéger les femmes et filles handicapées de procédures de santé reproductive forcées affectant de manière disproportionnée les personnes handicapées, comme la stérilisation forcée et l'insuffisance de mandats spécifiques pour l'accessibilité et l'accommodation raisonnable pour les services DSSR. Le rapport collecte les informations disponibles sur les besoins DSSR des personnes handicapées au Nigeria, y compris le risque disproportionné que les femmes et les jeunes handicapés partagent quant au VIH / SIDA et la VBG et le besoin d'une nouvelle législation et de la mise en œuvre d'une meilleure politique pour y répondre.

Le rapport parallèle se termine par des questions suggérées que le Comité de la CEFDF pourrait poser ou des recommandations qu'il pourrait faire au représentant du Nigeria à la CEFDF pendant la Session 2017 du Comité. Les questions suggérées incluaient celles concernant l'inclusion du handicap dans la Loi de 2015 sur les violences contre les femmes et les informations sur la sexualité et la reproduction des services de santé. Les recommandations incluaient des changements et des amendements spécifiques à la législation existante pour garantir des mesures spéciales assurant l'égalité des personnes handicapées quant à l'accès à la justice dans les poursuites contre la VBG, l'inclusion dans les programmes VIH et autres. La plupart de ses questions et recommandations ont été incorporées dans le rapport du Comité de la CEFDF au Nigeria et n'étant pas actuellement prises en compte par le gouvernement nigérien.⁷³⁵

Bien que le rapport parallèle attire l'attention sur les défauts au Nigeria concernant la mise en œuvre de la CEFDF concernant les droits des personnes handicapées, la production du rapport lui-même met en exergue la force de la société civile nigérienne. Une récente étude sur les relations entre l'État et la société civile au Nigeria a caractérisé la société civile comme continuant de « fleurir depuis la création de la règle démocratique [depuis 1999] » et indique qu'il y a plus de 46 000 organisations non-gouvernementales enregistrées au Nigeria depuis 2009.⁷³⁶ Un environnement civique ouvert et une société civile libre sont souvent une condition préalable à la collecte d'informations et la remise de rapports parallèles par les OSC, comme Women Enabled International et ses partenaires locaux au Nigeria. En ce qui concerne les pratiques positives de l'État, le gouvernement du Nigeria a créé un environnement dans lequel les OSC ont fleuri, y compris les organisations représentant des jeunes femmes et filles handicapées.



SOUTIEN ET SERVICES SOCIAUX

En plus de sensibiliser, de surveiller et de donner voix au chapitre sur les droits de l'Homme, les OSC apportent également un soutien social et fournissent des services. Les associations de base locales sont souvent en première ligne pour mettre les personnes dans le besoin en contact avec d'autres qui pourront les aider en leur fournissant les ressources informatives, matérielles et émotionnelles dont elles ont besoin. Dans les pays ayant peu de moyens, les organisations non-gouvernementales nationales et internationales fournissent de nombreux services de base, y compris les DSSR et des services de prévention et d'intervention contre la VBG. Dans de nombreux aspects de la protection et de la promotion des DSSR, il est pratique et préférable que l'État collabore avec les OSC ayant une expérience et des relations avec des personnes et de groupes de personnes handicapées spécifiques. L'État a, toutefois, toujours le devoir de protéger et de garantir l'accès à ces droits, y compris lorsque les États y parviennent en soutenant les services fournis par les OSC, le cas échéant. Cela signifie que les États sont tenus d'assurer que les services fournis par des prestataires du gouvernement et non-gouvernementaux soient accessibles et inclusifs, y compris ceux liés aux DSSR et à la prévention et intervention contre la VBG aux jeunes handicapés.

De nombreuses OSC représentant des groupes marginalisés, comme des adolescents et des jeunes, des femmes et des filles et des personnes handicapées, n'ont pas les ressources humaines ou les locaux suffisants pour fournir tous les services liés aux DSSR et à la prévention et intervention contre la VBG, mais s'engagent dans des activités traitant directement ou indirectement ces problèmes. Premièrement, les OSC éduquent les membres de la communauté sur leurs droits et les redirigent vers des prestataires de services, parfois en agissant en tant qu'avocats et chargés de dossier pour aider les gens à parcourir les services et systèmes. Les organisations de la société civile

collaborent souvent avec des fournisseurs de services pour les former à l'inclusion du handicap afin que s'assurer que lorsque des personnes handicapées leur sont recommandées, l'État soit en mesure de complètement répondre. Par exemple, United Nations Trust Fund to End Violence Against Women a collaboré avec Leonard Cheshire Disability Zimbabwe Trust pour soutenir les femmes et les filles handicapées ayant subi des violences et pour collaborer et former la police et le système de tribunal du Zimbabwe dans l'accès et l'inclusion du handicap.⁷³⁷ De nombreux États institutionnalisent leurs relations avec les OSC en tant que défenseurs parmi les prestataires de services pour former mais aussi pour être sur le terrain en tant que défenseurs des personnes handicapées afin d'assurer que les agences gouvernementales puissent intervenir.

L'un des principaux services que les OSC fournissent en collaboration avec l'État est la facilitation de la communication et la prise de décisions assistées. Ceci est particulièrement important pour les jeunes atteints de handicaps intellectuels et psychosociaux faisant des choix concernant leurs DSSR. Dans la CDPH, des articles spécifiques obligent les États membres à prendre des mesures appropriées pour fournir un accès égal aux personnes handicapées à tous les services publics et à la justice, y compris l'Article 12, qui exige que les États fournissent aux handicapés l'aide dont ils ont besoin pour exercer leur capacité juridique. La prise de décisions assistée est essentielle dans la protection des femmes et filles handicapées contre la coercition lorsqu'elles prennent des décisions à propos de leur SSR. La stérilisation forcée et l'avortement forcé, par exemple, peut être le résultat de pressions sur des femmes et filles handicapées à consentir à certaines procédures sans avoir eu la liberté et la compréhension nécessaires pour pleinement exercer leur droit de prendre des décisions à propos de leur corps. L'accès à la justice pour dénoncer des violences et des abus dépend des aides dont les personnes handicapées disposent pour communiquer avec les autorités judiciaires et se représenter au tribunal. Dans de nombreux

pays, l'autorité de prise de décisions pour les personnes handicapées a toujours été retirée aux personnes atteintes de handicaps, comme des déficiences intellectuelles ou psychosociales, et confiée à des tuteurs légaux, comme les parents, ou conservée par les professionnels de la santé, y compris le personnel d'institutions, comme des hôpitaux d'État ou des orphelinats. Ceci peut être particulièrement problématique en ce qui concerne les DSSR et les services de prévention et d'intervention contre le VBG, car certains parents et prestataires de services de santé peuvent avoir des croyances sociales négatives sur les personnes handicapées sur le fait qu'elles sont des êtres

sexués ou, dans certains cas, peuvent être eux-mêmes les responsables. Les organisations de la société civile, qui par définition se positionnent en-dehors de l'État et de l'économie, sont souvent les mieux placées pour faciliter les services de prise de décisions assistée et pour s'assurer que leurs aides représentent pleinement l'individu qu'elles soutiennent et sont pleinement indépendantes. La collaboration des États avec les OSC pour fournir des services de prise de décisions assistée le cas échéant est une approche prometteuse pour garantir que les jeunes atteints de déficiences intellectuelles ou psychosociales puissent accéder à leurs droits.



PRISE DE DÉCISIONS ASSISTÉE EN AUSTRALIE

La CDPH permet aux personnes handicapées de prendre leurs propres décisions plutôt que de laisser des tuteurs exercer ce droit à leur place. Pour les personnes atteintes de certains handicaps, l'État est obligé de s'assurer qu'elles disposent des ressources et des soutiens nécessaires à la prise de décisions, comme les mal-entendants qui doivent bénéficier d'un service d'interprétariat du langage des signes ou les personnes atteintes de déficiences intellectuelles et psychosociales qui doivent bénéficier de l'aide d'une personne qui leur explique complètement et s'assurer qu'elles comprennent les choix dont elles disposent et puissent complètement exprimer ces décisions aux autorités pertinentes. La facilitation de la prise de décisions pour les groupes susmentionnés a été particulièrement difficile pour les États parce que la prise de décisions assistée est un concept relativement nouveau et parce que les agences de l'État manquent souvent d'expérience, de connaissances et de relations personnelles avec les personnes pour efficacement garantir leur liberté de choix.

Certains États ont choisi de se reposer sur des réseaux sociaux de personnes handicapées, comme des amis et des proches, pour les aider à prendre des décisions. Cette politique a toutefois rencontré les mêmes problèmes que la tutelle. D'autres États ont cherché à répondre à leur obligation envers la CDPH et le soutien des droits des handicapés en travaillant avec les OSC ayant les connaissances, l'expérience et les relations nécessaires pour exercer les droits des handicapés lors de la prise de décisions, y compris les choix concernant les DSSR. Une pratique émergente positive a été le partenariat des États membres de la CDPH avec les OSC qui sont les défenseurs des droits des personnes atteintes de déficiences intellectuelles et psychosociales pour agir en tant que prestataires de services de prise de décisions assistée.

Suite à l'adoption de la CRPD, l'Australie a commencé à réévaluer ses lois sur la tutelle, la curatelle et la santé mentale car la plupart de ces lois et politiques étaient des obstacles potentiels aux droits des personnes atteintes de déficiences intellectuelles et psychosociales de prendre leurs propres décisions. En 2014, la Commission de réforme de la loi australienne a publié un rapport intitulé *Égalité, capacité et handicap dans les lois des Commonwealth*, qui incluait les principes de facilitation de la prise de décisions assistée. Par la suite, différentes OPH et autres OSC ont développé des lignes directrices détaillées et d'autres ressources indiquant comment les principes de prise de décisions assistée pouvaient être mis en pratique. Alors que les États australiens suivaient différents modèles de prise de décisions assistée sur le terrain, la collaboration avec la société civile s'est avérée être une pratique positive dans laquelle le droit à la prise de décisions assistée peut être exercé.

L'État du Victoria a été le premier défenseur de cette approche en 2014, lorsque l'Office of the Public Advocate de Victoria a lancé un projet pilote de formation et de mise en relation de bénévoles avec des personnes atteintes de déficiences intellectuelles qui avaient besoin d'aide dans la prise de décisions. En 2016, cette initiative de projet pilote a été institutionnalisée en tant que partenariat entre l'Office of the Public Advocate et la Victorian Advocacy League for People with Intellectual Disabilities (VALID) et d'autres organisations de la société civile et ministères de l'État. La VALID est une organisation de défense ayant développé des outils de formation, des informations et des ressources pour aider à l'émancipation des personnes handicapées. Ceci inclut des ateliers et d'autres aides pour les personnes atteintes de déficiences intellectuelles pour qu'elles puissent se défendre ainsi que des formations pour les fournisseurs de services et les bénévoles pour aider les handicapés eux-mêmes, y compris la facilitation de la prise de décisions assistée. Le rôle de la VALID dans son partenariat avec l'État du Victoria est de coordonner, former et surveiller les bénévoles pour s'assurer qu'ils comprennent et sont suffisamment compétents pour aider à la prise de décisions lorsqu'ils identifient et reconnaissent, interprètent et agissent sur les choix exprimés par les personnes avec lesquelles ils ont été mis en contact.

Le gouvernement du Victoria soutient également d'autres OSC essentielles à l'émancipation des jeunes handicapés. Ceci inclut le Family Planning Victoria, qui est une OSC indépendante qui promeut les services de SSR, l'éducation et la défense. Le Family Planning Victoria est en partie fondé par le gouvernement et fournit des services en particulier aux personnes atteintes de déficiences cognitives, y compris des cours sur les relations et la prise de décisions sur le sexe. Le Family Planning Victoria propose également des cours aux prestataires de services, soignants et autres professionnels travaillant avec des personnes atteintes de déficiences cognitives concernant leurs DSSR et les obligations d'assurer que la prise de décisions assistée est conforme.

En travaillant avec les OSC, les États peuvent assurer que le conseiller est indépendant de l'État et de la famille de la personne handicapée prenant les décisions et, en tant que tel, est le mieux placé pour garantir la liberté d'expression de cette personne. En affectant et faisant appel à des OSC pour faciliter ces décisions, les États peuvent assurer plus efficacement l'indépendance et les droits des personnes atteintes de déficiences intellectuelles et psychosociales dans la prise de décisions concernant leur corps.⁷³⁸

Les OSC, y compris les organisations pour la jeunesse, les organisations pour les femmes et les OPH abordent les problèmes de DSSR et de VBG en organisant des groupes de soutien, qui jouent un rôle essentiel dans l'aide aux participants ayant subi un traumatisme lié à la discrimination et à la violence dans le développement de la confiance et de capacités de faire face à des situations dans lesquelles leurs droits ont été violés et à demander les services auxquels elles ont légalement droit. Les études sur les groupes de soutien sociaux aux handicapés prouvent le rôle important joué par ces organisations. Par exemple, un rapport récent sur les groupes de soutien pour les jeunes femmes handicapées a conclu qu'ils étaient essentiels au développement de ressources émotionnelles par ces jeunes femmes pour « faire face aux messages d'exclusion du monde extérieur » et s'affirmer en tant qu'individus indépendants et titulaires de droits.⁷³⁹ Les groupes de soutien aux survivants de violences se sont avérés eux aussi essentiels dans le bien-être des personnes affectées. UN Women identifie les groupes de soutien comme étant une part de l'Ensemble de services essentiels pour les femmes et les filles soumises à un modèle de violence des Soins pour les survivants de VBG et comme un service essentiel aux services de santé que les États doivent soutenir.⁷⁴⁰ Le principe essentiel de tous les groupes de soutien est qu'ils ne font aucune discrimination. Les États sont tenus de s'assurer que tous les groupes de soutien qu'ils aident, que ce soit en s'organisant eux-mêmes ou en tant que partenaires de la société civile, incluent tout sexe, âge et handicap.

Pour finir, les OSC, en particulier les organisations pour l'émancipation des femmes et les OPH, abordent indirectement les DSSR et la VBG en organisant des formations professionnelles et des activités générant des revenus qui réduisent le risque que leurs membres adoptent des pratiques sexuelles dangereuses et accordent leur confiance et moyens financiers pour accéder à différents services. Les jeunes handicapés et les femmes et filles handicapées sont disproportionnellement pauvres,

pas seulement en comparaison avec la population générale mais aussi comparé aux handicapés plus âgés. Les facteurs contribuant à cette marginalisation économique incluent l'exclusion des opportunités de formation scolaire et professionnelle, le rejet par les employeurs sur le marché du travail et la discrimination par les projets et organisations de développement économique, comme des subventions et des programmes de micro-crédit. Dans de nombreux pays, les OPH collaborent avec des organisations de micro-finance et d'autres pour intégrer les personnes handicapées dans leurs formations et pratiques de prêt. Par exemple, au Ghana, la Ghana Blind Union travaille actuellement avec des banques rurales pour intégrer les jeunes et les femmes atteintes de troubles de la vision dans leur personnel et portefeuille de prêts.⁷⁴¹ Tous les États membres de la CRPD, y compris ceux fournissant une aide étrangère, sont tenus de s'assurer que tous les programmes de développement internationaux incluent les handicapés.

/// III. OBSTACLES ET CONSEILLERS

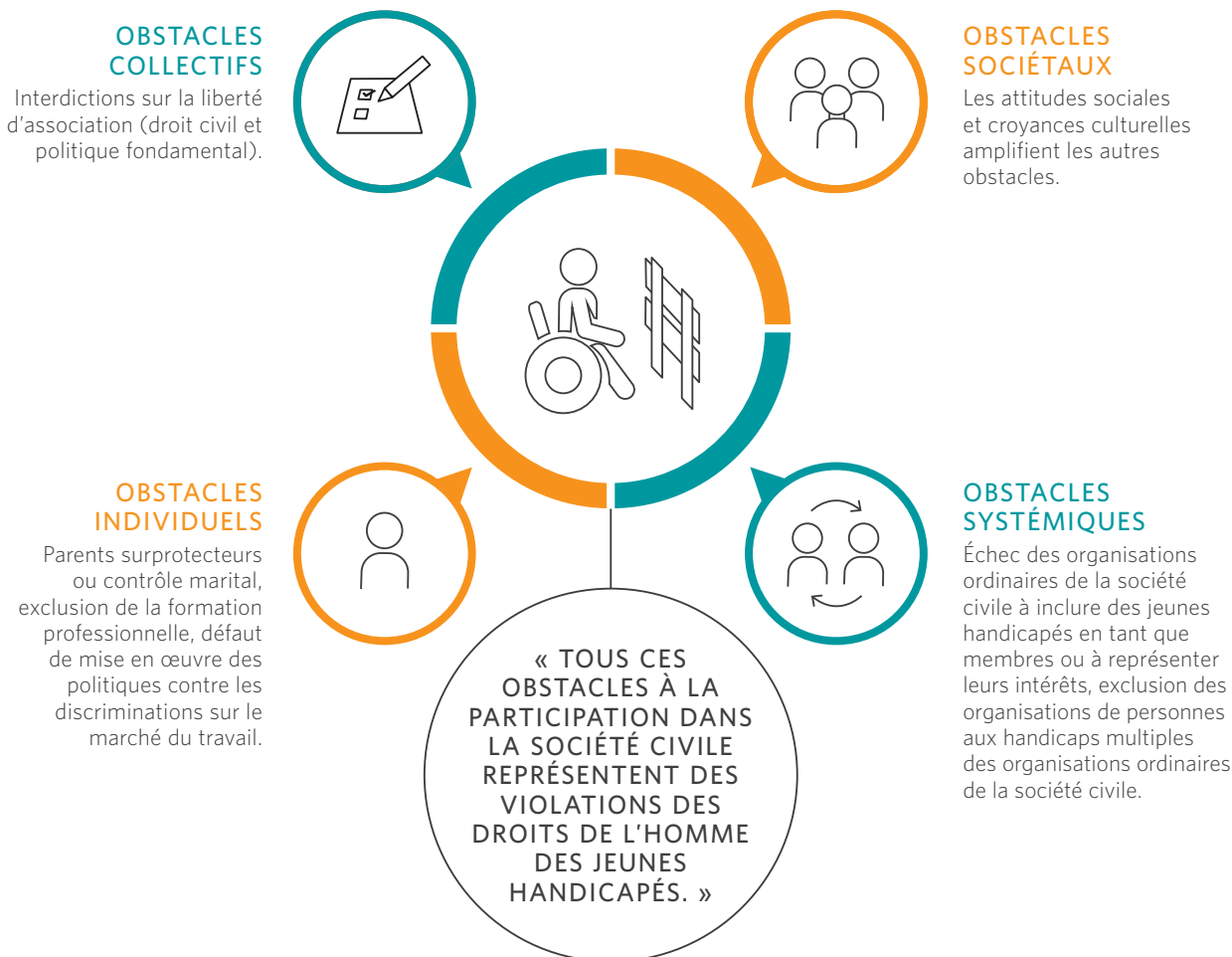
Il est du devoir de l'État d'assurer que les acteurs de la société civile profitent de leurs droits à un environnement politique et public favorable, un cadre réglementaire d'accompagnement, la libre circulation des informations, un soutien et des ressources sur le long terme et des espaces partagés pour le dialogue et la collaboration.⁷⁴² Dans de nombreux cas, toutefois, les OSC ne profitent pas de ces libertés et, dans certains contextes, sont activement réprimées et soumises à la violence de l'État. Les sociétés civiles représentant des jeunes handicapés font également face à d'autres obstacles à la participation publique car ces derniers sont catalogués comme jeunes handicapés, souvent plus isolés socialement et moins susceptibles d'être employés que les handicapés plus âgés. Non seulement les États pénalisent certains groupes, mais la société elle-même les pénalise. De plus, les comportements sociaux et les croyances culturelles

peuvent imposer des difficultés supplémentaires aux jeunes handicapés, en particulier aux femmes et filles, à participer à des OSC car elles font face à davantage d'obstacles au niveau individuel, comme des parents surprotecteurs ou le contrôle marital, ou à des obstacles plus systémiques, comme des organisations générales de la société civile, y compris des OPH, refusant de les prendre pour membres ou de représenter leurs intérêts. Les personnes issues de groupes de handicaps particuliers peuvent également faire face à des obstacles à la participation

à la société civile, y compris des OPH pour les handicaps croisés les excluant de leurs rangs.

Tous ces obstacles à la participation à la société civile représentent des violations des droits humains des jeunes handicapés. Les obstacles individuels, comme la pauvreté découlant de l'exclusion des formations professionnelles ou de l'échec de l'État à appliquer la lutte contre la discrimination sur le marché du travail, représentent des échecs de leurs droits à une éducation inclusive et à un travail décent.

OBSTACLES RENCONTRÉS PAR LES JEUNES HANDICAPÉS LORS DE LEUR PARTICIPATION À LA SOCIÉTÉ CIVILE



Remarque : Une version textuelle de ce graphique est disponible en [annexe](#).

Les obstacles collectifs, comme les interdictions sur la liberté d'association, représentent des échecs des États à protéger les droits politiques et civils les plus basiques. Étant donné que tous les droits de l'Homme sont liés, tout refus de droits individuels ou collectifs affecte la capacité des jeunes handicapés à participer à la société civile et à exercer et accéder aux DSSR et à vivre une vie sans violence. Le droit global que les gens obtiennent à travers la société civile est de s'exprimer et d'influencer les processus de prise de décisions. Le droit global que les gens obtiennent à travers la société civile est de s'exprimer et d'influencer les processus de prise de décisions. Sans une société civile forte représentant les jeunes handicapés, leurs besoins, intérêts et droits ne deviendront pas une priorité.

L'État, y compris les ministères nationaux aux autorités locales au niveau des villages ou municipal, peut jouer un rôle central dans l'élimination des obstacles individuels et collectifs à la population civique. Il est dans l'intérêt et de la responsabilité de l'État d'assurer que tous les citoyens puissent être des membres actifs d'OSC et que ces organisations puissent communiquer avec l'État concernant les droits de l'Homme des citoyens. En ce qui concerne les DSSR et la prévention et intervention contre la VBG, il est essentiel que tous les obstacles auxquels les jeunes handicapés font face dans leur participation aux organisations pour la jeunesse, les organisations pour les femmes et les OPH sont éliminés afin qu'ils puissent travailler ensemble pour conseiller sur les lois, les politiques et les programmes et suivre leur mise en œuvre. Il est également important que les OSC, le cas échéant, participent à la sensibilisation, dissémination des informations et fourniture d'une assistance sociale et de services.

De nombreuses protections et soutiens pour la société civile existent au sein du système des Nations Unies, y compris dans les nombreux instruments des droits de l'Homme internationaux. La CEFDF et la CDE donnent des lignes directrices sur la manière dont les États peuvent soutenir et collaborer avec la société civile. La CDPH ne va,

toutefois, pas au-delà des instruments des droits de l'Homme susmentionnés en fournissant le plan le plus avancé sur la manière dont les États membres peuvent assurer que les handicapés participent à la société civile et, par conséquent, peuvent s'exprimer sur la manière dont ils profitent et accèdent aux DSSR et à une vie sans violence.

PROTECTION ET MUTISME

Les États sont les plus à même de déterminer si les personnes peuvent se rassembler pour organiser et établir des organisations ou si elles ne peuvent pas participer au débat public. Les États peuvent représenter des obstacles majeurs ou apporter leur soutien aux personnes désireuses de créer, d'enregistrer, de gérer et de financer leurs propres OSC⁷⁴³ et peuvent affecter la capacité de ces organisations à communiquer leurs intérêts à l'État et au public. Les gouvernements déterminent directement les procédures et les exigences relatives à l'enregistrement initial et au renouvellement constant des organisations, ils sont par conséquent responsables de la détermination du degré de complexité, de coût, voir même d'imprévisibilité des processus d'enregistrement et de renouvellement pour les citoyens désireux de se représenter eux-mêmes au sein de la société civile.⁷⁴⁴ Les États déterminent également *qui* peut établir une organisation de la société civile, un droit parfois limité pour les groupes minoritaires, en particulier à travers la législation anti-terrorisme qui cible des minorités religieuses ou ethniques.⁷⁴⁵ Dans d'autres contextes, les personnes de la communauté LGBTQI et les femmes et filles, deux groupes particulièrement importants dans les progrès dans les DSSR et les services de prévention et d'intervention contre la VBG, n'ont pas le droit de créer des organisations.⁷⁴⁶ Pour tous les groupes marginalisés, y compris les jeunes handicapés, les processus d'enregistrement nécessitant un temps et des ressources considérables peuvent représenter des défis qui rendent extrêmement difficile voire impossible d'enregistrer une nouvelle organisation ou d'en renouveler une. Les États peuvent faciliter

la participation de la société civile en fournissant un processus d'enregistrement et de renouvellement claire, simple, peu coûteux et efficace.

L'autre ensemble significatif d'obstacles auxquels les OSC font face sont les limites sur leur capacité à se rassembler librement, à mise en œuvre des activités, à communiquer avec l'État ou des organisations internationales et à se voir accorder des subventions, en particulier de sources étrangères. Depuis quelques années, les inquiétudes montent à propos du « rétrécissement » ou « fermeture de l'espace civique » dans certains États cherchant à réprimer les OSC et à les censurer, parfois en usant de violence.⁷⁴⁷ Ces obstacles sont non seulement des violations des droits de l'Homme, mais sont également contre-productives pour les développements et la stabilité politique et sociale des États parce que les OSC sont souvent essentielles à l'aide de l'État à identifier et comprendre les problèmes sociaux, en développant des bonnes lois et politiques pour les résoudre et en mettant efficacement en œuvre de nouveaux programmes. Les jeunes handicapés exerçant leur droit de publiquement communiquer avec l'État mèneront non seulement à leur développement en tant qu'individus, mais leur pleine participation à la société civile promouvra le développement de tous les membres de leurs communautés nationales et locales.

Comme les histoires des mouvements pour les femmes et les handicapés du monde entier nous le disent, il est important que les membres des groupes historiquement exclus soient ceux qui aident au développement et à la surveillance des lois et des politiques qui les affectent directement. En conséquence, une norme internationale se développe et de plus en plus d'obligations légales imposent aux États d'institutionnaliser un rôle pour les OSC représentant des femmes, des handicapés et d'autres personnes dans la création de politiques et la gouvernance.

Le droit des OSC représentant des jeunes handicapés n'est pas reconnu parmi les droits de

l'Homme internationaux seulement maintenant. Les libertés d'association et de rassemblement pacifique de base ont été accordées à toutes les personnes, y compris les jeunes, femmes et filles, et les personnes handicapées dans les documents de base du système des Nations Unies. Malgré cette longue histoire du droit de participation à la société civile, certains groupes étaient quand même marginalisés par l'État et d'autres acteurs de la société civile. En conséquence, le droit à la participation civique est de plus en plus défini dans les instruments internationaux relatifs aux groupes historiquement marginalisés et de nouvelles obligations positives des États membres de ces instruments ont été développées pour s'assurer que toutes les voix soient entendues, incluses et soutenues au sein de la société civile ainsi que sa participation à la création et mise en œuvre de politiques.

L'Article 20 de la Déclaration des droits de l'Homme (1948) établit que les gens disposent d'un droit de « rassemblement pacifique et d'association », un droit réitéré dans l'Article 22 de la Convention internationale des droits civils et politiques (1966). Malgré ces provisions importantes, certains groupes, y compris les femmes et filles, les enfants et les personnes handicapées, ont historiquement été marginalisés de la pleine participation à la société civile. En conséquence, d'autres instruments des droits humains ont précisé le droit à des groupes spécifiques de participer à la société civile. L'Article 7(c) de la CEFDF (1979) établit que les femmes disposent du même droit de « participer à des organisations non-gouvernementales et à des associations relatives à la vie publique et politique d'un pays », l'Article 15 de la CDE (1989) reconnaît le « droit de l'enfant à la liberté d'association et de rassemblement pacifique », et l'Article 29(b i) de la CDPH (2006) oblige les États à encourager les personnes handicapées à participer à des « organisations et associations non-gouvernementales ». La CDPH va toutefois plus loin que la CEFDF, la CDE ou d'autres instruments des droits de l'Homme internationaux à ce jour.

Les mouvements pour les handicapés partout dans le monde ont démontré que pour que les droits humains des handicapés soient reconnus, les handicapés doivent non seulement disposer du droit de participer à la société civile en général, mais doivent disposer du droit spécifique de créer leurs propres organisations en tant que personnes handicapées, dans lesquelles ils peuvent se rassembler pour parler de leurs expériences de discrimination dans un monde fondé sur la condition physique et développer leur propre voix collective en tant que personnes handicapées pour se défendre plutôt que de dépendre de personnes sans handicaps pour les défendre. De ce fait, l'Article 29 de la CDPH sur la Participation à la vie publique et politique oblige les États membres à encourager les personnes handicapées à « créer et intégrer des OPH pour représenter des personnes handicapées aux niveaux internationaux, régionaux, nationaux et locaux ». En plus d'encourager le développement de OPH, la CDPH va plus loin en incluant des « provisions révolutionnaires » et⁷⁴⁸ innovantes concernant le rôle spécifique que les OPH peuvent jouer dans la définition et la mise en œuvre de leurs droits que les États membres doivent reconnaître. Ces rôles incluent les OPH en tant que conseillers sur la législation et la création de politiques et surveille la mise en œuvre de leurs droits (Articles 4 et 33).

L'Article 4.3 de la CDPH sur les Obligations générales établit, « Dans le développement et la mise en œuvre de la législation et des politiques pour mettre en œuvre la présente Convention et dans des processus de prise de décisions concernant les problèmes relatifs aux personnes handicapées, les États membres travailler en étroite collaboration et activement impliquer les personnes handicapées, y compris les enfants handicapés, à travers leurs organisations représentantes. ». L'Article 33 sur la « Mise en œuvre et surveillance nationales » met également en exergue le rôle spécifique des OPH en créant l'obligation légale positive que les États membres

donne un rôle à la société civile, établissant que : « La société civile, en particulier les personnes handicapées et leurs organisations représentantes, seront impliquées et participeront pleinement au processus de surveillance » de la CDPH. Ces articles de la CDPH signifient que les obligations des États membres vont au-delà de la simple autorisation aux personnes handicapées de créer des OSC et de s'exprimer, le droit d'association et de rassemblement pacifique, mais doivent également impliquer activement les OPH dans la formulation, la mise en œuvre et la surveillance des lois et des politiques protégeant et promouvant les droits des personnes handicapées. En ce qui concerne l'équité pour les jeunes handicapés dans l'accès et l'inclusion dans les DSSR et les services de prévention et d'intervention contre la VBG, cela signifie qu'ils doivent être représentés par les OPH et d'autres acteurs de la société civile afin de garantir leur participation dans les processus de création et de mise en œuvre de politiques pertinents.

En plus de la CDPH elle-même, le Protocole facultatif à la CDPH, qui a été très largement adopté, inclut le droit direct des personnes handicapées à communiquer avec le Comité national uni pour la CDPH et d'enregistrer des violations de la CDPH contre leurs États. L'Article 1 du Protocole facultatif établit : « Un État membre du présent Protocole reconnaît la compétence du Comité sur les droits des personnes handicapées à recevoir et envisager des communications de ou au nom d'individus ou groupes d'individus soumis à la juridiction de la personne déclarant être victime d'une violation par l'État membre des provisions de la Convention. » Le droit de communiquer est l'un des moyens les plus efficaces pour assurer que les États membres répondent à leurs obligations,⁷⁴⁹ mais il nécessite également souvent la présence d'une société civile forte pouvant soutenir les personnes dans la soumission de rapports de violations au Comité ou pouvant soumettre un rapport et communiquer en leur nom.⁷⁵⁰

CONFÉRENCES NATIONALES DU BRÉSIL SUR LES DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES : PRATIQUE D'ÉTAT POSITIVE EN COLLABORATION AVEC LA SOCIÉTÉ CIVILE

La Conférence nationale du Brésil sur les droits des personnes handicapées (Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência) démontre une pratique positive en rassemblant des représentants de l'État et de la société civile pour débattre, évaluer et concevoir des politiques publiques traitant les droits des personnes handicapées.⁷⁵¹ De cette façon les États peuvent donner plus de moyens aux OPH en les intégrant complètement dans le processus de création de politiques, en suivant l'obligation des États membres de l'Article 4.3 de la CDPH de « travailler en étroite collaboration et d'impliquer activement les personnes handicapées » dans le développement et la mise en œuvre de la législation, des politiques et d'autres processus concernant directement les personnes handicapées. Il s'agit également d'un forum dans lequel les priorités des jeunes handicapés, en particulier les femmes et les adolescentes, peuvent aborder les problèmes qui les concernent le plus. Marineia Corsara de Resende, professeur à l'Université fédérale d'Uberlandia, démontre pourquoi il est important que les expériences personnelles des femmes handicapées soient exprimées et utilisées pour identifier les obstacles, les opportunités et les priorités directement liées aux DSSR :

« Je travaille, j'ai des rendez-vous amoureux, j'ai des petits amis, je ne suis plus mariée mais j'ai été mariée. Donc, je veux que les autres personnes handicapées bénéficient du même accès que moi. Je suis allée à l'université, j'ai fait des études pour pouvoir vivre la vie que j'ai choisi. Mais la plupart des personnes handicapées n'ont pas cette chance. ».

, Marineia de Crosara de Resende, Federal University of Uberlandia, Brésil

Grâce à la participation des femmes handicapées, comme le Professeur de Resende, les DSSR et l'élimination de la VBG sont devenus un sujet central dans les débats pendant les conférences nationales. Le Brésil est important, car de nombreuses femmes handicapées y sont devenues fondatrices ou deviennent des leaders de OPH, y compris Núcleo de Integração de Deficientes (Centre pour l'intégration des handicapés), qui était l'une des premières OPH du Brésil et l'un des défenseurs les plus importants pour les droits des femmes handicapées de nos jours, y compris à travers sa participation aux conférences nationales.

À ce jour, le Brésil a organisé quatre conférences nationales. Pendant la première conférence nationale de 2006, les OPH et les ministères du gouvernement se sont rassemblés autour du thème de l'accessibilité. C'est pendant cette conférence que les femmes handicapées ont commencé à faire pression pour une meilleure accessibilité aux établissements de santé.⁷⁵² Lors de la seconde Conférence nationale de 2008, les OPH représentant des femmes handicapées sont devenues de plus en plus actives et sont devenues des leaders en ce qui concerne l'adoption de résolutions qui exhortaient explicitement de meilleures politiques d'inclusion des handicapés pour les soins maternels et néonataux, des campagnes éducatives et de sensibilisation sur les DSSR et un système d'information sur la santé plus complet pour les personnes handicapées.⁷⁵³ Ces thèmes abordés à la troisième Conférence nationale de 2013, y compris l'adoption de la Résolution 26, qui exhortait à une action plus importante dans la mise en œuvre de politiques publiques qui garantissent les DSSR aux

personnes handicapées aux niveaux municipaux et de l'État, y compris un meilleur accès aux services de santé reproductrice et sexuelle, y compris le planning familial, les soins prénatals et maternels et des programmes de sensibilisation aux DSSR pour les personnes handicapées, leurs familles et les soignants.⁷⁵⁴ Pour finir, pendant la quatrième et dernière Conférence nationale de 2015, la conférence elle-même s'organisait autour de thèmes intrinsèques comme le genre, la race, l'ethnie, la diversité sexuelle et générationnelle.⁷⁵⁵

Les conférences nationales ont toujours entraîné la création de nouvelles politiques. La politique la plus importante est peut-être le Plan national pour les droits des personnes handicapées : « Vivre sans limites », qui était le résultat de la première et de la deuxième conférence nationale. Vivre sans limites traite directement les DSSR et la VBG de différentes manières, y compris des politiques importantes pour l'expansion des soins maternels et reproducteurs pour les femmes. Elle exhortait également le gouvernement à prendre ses responsabilités, entraînant l'allocation par le Brésil de 7,6 milliards de Real (2,4 milliards de dollars américains) pour la mise en œuvre de Vivre sans limites et l'indication des responsabilités de sa mise en œuvre aux 15 agences fédérales.⁷⁵⁶

Les conférences nationales reflètent une plateforme efficace d'inclusion et de don d'une agence politique aux OPH et personnes handicapées au niveau national pour parler directement avec le gouvernement pour exhorter à la responsabilité, à une législation inclusive et à des réponses du gouvernement efficaces pour mieux répondre aux besoins et aspirations de tous les citoyens.

CAPACITÉ ORGANISATIONNELLE ET ACCÈS AUX RESSOURCES

Les jeunes handicapés, comme toutes les personnes handicapées, sont souvent très pauvres, ont moins accès à l'éducation, et sont plus isolés socialement que leurs homologues.⁷⁵⁷ Les OPH peuvent jouer un rôle essentiel dans la résolution de ces problèmes en mettant les jeunes handicapés en contact avec des leaders de communautés et d'autres handicapés pouvant leur servir de modèles. En facilitant les nouvelles relations et les interactions existantes entre les personnes handicapées, les OPH permettent à leurs membres de s'émanciper, en transmettant de nouvelles connaissances et compétences et une nouvelle conscience encourageant les membres à participer à la défense, à saisir des opportunités d'éducation et d'emploi et à activement participer à leurs communautés.⁷⁵⁸ L'émancipation individuelle et collective à travers la société civile est un facteur important pour déterminer si des jeunes handicapés

peuvent poursuivre leurs DSSR et accéder aux services de prévention et d'intervention contre la VBG.

Bien que les OPH et d'autres OSC puissent avoir ces effets émancipateurs, leur capacité à le faire est souvent limitée, en particulier dans les pays du Sud. Les OPH et d'autres organisations représentant des groupes marginalisés, y compris des adolescents et des jeunes et femmes et filles, reflètent souvent leurs membres qui sont souvent exclus de manière disproportionnée de l'enseignement formel, socialement isolés de leurs homologues et n'ont aucune expérience de leadership. En conséquence, les OPH ont souvent des niveaux de capacité organisationnelle et de défense bas.⁷⁵⁹ Les OPH, par exemple, manquent souvent de connaissances, de ressources financières et humaines et de réseaux pour efficacement défendre leurs membres lorsqu'elles travaillent avec les gouvernements dans les processus de création et mise en œuvre de politiques. Les OPH représentant des jeunes ou des femmes et filles,

faisant face à une double discrimination, manquent souvent plus de capacité organisationnelle que les OPH dirigées par des hommes handicapés plus âgés. Dans certains domaines de la défense, les OPH ont collectivement moins accès aux connaissances que les autres. Par exemple, les OPH ont souvent une plus grande capacité organisationnelle pour traiter les transports ou les bâtiments accessibles parce que les États collaborent fréquemment avec elles concernant ce problème, mais ont une capacité organisationnelle insuffisante pour résoudre les problèmes en relation avec les DSSR et la prévention et l'intervention contre la VBG, domaine dans lequel l'État n'a pas cherché à collaborer avec les OPH.

Dans de nombreux contextes, les OSC dépendent de fonds internationaux pour obtenir les ressources financières et les compétences organisationnelles dont elles ont besoin pour réussir. Malheureusement, de plus en plus de pays empêchent les OSC de bénéficier des aides d'organisations non-gouvernementales et étrangères officielles. D'autres pays n'empêchent pas directement les OSC de s'affilier ou de recevoir des fonds d'organisations et de gouvernements étrangers, mais obligent les OSC locales à s'enregistrer en tant qu'« agents étrangers », les soumettent à une surveillance gouvernementale accrue et compliquent l'accès des organisations locales à la réception de ressources pour le développement des capacités dont elles ont besoin.⁷⁶⁰ L'augmentation des obstacles à la coopération internationale profitant à la société civile est particulièrement vraie dans les États faisant face à une opposition importante pour leur violation des droits de l'Homme.⁷⁶¹ Les OPH, comme toutes les OSC dans des pays soumis à des restrictions, peuvent souffrir dans ces conditions d'une incapacité à accéder à des ressources vitales ou à acquérir des compétences organisationnelles importantes.

Dans le passé et actuellement, les organisations représentant des personnes handicapées sont exclues des financements et d'autres opportunités de développement des capacités accessibles à d'autres même dans les régions dans lesquelles il y a peu voire aucune restriction sur la réception

de ressources de l'étranger par des organisations locales. De nombreux fonds étrangers et réseaux d'organisations non-gouvernementales ont toujours considéré le soutien des OPH comme une question de réinsertion ou de charité plutôt qu'une part de leurs initiatives de démocratisation et de droits de l'Homme. Cette exclusion s'étendait au financement étranger proposé aux organisations locales axé sur l'augmentation de l'exercice et de l'accès aux DSSR et aux services de prévention et d'intervention contre la VBG. Toutefois, de plus en plus d'États et de réseaux et organisations indépendantes de la société civile internationales cherchent à rectifier l'exclusion des OPH des opportunités de développement des capacités. Les organisations non-gouvernementales internationales, comme Handicap International et le Disability Rights Fund et d'autres agences d'aide bilatérales, ont créé des programmes spécialisés pour le développement des capacités des OPH, y compris la capacité des OPH à défendre les DSSR et la prévention et intervention contre la VBG.⁷⁶²

En plus de manquer des ressources et des capacités de base dont la plupart des OSC ont besoin pour être efficaces, de leaders étant de talentueux défenseurs à l'entretien des bureaux et aux connexions Internet, les OPH et les autres organisations représentant des jeunes handicapés font également face à d'autres défis. Dans les régions dans lesquelles les immeubles sont rares, les OPH sont souvent limitées à l'endroit où elles peuvent établir un bureau et d'autres locaux. L'organisation de réunions, la collecte d'informations et la mise en œuvre d'activités de sensibilisation nécessitent également des ressources supplémentaires que les autres OSC font, comme la subvention du transport des membres vivant dans des zones non desservies par les transports publics ou la garantie de l'accès aux informations et communication (ex. à travers le Braille ou l'interprétariat du langage des signes). Même lorsque les États s'engagent à mettre en œuvre des pratiques de création de politiques participatives, ils le font toujours de manière à pouvoir exclure les personnes handicapées, comme la fourniture de documents sous un seul format ou la planification de réunions

et de forum publics à des endroits inaccessibles.⁷⁶³ Dans de nombreux cas, les États attendent des OSC qu'elles prennent en charge ces coûts, comme fournir leurs propres interprètes du langage des signes à des événements plutôt que d'assurer qu'il y en ait dans le cadre de l'événement. Ainsi, les OPH et autres OSC représentant des personnes handicapées rencontrent des difficultés majeures dans l'émancipation de leurs membres et dans l'utilisation de leur droit à une participation sensée à la création, mise en œuvre et surveillance des politiques.

De cette façon les États, en particulier les États membres de la CDPH, peuvent répondre aux besoins de développement des capacités des OPH pour veiller à ce qu'elles puissent être des défenseurs et collaborateurs efficaces pour garantir les DSSR aux jeunes handicapés. La CDPH soutient en particulier le développement des capacités des OSC, en particulier les pays à faibles revenus, à travers l'Article 32 sur la Coopération Internationale. De nombreux États ont également mis en place des outils de soutien nationaux et locaux, comme la fourniture de ressources de développement organisationnel directement aux OPH locales, permettant à ces OPH d'organiser les personnes handicapées et de les représenter efficacement lors de consultations avec l'État.

La CDPH est le premier traité des droits de l'Homme international à inclure un article spécifique sur la coopération internationale. L'Article 32 oblige non seulement les États membres à s'assurer que leurs programmes de développement internationaux sont inclusifs et accessibles aux personnes handicapées, mais oblige les États membres à le faire, le cas

échéant, « en collaboration avec les organisations régionales et internationales pertinentes et la société civile, en particulier les organisations de personnes handicapées. » L'Article 32 oblige également les États membres à « Faciliter et soutenir la création de capacité, y compris à travers l'échange et le partage d'informations, d'expériences, de programmes de formation et de meilleures pratiques. » Cela signifie que sur les 140 milliards de dollars américains dépensés annuellement pour l'aide étrangère,⁷⁶⁴ tous ces fonds, y compris ceux relatifs aux DSSR et à la prévention et intervention contre la VBG doivent être accessibles et inclure les personnes handicapées. Cela signifie également que les États membres devraient contribuer au développement des capacités des OPH afin qu'elles puissent faire entendre efficacement la voix des handicapés. L'accès à ces fonds peut évidemment être un outil essentiel pour les OPH locales et nationales, y compris les OPH représentant des jeunes handicapés et des femmes et filles handicapées, pour la construction de leur capacité de mise en œuvre de la défense et de programmes spécifiques aux DSSR et généraux. Étant donné que l'inclusion du handicap dans la coopération internationale est relativement récente, de nombreux États développent encore des politiques d'inclusion et garantissent leur mise en œuvre efficace. Différents États et organisations non-gouvernementales internationales ont toutefois développé des bonnes pratiques desquelles tous les donateurs internationaux majeurs peuvent tirer des enseignements, comme des politiques exigeant que toutes les aides étrangères incluent les handicapés ou la fourniture de lignes directrices sur le handicap incluant le développement pour tous les partenaires.



LIGNES DIRECTRICES SUR LE DÉVELOPPEMENT INCLUSIF

De nombreuses organisations non-gouvernementales internationales pour les handicapés ont élaboré des lignes directrices, y compris l'établissement d'un budget, pour la normalisation de l'inclusion du handicap dans toutes les formes de coopération internationale. Par exemple, l'USAID et

Mobility International ont publié *Building an Inclusive Development Community : A Manual on Including Persons with Disabilities in International Development Programmes*. En plus de couvrir tous les aspects de l'inclusion des handicapés dans le développement international, cette ressource importante traite en particulier les meilleures pratiques relatives aux questions de sexe et de handicap, de société civile, des femmes handicapées et d'accès aux soins de santé. Les deux recommandations importantes ayant été faites sont que tous les programmes de développement internationaux doivent traiter l'inclusion du handicap dans leur budgétisation et que toutes les organisations non-gouvernementales et autres partenaires de mise en œuvre doivent avoir une politique d'inclusion du handicap. Pour les activités du programme, le manuel recommande que chaque budget alloue 5 à 7 % aux coûts opérationnels et 1 à 3 % aux coûts administratifs pour assurer que tous les aspects du programme de développement soient accessibles et inclusifs⁷⁶⁵ a également développé un *Guide sur comment intégrer le handicap dans les évaluations et les analyses de genre* et toutes les Unités d'exploitation de l'USAID doivent mener une évaluation du genre lors de la planification de stratégies au niveau de la mission. Avec ce guide sur l'analyse des genres incluant le handicap, les missions de l'USAID sont chargées d'assurer que les personnes handicapées soient incluses, en particulier les jeunes et les femmes handicapées. Le guide recommande spécifiquement que les missions incluent les OPH dans le processus d'évaluation et que les évaluations incluent les thèmes de la VBG et du VIH/SIDA.⁷⁶⁶

LIGNES DIRECTRICES DU DFID SUR L'INCLUSION DU HANDICAP DANS LE DÉVELOPPEMENT : PRATIQUE POSITIVE DE L'ÉTAT CONSISTANT À INCLURE LES JEUNES HANDICAPÉ DANS LE DÉVELOPPEMENT

De nombreux pays ont développé des politiques, outils et mécanismes de financement pour inclure les jeunes handicapés dans les programmes de développement internationaux. Les lignes directrices du Département du Royaume-Uni pour le développement international (DFID) *Working on Disability in Country Programmes* (2007) est un guide pratique pour les Programmes nationaux du DFID sur l'intégration du handicap dans la pratique de développement au niveau national. Ceci représente également une pratique d'État positive et une mesure proactive par le Royaume-Uni afin de répondre à son obligation en tant qu'État membre de la CDPH. Il traite également spécifiquement la société civile, la jeunesse et les femmes et filles handicapées, ainsi que les programmes relatifs aux DSSR.

Le guide recommande plusieurs « idées pratiques pour l'action » essentielles, y compris l'identification et la consultation régulière avec les OPH au niveau national, incluant le handicap dans les analyses sur l'égalité des sexes et l'exclusion sociale au niveau national, en classant tous les indicateurs collectés par handicap, en se concentrant sur le handicap dans les examens du programme annuels et en finançant directement le développement des capacités pour les OPH locales. En ce qui concerne la société civile, le DFID suggère qu'une approche de suivi double de la mise en œuvre d'actions spécifiques profitant aux personnes handicapées tout en généralisant les personnes handicapées dans

la société civile. Par exemple, il suggère que les OPH reçoivent un soutien financier pour sensibiliser et s'engager dans le processus de création et de surveillance des politiques. Il recommande également que les bureaux nationaux facilitent le partenariat entre les OPH et d'autres OSC (pas orientées sur le handicap) pour créer des coalitions plus solides et promouvoir la voix des personnes handicapées dans toutes les zones touchées par un problème de développement. Le guide suggère également que les OPH sont incluses dans toutes les analyses et évaluations majeures, comme l'analyse sur l'égalité des sexes et l'exclusion sociale et l'analyse de la gouvernance nationale, un processus qui devrait inclure l'évaluation des lois, des politiques et des pratiques des gouvernements partenaires à partir du point de vue de l'inclusion du handicap.

Pour finir, le guide met en exergue l'importance des bureaux nationaux du DFID dans la promotion d'un accès égal aux services de santé généraux et l'émancipation des personnes handicapées afin qu'elles puissent faire leurs propres choix en ce qui concerne leur santé, y compris en ayant le soutien d'homologues et d'experts. Il note également que les personnes handicapées sont particulièrement vulnérables au VIH/SIDA et, par conséquent, des programmes et des politiques sur le VIH/SIDA devraient être privilégiés en ce qui concerne l'accès et l'inclusion du handicap.

Ce guide sert de modèle de ce qui peut être fait par les États engagés dans la coopération internationale pour collaborer et renforcer les OPH et répondre à leurs obligations de promouvoir l'inclusion du handicap dans toutes les initiatives de développement, y compris des activités qui promeuvent les DSSR et les services de prévention et d'intervention contre la VBG pour les jeunes handicapés.

EXCLUSION SOCIALE AU SEIN DU FOYER, DE LA COMMUNAUTÉ ET DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Même dans les contextes dans lesquels les OSC ne sont pas contrôlées par l'État et dans lesquels les OPH ont la capacité nécessaire pour mener leurs programmes, les jeunes handicapés font toujours face à des obstacles à la participation à la société civile. Les idées reçues sur le handicap, le patriarcat et les attitudes paternalistes envers les jeunes façonnent le comportement des membres de la famille, des homologues voire même des défenseurs représentant d'autres groupes. Les parents sont souvent surprotecteurs avec les enfants handicapés et gardent souvent leurs filles et fils à la maison plutôt que les aider à intégrer des organisations et à participer à des événements publics. Les jeunes sans handicap pourraient considérer un camarade

de classe ou un voisin handicapé comme quelqu'un pour lequel il faut avoir pitié ou comme quelqu'un à éviter, plutôt qu'un homologue et quelqu'un qu'ils peuvent inviter à rejoindre leurs groupes de jeunes et intégrer à leurs réseaux formels et informels. Même les défenseurs des droits de l'Homme, y compris les leaders des organisations non-gouvernementales promouvant les DSSR et l'élimination de la VBG, peuvent avoir ces fausses croyances sur les personnes handicapées et ne pas reconnaître leurs droits et leurs besoins de DSSR et de prévention et intervention contre la VBG. Les États ont le devoir d'éliminer les idées reçues et d'autres croyances néfastes car le travail sur les attitudes sociales négatives est une étape nécessaire dans la garantie que les individus et les groupes marginalisés puisse pleinement accéder et exercer leurs droits humains. Les États peuvent faire le devoir d'élimination des idées reçues en soutenant les OSC qui travaillent au

niveau de la communauté et en rassemblant les OSC locales et nationales pour favoriser de nouvelles connexions et compréhensions parmi les leaderships des organisations promouvant le développement de la jeunesse, l'émancipation des femmes et des filles et l'égalité des sexes, les DSSR et les droits des handicapés.

La relation entre soignants et jeunes handicapés peut directement déterminer la capacité des jeunes handicapés à faire partie intégrante de la société.⁷⁶⁷ Les parents et autres membres de la famille des adolescents et jeunes handicapés voient parfois le handicap à travers le prisme de la religion ou de la superstition. Ceci peut inclure des croyances comme croire qu'un enfant né avec un handicap représente un châtement de Dieu ou qu'il a été maudit par une personne pratiquant la magie⁷⁶⁸. En conséquence, les parents et autres membres de la famille peuvent être amenés à penser qu'ils devront toute leur vie s'occuper et protéger un jeune handicapé plutôt que de l'aider à devenir indépendant. De plus, les tuteurs ressentiront peut-être de la honte et chercheront à garder les jeunes handicapés à la maison et à l'abri des regards.⁷⁶⁹ Dans d'autres situations et contextes, les parents et tuteurs de jeunes handicapés peuvent avoir une perception biomédicale du handicap et considérer une personne handicapée comme quelqu'un qui doit être « réparé » plutôt que comme quelqu'un dont le véritable besoin est d'être soutenu dans l'accès à ses droits.⁷⁷⁰ Suite à une approche médicale au handicap, ces parents participeront peut-être à la défense, mais limiteront leur défense à la provision de réinsertion de l'État plutôt qu'à d'autres problèmes, comme les DSSR ou les droits politiques. Ces attitudes et croyances affectent directement la capacité des jeunes à participer à la société civile car elles contribuent à l'isolation sociale et à la réticence des membres de la famille d'un jeune handicapé à le soutenir dans sa volonté d'intégrer des organisations et d'adopter un point de vue sur le handicap basé sur les droits humains.

Les adolescentes et les jeunes femmes handicapées font souvent face à une discrimination au sein de

leur foyer. Les attitudes paternalistes et patriarcales envers les petites filles et les sœurs peuvent entraîner une surprotection ou des comportements visant de préserver « l'innocence » d'une jeune femme ou de filles. Les jeunes femmes handicapées peuvent être moins libres que les jeunes hommes handicapés d'exercer leur indépendance et de rejoindre des OSC. Les attitudes mettant en avant la préservation de la « pureté » des jeunes femmes et des adolescentes peuvent créer des obstacles particuliers pour les jeunes femmes handicapées désireuses de participer à des OSC promouvant les DSSR et les services de prévention et d'intervention contre la VBG.

Les jeunes sans handicaps peuvent avoir des attitudes négatives envers leurs homologues handicapés.⁷⁷¹ Ces attitudes négatives adoptées par les jeunes envers leurs homologues handicapés peuvent être résilientes, y compris dans des contextes dans lesquels des jeunes sans handicaps et des jeunes handicapés interagissent régulièrement les uns avec les autres, comme dans les écoles ayant mis en œuvre des politiques d'éducation inclusive.⁷⁷² Des mesures actives, comme la sensibilisation au handicap, sont souvent nécessaires pour faire évoluer les mentalités, y compris parmi les jeunes amis avec des handicapés ou dont un membre de la famille ou voisin est handicapé.

L'un des obstacles majeurs auxquels les jeunes handicapés font face est l'exclusion à la participation ou collaboration avec des OSC et OPH générales. Les organisations de la société civile reflètent souvent les cultures et les sociétés dans lesquelles elles sont intégrées. Par conséquent, les jeunes handicapés peuvent faire face aux mêmes obstacles sociaux à la participation dans la société civile que ceux auxquels ils font face dans d'autres aspects de leur vie. Par exemple, les organisations pour l'émancipation des femmes ou pour la jeunesse générales peuvent discriminer les jeunes handicapés et nier leur capacité à s'intégrer ou à bénéficier de leurs activités. Les OPH générales ne sont peut-être pas convaincues que les problèmes importants pour les jeunes ou femmes et filles le sont réellement et refusent

de faire des problèmes de DSSR ou de prévention et d'intervention contre la VBG une priorité dans leur travail. Le droit de participer à la société civile pour les jeunes handicapés n'est pas simplement le droit de créer leurs propres organisations, mais de rejoindre et de participer à d'autres OSC comme tout un chacun. Les États peuvent et doivent promouvoir la société civile la plus inclusive possible. Les États peuvent créer une société civile qui inclut les jeunes handicapés en favorisant les connexions entre les organisations et en exhortant les partenaires de la société civile à prendre leurs responsabilités quant à la création de politiques prouvant l'inclusion. Il s'agit d'une pratique d'une importance capitale pour les organisations visant à promouvoir les droits des jeunes, des femmes et des filles et celles axées sur les DSSR et la prévention et intervention contre la VBG.

Dans une étude sur les jeunes handicapés au Cambodge et en Indonésie, les chercheurs ont découvert que dans les deux pays, les jeunes handicapés étaient exclus des groupes de jeunes et des OPH généraux. Les organisations de la société civile représentant des jeunes étaient pour la plupart inaccessibles et excluaient les jeunes handicapés. Lorsque la question de l'inclusion des jeunes handicapés était abordée, la plupart des leaders pour la jeunesse indiquaient qu'ils n'avaient jamais envisagé les jeunes handicapés comme des membres éventuels de leurs organisations, et ne considéraient les personnes handicapées que comme d'éventuels bénéficiaires d'activités bénévoles. Considérer les personnes handicapées comme étant dépendantes plutôt qu'homologues indique que les attitudes sociales considérant les personnes handicapées comme des personnes relevant des œuvres de charité plutôt que comme des citoyens égaux et porteurs de droits sont très répandues. De même, les jeunes handicapés étaient exclus des rôles de dirigeants et, dans certains cas, de l'adhésion à des OPH les plus grosses et les plus influentes. Par conséquent, les programmes des OPH reflétaient les intérêts de personnes handicapées d'âge moyen et âgées et, dans de nombreux cas,

en majeure partie des hommes. Ces exclusions étaient particulièrement importantes parce que, dans les deux pays, les gouvernements nationaux consultaient régulièrement les OSC dans leurs processus de développement et de mise en œuvre de politiques. Par exemple, le Ministère de l'éducation, de la jeunesse et des sports du Cambodge invitait régulièrement des OSC pour solliciter leurs avis, mais aucun jeune handicapé n'était représenté. De même, les deux pays avaient des conseils nationaux sur le handicap qui incluaient des OPH, mais aucun ne comportait de jeunes handicapés.⁷⁷³ En conséquence, les jeunes handicapés n'avaient aucune influence sur les problèmes relatifs aux DSSR ou à la prévention et intervention contre la VBG.

La CDPH favorise grandement le changement des mentalités et d'autres attitudes et pratiques néfastes affectant la capacité des jeunes handicapés à intégrer et à participer à la société civile. Selon la CDPH, les États membres ont l'obligation légale positive selon l'Article 8 sur la sensibilisation pour « encourager au respect des droits et de la dignité des personnes handicapées » parmi la société et pour « lutter contre les stéréotypes, les préjugés et les pratiques néfastes relatives au handicap, y compris ceux basés sur le genre et l'âge, dans tous les aspects de la vie ». Une politique de sensibilisation complète doit traiter tous les problèmes affectant la capacité des jeunes handicapés à accéder aux mêmes droits et à participer à leurs communautés sur la même base qu'autrui. Ceci engloberait les DSSR et les services de prévention et d'intervention contre la VBG et le droit de participer à la société civile, y compris toutes les organisations pour la jeunesse, les femmes et les handicapés. L'une des pratiques positives de l'État conforme à l'Article 8 concernant les jeunes handicapés est le soutien direct des OSC, en particulier les OPH représentant des jeunes handicapés, de la part des États membres pour mettre en œuvre des programmes de sensibilisation. De nombreuses OPH ont développé des programmes pour non seulement informer leurs membres, mais aussi le public sur les problèmes comme les DSSR et la VBG. Le rassemblement des OSC de différents

secteurs et la facilitation des dialogues entre les organisations pour les femmes, la jeunesse et les handicapés représentent également une pratique positive de l'État. L'une des pratiques reliées est de

travailler activement avec des OSC générales pour commencer à inclure les jeunes handicapés parmi leurs adhérents et dans leurs activités.

GERAÇÃO BIZ : PRATIQUE D'ÉTAT POSITIVE GÉNÉRALISANT LE HANDICAP DANS LA DÉFENSE D'UN HOMOLOGUE AU MOZAMBIQUE

Les groupes d'homologues ont été très largement reconnus comme des moyens particulièrement efficaces pour l'éducation et le guidage des adolescents et de la jeunesse concernant leurs DSSR. Les États et les organisations communautaires ont mis en œuvre des initiatives d'éducation et de défense des DSSR menées par les paires dans de nombreux contextes de l'Europe de l'Ouest à l'Afrique de l'Ouest et de l'Amérique du Sud à l'Asie du Sud-Est.⁷⁷⁴ Les jeunes éduquant des jeunes dans les salles de classe ou les centres communautaires, dans les rues, voir même en ligne dans des forum de discussion ou par SMS sur le fait que les pratiques sexuelles sans risque peuvent avoir un effet bien plus important sur le changement des mentalités que lorsque des adultes plus âgés, comme des enseignants ou des prestataires de services de santé, diffusent les mêmes informations et répondent aux mêmes questions. C'est parce que les jeunes sont souvent plus à l'aise pour discuter de ces problèmes et plus enclins à écouter des personnes de leur âge et ont vécu les mêmes expériences. En conséquence, de nombreux États soutiennent les programmes de soutien mis en œuvre par des OSC. Ces sortes d'initiatives menées par les paires sont les plus communément utilisées pour aborder les grossesses chez les adolescentes ou la prévention contre les MST, comme le VIH / SIDA.⁷⁷⁵ Malheureusement, de nombreux ont exclu les jeunes handicapés en termes de formation en tant qu'éducateurs homologues et de réception de sensibilisation par des homologues. Les États peuvent avoir un impact important sur l'avancée des DSSR pour les jeunes handicapés en les généralisant dans des initiatives menées par des homologues.

Geração Biz (« Génération occupée ») est un programme DSSR mené par des homologues au Mozambique créé en 1999 et qui existe encore de nos jours et se développe. Le programme a été à de nombreuses reprises qualifié de meilleure pratique dans l'augmentation des connaissances pour les adolescents et la jeunesse en ce qui concerne la santé et les pratiques sexuelles et reproductives.⁷⁷⁶ Geração Biz représente la collaboration entre l'État et les OSC. Les ministères de la santé, de l'éducation et de la jeunesse et des sports du Mozambique mettent en œuvre le programme avec de nombreux partenaires allant d'une organisation non-gouvernementale du planning familial à un réseau de plus de 300 groupes de jeunes. L'initiative a également reçu le soutien de l'UNFPA et l'assistance technique de Pathfinder International. Ces dernières années, plus de 5 000 adolescents et jeunes ont été formés comme éducateurs homologues. Actuellement, en plus des éducateurs homologues, elle propose un service de SMS très populaire qui permet aux jeunes du pays de poser des questions par SMS sur la SSR auxquelles des éducateurs homologues répondent depuis un centre informatique de la capitale, Maputo.

Pendant ses dix premières années, Geração Biz n'incluait pas les handicapés. En 2009, toutefois, le Ministère des genres, des enfants et de l'action sociale du Mozambique a commencé à mettre en œuvre

le Projet Inclusion avec l'aide d'autres ministères et en partenariat avec des OSC pour promouvoir l'accès et l'exercice des DSSR par les personnes handicapées. Dans le cadre du Projet Inclusion, le gouvernement a travaillé avec des OPH, comme l'Association mozambicaine des sourds pour identifier les jeunes handicapés qui pourraient intégrer Geração Biz en tant qu'éducateurs homologues. Les aides devaient permettre à Geração Biz d'inclure les handicapés en travaillant avec les OPH pour identifier les jeunes handicapés intéressés par la profession d'éducateurs homologues, en s'assurant que les installations de formation et de réunion et les informations et communications de Geração Biz étaient accessibles et en mettant en œuvre une sensibilisation parmi les participants de Geração Biz sans handicaps. Même si le financement du Projet Inclusion n'a duré que cinq ans, l'inclusion des jeunes handicapés dans Geração Biz s'est non seulement avérée être durable, mais les éducateurs homologues formés ont apporté de nouvelles compétences et connaissances aux organisations, y compris les OPH, et initié leurs propres projets DSSR.

Au cours d'un entretien avec une ancienne éducatrice homologue de Geração Biz en 2017 qui est à présent un membre actif de TV Surdo (« Sourds TV », une organisation non-gouvernementale de presse qui produit des clips de sensibilisation publique et un journal télévisé sur la télévision de l'État du Mozambique), une jeune malentendante décrit sa participation pendant les premières années de Geração Biz en tant qu'éducatrice homologue. Elle a adoré y travailler et a d'abord été surprise par la formation vu ce qu'elle et ses homologues, desquels elle est très vite devenue l'éducatrice, connaissaient sur leurs DSSR. Elle avait l'impression qu'en tant que mal-entendante, elle avait appris moins de choses que ses homologues sans handicap qui avaient participé à la même formation. Pendant deux ans, elle a mené des débats sur les DSSR dans les écoles secondaires de Maputo. Lorsqu'elle a intégré TV Surdo début 2017, elle a immédiatement saisi cette opportunité pour partager ses connaissances en tant qu'éducatrice de Geração Biz à un nouveau public en utilisant un nouveau support. Une fois sa formation de productrice terminée, l'une des premières histoires qu'elle a initiées et écrites a été une vidéo de dix minutes sur le VIH/SIDA. Elle est très vite devenue très populaire sur la chaîne YouTube de TV Surdo. Depuis, elle a produit de nombreuses autres vidéos sur les DSSR, allant de l'explication des menstruations à la discussion sur quoi faire en cas de VBG.

L'autre facteur de réussite de l'inclusion du handicap dans Geração Biz est la manière dont l'inclusion peut faire évoluer les mentalités et sensibiliser les personnes sans handicap. En 2017, deux éducateurs homologues de Geração Biz sans handicap, qui faisaient également partie de l'Association mozambicaine de la coalition pour la jeunesse, ont parlé de leurs expériences de travail avec des jeunes handicapés. Deux jeunes avec et sans handicaps ont été intégrés dans leurs équipes d'éducateurs homologues. Le premier décrit un jeune activiste avec un problème de la vision qui a intégré son équipe. C'était sa première expérience de travail en étroite collaboration avec une personne handicapée. À travers ça, il a appris que non seulement les jeunes handicapés avaient des besoins en termes de DSSR et étaient également exposés au risque du VIH / SIDA, mais « qu'ils ont davantage de besoins que nous [personnes sans handicap] ». L'autre éducateur homologue, qui est un chef d'équipe, décrit une jeune mal-entendante qui voulait intégrer son équipe. L'éducateur homologue explique qu'au début, elle avait des « appréhensions » et ne savait pas si une personne malentendante pouvait « faire le travail », mais la jeune femme est parvenue à la convaincre et malgré un trouble de la parole, elle est devenue l'une des meilleures conférencières sur les DSSR.

// IV. JEUNES HANDICAPÉS REPRÉSENTÉS DANS LA SOCIÉTÉ CIVILE DANS LE MONDE

La participation des jeunes handicapés dans la société civile est essentielle pour assurer que leurs besoins, intérêts et droits sont reflétés dans les lois, politiques et programmes les affectant directement, y compris leurs DSSR et le droit de vivre sans violence. L'Article 29 de la CDPH établit que les personnes handicapées ont le droit de « créer et intégrer des OPH pour représenter des personnes handicapées au niveau international, national, régional et local ». Selon la CDPH, les États membres ont également l'obligation légale positive d'assurer que les jeunes handicapés soient représentés dans les affaires publiques. À chaque point du continuum du niveau international au niveau local, les États doivent inclure les organisations représentant des jeunes handicapés pour s'assurer que leur point de vue est connu, compris et pris en compte. Ceci inclut la promotion de la participation des jeunes handicapés dans tout, des négociations sur les accords internationaux à l'évaluation de la mise en œuvre d'ordonnances locales.

Dans cette section, les initiatives des OSC représentant des jeunes handicapés au niveau régional et international seront mises en avant. Ces réseaux et organisations et d'autres similaires fournissent une base sur laquelle des partenariats entre l'État et la société civile peuvent être construits. Il y a, toutefois, un besoin constant de s'assurer qu'il y ait des niveaux de représentation des jeunes handicapés plus importants, en particulier des jeunes femmes et des adolescentes, dans la société civile. Les États peuvent toutefois être des instruments dans le soutien du développement de ces organisations et dans la facilitation de l'intégration des jeunes handicapés dans les OSC principales axées sur le handicap, la jeunesse et les femmes et filles et l'égalité des sexes opérant au

niveau international, régional et national. Les réseaux et les organisations mentionnés dans cette section ne sont pas complets, mais de simples exemples des OSC de chaque région.

RÉSEAUX MONDIAUX POUR LES HANDICAPÉS ET OPH INTERNATIONALES

Il y a de nombreux réseaux mondiaux d'OPH et d'organisations non-gouvernementales internationales représentant des jeunes handicapés dans les forums internationaux et développant leurs capacités au niveau local. Il est impossible de tous les citer. Il y en a, toutefois, trois qui sont particulièrement importants. Le premier est l'International Disability Alliance, ayant une programmation spécifique promouvant la participation des jeunes handicapés et des femmes et filles handicapées dans la société civile. Le second est Disabled Peoples' International, qui soutient un réseau mondial de jeunes et de nombreuses initiatives régionales relatives à la jeunesse, au genre, aux DSSR et à l'élimination de la VBG. Pour finir, il y a Women Enabled International, qui représente la première OPH internationale représentant exclusivement des femmes et filles handicapées. À ce jour, il n'existe aucune OPH exclusive aux jeunes handicapés, bien que de nombreux réseaux d'OPH mondiaux et organisations non-gouvernementales internationales promeuvent l'égalité et l'accès aux droits de l'Homme.

L'International Disability Alliance est le réseau des réseaux, rassemblant plus de 1 000 OPH à travers huit réseaux d'OPH mondiaux et six réseaux d'OPH régionaux. L'International Disability Alliance représente la voix des personnes handicapées aux Nations Unies. L'International Disability Alliance soutient également les membres de ses OPH en exhortant leurs États à prendre leurs responsabilités, y compris à travers le développement de rapports de la société civile ou « parallèles », qui permettent de considérer la satisfaction par les États de leurs obligations quant aux conventions internationales sur



les droits de l'Homme du point de vue du handicap. De nombreux États soutiennent directement le travail de l'International Disability Alliance, y compris l'Australie, la Finlande, la Suède et le Royaume-Uni, et d'autres États soutiennent indirectement l'International Disability Alliance à travers le soutien fourni par des organisations multilatérales et des fondations privées.

En plus du travail de l'International Disability Alliance représentant toutes les personnes handicapées du monde entier, elle a développé différentes initiatives pour s'assurer que les personnes handicapées ayant toujours été marginalisées au sein de la communauté des handicapés elle-même sont représentées. Ces « Activités intersectionnelles » incluent les jeunes handicapés, les femmes et les filles handicapées et les personnes indigènes handicapées. Le principal objectif du Programme pour les jeunes handicapés est d'assurer que les jeunes handicapés soient correctement représentés et impliqués dans la mise en œuvre de la CDPH et des Objectifs de développement durable (ODD). Ceci inclut le soutien de la participation directe de la jeunesse aux conférences internationales pendant lesquelles les lois et les politiques sont débattues et évaluées. Les deux questions problématiques sur lesquelles l'attention est focalisée sont la santé reproductive et sexuelle et la prévention contre la VBG et le partage et l'engagement des informations entre les jeunes et toute la communauté des handicapés. L'International Disability Alliance soutient également la Campagne pour les femmes et les filles handicapées, qui promeut la visibilité des femmes et des filles handicapées en tant que titulaires de droits humains et activistes. Les objectifs de la campagne incluent les droits reproducteurs, l'abolition de la stérilisation forcée, la création de capacités pour l'autonomie et l'indépendance et d'autres objectifs directement pertinents aux DSSR et à la prévention et intervention contre la VBG pour les jeunes handicapés.⁷⁷⁷ L'International Disability Alliance a également fait un travail important dans le soutien de la participation des jeunes handicapés dans le développement de rapports de la société civile ou

parallèles sur la CDPH et d'autres conventions sur les droits de l'Homme.

Disabled Peoples' International est similaire à l'International Disability Alliance dans le fait qu'il s'agit d'un réseau d'OPH ayant un statut consultatif particulier avec les Nations Unies. Disabled Peoples' International s'engage dans la protection des droits des personnes handicapées et la promotion de leur participation pleine et égale à la société. Disabled Peoples' International a été fondé en 1981 et rassemble des OPH de plus de 130 pays. Disabled Peoples' International a également des bureaux régionaux actifs en Asie-Pacifique, au Moyen-Orient, en Europe, en Afrique, en Amérique Latine et en Amérique du Nord et Caraïbes qui parrainent des Assemblées régionales qui rassemblent ses membres pour résoudre les problèmes spécifiques aux régions. En 2012, Disabled Peoples' International a mis en place le Global Youth Network pour promouvoir la voix des jeunes handicapés. La mission du Global Youth Network est de construire une jeunesse handicapée forte et capable pour qu'elle puisse militer pour l'égalité des droits et des chances au sein de leurs sociétés. Ce réseau important a rassemblé des jeunes handicapés de toutes les régions du monde pour partager leurs expériences et représenter les jeunes handicapés dans des forum internationaux. Plusieurs membres du réseau sont des leaders et/ou des fondateurs d'OPH, y compris des organisations nationales de jeunes handicapés.

L'organisation Women Enabled International récemment fondée représente un accomplissement majeur en tant que première OPH internationale représentant des femmes et filles handicapés. En tant que telle, sa mission est de travailler à l'intersection des droits des femmes et des droits des handicapés pour faire avancer les droits des femmes et des filles handicapées du monde entier. Son travail inclut spécifiquement d'attirer l'attention internationale sur les problèmes comme la violence contre les femmes et les DSSR. Elle suit également une stratégie de travail autour des mouvements en rassemblant les

mouvements pour les droits des femmes et les droits des handicapés pour développer des stratégies de défense croisées.

Le mouvement *Enabling a Global Human Rights pour les femmes et les filles handicapées* de Women Enabled International : Le Rapport international de défense des droits des femmes handicapées cartographie les nombre grandissant OPH pour les femmes handicapées du monde entier, dont la plupart font des DSSR et de l'élimination de la VBG leurs premières priorités. Women Enabled International a publié son *accountABILITY Toolkit* (Trousse à outils de responsabilité), qui émancipe les femmes handicapées à travers l'utilisation des mécanismes des droits de l'Homme.⁷⁷⁸ Cette nouvelle trousse à outils est le fruit du travail important de Women Enabled International dans le soutien de la participation des femmes handicapées en tant que contributrices aux rapports parallèles pour la CDPH et la CEFDF. Il est extrêmement important que le point de vue du handicap soit impliqué dans la surveillance de la CEFDF car il s'agit de l'instrument des droits de l'Homme principal obligeant les États à prendre leurs responsabilités concernant la discrimination basée sur le genre, y compris la violence sexuelle et basée sur le genre. En plus de l'inclusion des jeunes handicapés dans les OPH internationales et dans les réseaux d'OPH mondiaux, il est important que les réseaux pour jeunes et les organisations non-gouvernementales internationales tournées vers la jeunesse générales incluent les jeunes handicapés en tant que membres et représentent pleinement leur voix.

De plus en plus d'initiatives internationales voient le jour pour promouvoir la participation des jeunes au niveau local et international, y compris pour défendre les DSSR et la prévention et l'intervention contre la VBG. Toutefois, de nombreuses n'ont pas développé les politiques d'inclusion des handicapés nécessaires pour assurer que les jeunes handicapés puissent participer à leurs programmes sur la même base que les autres. De plus en plus d'initiatives internationales voient le jour pour promouvoir

la participation des jeunes au niveau local et international, y compris pour défendre les DSSR et la prévention et l'intervention contre la VBG. Toutefois, de nombreuses n'ont pas développé les politiques d'inclusion des handicapés nécessaires pour s'assurer que les jeunes handicapés peuvent participer à leurs programmes sur la même base que les autres. Le soutien du développement de tels réseaux nationaux et internationaux et des réseaux de OPH existants et des organisations non-gouvernementales internationales promouvant les droits des jeunes handicapés est une pratique d'État positive. L'Amérique latine et les Caraïbes L'Amérique Latine et les Caraïbes est une région importante pour la société civile représentant des jeunes handicapés. Les deux réseaux et organisations les plus importants sont RIADIS, le réseau de OPH régionales pour l'Amérique Latine, et l'Institut inter-américain sur le handicap et le développement inclusif (Inter-American Institute on Disability and Inclusive Development), qui soutient le développement du Réseau latino-américain de la jeunesse et du développement inclusif (Latin American Network of Youth and Inclusive Development).⁷⁷⁹ Cela signifie que les organisations pour la jeunesse du monde entier sont conscientes de l'importance de l'inclusion du handicap et du sexe dans leurs activités.

La Communauté caribéenne (CARICOM) est également un site important pour les OSC représentant des jeunes handicapés parce qu'elle a son propre instrument régional pour la promotion d'une société civile inclusive.

AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES

L'Amérique Latine et les Caraïbes est une région importante pour la société civile représentant des jeunes handicapés. Le réseau latino-américain des organisations non gouvernementales des personnes handicapées et de leurs familles (*Red LatinAmericana de organizaciones no gubernamentales de personas con discapacidad y sus familias*, RIADIS) et l'iDi

sont les deux réseaux et organisations principales, qui soutiennent le développement du Réseau latino-américain de développement inclusif et de la jeunesse. L'autre acteur régional important est Disabled Peoples' International Amérique du Nord et Caraïbes, qui sera abordé dans la section consacrée aux pays occidentaux. En ce qui concerne la société civile en général, la région Caraïbe est importante parce que la Communauté caribéenne (CARICOM) a adopté une Charte de la société civile, qui est un instrument régional promouvant en particulier les droits de la société civile comme moyen pour garantir une bonne gouvernance.

Le Réseau latino-américain d'organisations non-gouvernementales des personnes handicapées et leurs familles (*Red LatinAmericana de organizaciones no gubernamentales de personas con discapacidad y sus familias*, RIADIS) est un réseau de OPH représentant 18 pays d'Amérique Latine et des Caraïbes. Sa mission est de promouvoir les valeurs du développement contre la discrimination et inclusif basé sur l'amélioration de la qualité de vie et de l'inclusion sociale des personnes handicapées et de leurs familles. RIADIS soutient un Réseau pour la jeunesse de jeunes handicapés créé à partir de ses organisations membres pour représenter les jeunes handicapés dans des forum régionaux et internationaux. RIADIS, via son réseau de jeunes et autres mécanismes, œuvre pour promouvoir les droits des femme et des filles handicapées, y compris dans le domaine des DSSR et l'élimination des violences à l'égard des personnes handicapées.

L'Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo (Institut Interaméricain pour le développement inclusif et le handicap, iiDi) est une organisation régionale représentant des jeunes handicapés et leurs partenaires. La mission de l'iiDi est de promouvoir l'inclusion et l'indépendance des personnes handicapées à travers les droits de l'Homme et le développement international. En 2014, l'iiDi a lancé une initiative pour développer le Réseau latino-américain de la jeunesse et du développement inclusif pour assurer que les jeunes

soient représentés dans les ODD, ce qui inclut l'exercice des DSSR et l'accès à la prévention et aux interventions contre la VBG⁷⁸⁰

En ce qui concerne la société civile en général, la région Caraïbe est importante parce que la Communauté caribéenne (CARICOM) a adopté une Charte de la société civile, qui est un instrument régional promouvant en particulier les droits de la société civile comme moyen pour garantir une bonne gouvernance. La Charte de la société civile oblige les États membres de la Communauté caribéenne à promouvoir les droits de leurs citoyens à librement participer à la société civile à travers les droits civils et politiques d'association, de rassemblement et de liberté d'expression de base. Ce document est particulièrement important parce qu'il apporte une « considération et un soutien particulier aux jeunes, personnes âgées, handicapés et autres groupes vulnérables » dans leur participation à la société civile et inclut un article sur les droits des personnes handicapées (Article XIV), sur les femmes (Article XII), sur les enfants (Article XIII) et précise la liberté des femmes et des enfants de vivre sans abus sexuels.

AFRIQUE SUB-SAHARIENNE

Différentes organisations de société civile clés et initiatives soutenant les droits des jeunes handicapés ou OSC travaillent avec les États pour traiter les DSSR et la VBG en Afrique sub-saharienne. Les deux principaux réseaux sont le Réseau africain des jeunes handicapés (African Youth With Disabilities Network) et la Fédération sud-africaine des handicapés (Southern African Federation of the Disabled).

Ayant implanté son siège social à Nairobi, Kenya, le Réseau africain des jeunes handicapés est un réseau de OPH dirigées par des jeunes de dix pays d'Afrique sub-saharienne. La mission du réseau est d'offrir aux jeunes handicapés l'égalité des chances et des droits en influençant les lois, politiques et programmes

mondiaux. Il accomplit cette mission en construisant la capacité de ses organisations membres à travers dix pays et en facilitant la coopération entre toutes les parties prenantes concernant les jeunes handicapés, y compris les gouvernements, la société civile et le secteur privé. Les deux programmes importants du Réseau africain des jeunes handicapés traitent directement la coopération entre la société civile et l'État et les DSSR et la VBG. Le Programme d'accès à l'éducation sexuelle et aux services de santé aborde les obstacles auxquels les jeunes handicapés font face pour accéder à l'éducation sexuelle et aux services de santé en travaillant avec des éducateurs de santé sexuelles et des fournisseurs de services dans chaque pays membre et dans la région. Ce inclut la collecte de données et la documentation utilisée pour obliger les États à prendre leurs responsabilités. Le second programme est le Programme des droits des jeunes et de gouvernance, qui promeut l'engagement des jeunes handicapés dans tous les domaines de gouvernance en les éduquant et formant sur la défense relative à toutes les lois, droits, traités, politiques et programmes nationaux et régionaux pertinents. Il a eu un impact important en augmentant l'engagement des États avec les jeunes handicapés dans les activités de consultation de la société civile et les processus de surveillance et d'évaluation. Leur défense est au cœur de la promotion de partenariats stratégiques entre l'État et les OPH dirigées par de jeunes. À travers ces partenariats, les États ont travaillé avec la société civile sur des problèmes comme l'amélioration de l'accès des jeunes handicapés à l'éducation sexuelle et aux services de santé en incluant les OPH dirigées par des jeunes dans les processus de consultation et en tant que représentants dans les conseils nationaux et d'autres mécanismes de surveillance des droits des handicapés.

La Fédération sud-africaine des handicapés est une organisation sous-régionale représentant les OPH de la Communauté sud-africaine de développement. Étant donné que l'Afrique sub-saharienne compte 44 pays, la région est non seulement incluse dans l'Union africaine mais possède également des

organisations économiques et politiques sous-régionales, chacune possédant ses propres traités, politiques et programmes. Il est vital que les opinions, les besoins et les demandes des jeunes handicapés soient présentés aux autorités sous-régionales et que leurs droits soient reconnus et protégés

La mission de la Fédération sud-africaine des handicapés est d'être une « organisation qui défend les droits des Personnes handicapées et qui prend soin et renforce ses affiliés et autres parties prenantes d'Afrique du Sud pour assurer la promotion du développement inclusif et des droits humains des personnes handicapées ». La Fédération sud-africaine des handicapés représente les réseaux de OPH nationaux de dix pays d'Afrique du Sud, y compris l'Angola, le Botswana, le Lesotho, le Malawi, la Namibie, l'Afrique du Sud, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe. La Fédération sud-africaine des handicapés s'est récemment engagée dans une consultation avec des jeunes handicapés de dix États membres. À travers cette consultation, les jeunes handicapés ont identifié l'exercice des DSSR et l'accès à la prévention et intervention contre la VBG comme des priorités importantes dans leurs vies, informant ainsi bon nombre d'initiatives de la Fédération sud-africaine des handicapés.

Plusieurs initiatives actuelles de la Fédération sud-africaine des handicapés traitent directement les droits des jeunes handicapés et leurs DSSR et droit de vivre sans violence, y compris le Programme de développement sud-africain pour les enfants et les jeunes handicapés et le Programme sud-africain d'intégration du handicap et des genres. L'initiative la plus importante concernant la coopération entre la société civile et l'État est peut-être le Programme sud-africain sur des politiques, une législation et une justice inclusives. À travers cette initiative, la Fédération sud-africaine des handicapés travaille avec la Communauté sud-africaine de développement sur un Protocole régional sur le handicap qui serait plus spécifique que la CDPH concernant les responsabilités de l'État envers les jeunes et les femmes et filles handicapés. Par

exemple, il inclut non seulement l'Article 6 sur les femmes handicapées, mais l'Article 7 sur les jeunes handicapés. L'Article 7 exige que tous les « États membres reconnaissent que les jeunes handicapés font face à une discrimination dans divers secteurs de développement et, à cet égard, prendront toutes les mesures appropriées pour assurer qu'ils puissent jouir et exercer leurs droits et libertés fondamentales sur la même base que les jeunes sans handicap » et continue en précisant dans le paragraphe 7.2 que les États membres doivent promouvoir la participation des jeunes handicapés dans la vie politique et publique, y compris en soutenant la « formation et la participation dans leurs propres organisations représentantes des [jeunes handicapés] et la participation à l'activité politique ». En ce qui concerne les DSSR, l'Article 23 sur le Respect de la famille et des relations oblige les États à éliminer la discrimination dans le mariage, la famille, la parentalité et les relations, les droits des personnes handicapées à avoir des enfants et accéder aux informations et à l'éducation sur la reproduction et le planning familial et que les femmes et filles handicapées ne soient jamais stérilisées à leur insu et contre leur volonté. Les membres de la Communauté sud-africain de développement suivent une pratique d'État positive en travaillant avec la Fédération sud-africaine des handicapées au protocole de développement et serait une pratique d'État encore plus positive si elle était adoptée et ratifiée par les États membres. Les États soutenant les organisations régionales comme la Fédération sud-africaine des handicapés à travers leur engagement à la coopération internationale suivent également une pratique positive.

ÉTATS ARABES

Les deux OSC tournées vers le handicap majeures dans la Région des États Arabes incluent l'Organisation arabe des personnes handicapées et le Forum arabe des personnes handicapées.

L'Organisation arabe des personnes handicapées a été fondée en 1998 sous le parrainage de la Ligue des

États Arabes. L'Organisation arabe des personnes handicapées se compose d'OPH opérant dans les pays arabes et a été un instrument de la promotion des droits des personnes handicapées dans la région, y compris les droits des jeunes handicapés et des femmes et filles handicapées.

Le Forum arabe des droits des personnes handicapées agit en tant que représentant régional de Disabled People's International dans le Monde Arabe. Le Forum arabe des droits des personnes handicapées se concentre principalement sur le travail avec les OPH de base de 13 pays arabes. Le Forum se concentre sur l'amélioration du rôle de la plupart des groupes de personnes handicapées marginalisés, y compris les femmes et les jeunes handicapés, au niveau de la direction et sur les plateformes de prise de décisions.

ASIE ET PACIFIQUE

Il existe de nombreux réseaux d'OPH régionaux en Asie et dans le Pacifique. Le deux plus importants sont peut-être Disabled Peoples' International Asie-Pacifique et le Forum public du handicap. Disabled Peoples' International Asie-Pacifique inclut spécifiquement des femmes handicapées et la direction par des jeunes comme ses deux principales priorités. Le Forum du handicap du Pacifique a piloté avec brio un projet sur l'élimination de la VBG contre les femmes handicapées aux Fidji.

Disabled Peoples' International Asie-Pacifique représente 26 réseaux d'OPH nationaux dans la région. Comme les autres organisations régionales de Disabled Peoples' International, elle promeut la pleine participation et l'égalité des chances des personnes handicapées dans la société. La promotion de la direction par des jeunes et des femmes handicapées sont deux de ses sept activités centrales. Les activités liées au sexe de Disabled Peoples' International Asie-Pacifique, y compris les activités de sensibilisation concernant les droits reproducteurs des femmes handicapées et la VBG.

Dans la promotion de la direction par des jeunes, Disabled Peoples' International Asie-Pacifique a collaboré avec des organisations pour la jeunesse générales, comme le programme Ambassadeurs australiens de la jeunesse pour le développement, pour lequel Disabled Peoples' International Asie-Pacifique a fourni une formation sur l'égalité du handicap en 2012. Il a également cherché à s'assurer que les ministères du gouvernement associés avec la jeunesse participent à la conférence. Ceci inclut un partenariat avec le Ministère de la culture, de la jeunesse et des sports de Brunei pour planifier l'Association 2013 du forum du handicap des nations d'Asie du Sud-Est.

Le Forum du handicap du Pacifique est une organisation non-gouvernementale régionale de et pour les personnes handicapées qui collabore avec les OPH des pays et territoires des îles du Pacifique. Le Forum du handicap du Pacifique travaille avec les OPH, les agences des Nations Unies, les institutions des droits de l'Homme, les gouvernements et les organisations inter-gouvernementales pour promouvoir la coopération régionale avançant les droits des handicapés. Les jeunes et les femmes et filles handicapés sont au cœur des activités du Forum du handicap du Pacifique. Le Forum du handicap du Pacifique a créé un Comité pour les femmes du Forum du handicap du Pacifique et un Comité pour la jeunesse du Forum du handicap du Pacifique. Le Comité pour les femmes se rencontre depuis 2007 et le Comité pour la jeunesse se rencontre depuis 2013. Ces deux comités ont eu un impact important sur les priorités du Forum du handicap du Pacifique, y compris la création d'une capacité de direction par des jeunes et l'engagement des jeunes dans les processus de création de politiques au niveau local, régional et international et en faisant de la prévention contre la VBG un objectif majeur dans la région.

L'un des accomplissements les plus importants du Forum du handicap du Pacifique pour la promotion des droits des jeunes, en particulier des femmes et des filles, y compris les DSSR et le droit de

vivre sans violence, était la Trousse à outils sur l'élimination de la violence contre les femmes et les filles handicapées aux Fidji. Pour développer la Trousse à outils, le Forum du handicap du Pacifique a collaboré avec la Fédération des personnes handicapées des Fidji, le Centre de crise des femmes pour les Fidji, UN Women et le Gouvernement australien. La création de la Trousse à outils était en réponse aux études de 2013 menées par le Centre de crise pour les femmes des Fidji ayant révélé des forts taux de violence contre les femmes avec 71 pour cent des femmes aux Fidji ayant été soumises à des violences physiques ou sexuelles par leurs partenaires et/ou autres au moins une fois dans leur vie. La trousse à outils propose différentes activités de groupe pour les ateliers qui abordent les droits de l'Homme, le handicap, le genre, la violence contre les femmes et les filles handicapées et l'inclusion. Suite à la création de la Trousse à outils et des informations et défense qu'elle a engendrés, le gouvernement des Fidji a pris des mesures pour le développement incluant le handicap dans leurs programmes abordant l'élimination de la violence contre les femmes. En 2013, le Ministère de la sécurité sociale, des femmes et de la réduction de la pauvreté a redonné vie au Groupe de travail inter-agence sur l'élimination de la violence contre les femmes, l'organe gouvernemental meneur des Fidji mettant en place les stratégies, les initiatives et les programmes pour éliminer la violence contre les femmes. Les membres du Groupe de travail incluent les ministères du gouvernement et le Conseil national des femmes fidjien et le Comité national fidjien pour les personnes handicapées.

EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE

L'initiative régionale la plus importante avançant les droits des jeunes handicapés, y compris les DSSR et le droit de vivre sans violence, est peut-être le Réseau des femmes handicapées d'Asie Centrale, qui rassemble les OPH représentant les femmes et les filles de cinq pays d'Asie Centrale :

Kazakhstan, Kirghizistan, Tadjikistan, Turkménistan et Ouzbékistan. Le Réseau des femmes handicapées d'Asie Centrale se concentre principalement sur l'accès et l'exercice des DSSR et la promotion de l'émancipation des femmes y compris l'estime de soi. Sa principale méthodologie est le soutien des homologues et le partage des informations et est coordonnée par l'organisation des femmes handicapées kyrgyzes Ravenstvo et mise en œuvre à travers un partenariat entre Ravenstvo, Shyrak (organisation pour les femmes handicapées kazakhs) et Ishtirok (organisation pour les femmes handicapées Tadjiks) En plus de ses activités éducatives et de soutien des homologues, chaque organisation défend les femmes handicapées. Par exemple, en 2008 Ravenstvo a développé un rapport d'étude sur les Droits des patients handicapés dans la province d'Issyk-Kul avec le soutien de l'Open Society Institute.⁷⁸¹ La majeure partie du rapport était dédié aux violations des droits reproducteurs des femmes handicapées et appelait à des réformes légales.

EUROPE DE L'OUEST ET AMÉRIQUE DU NORD

Il existe de nombreuses initiatives régionales importantes promouvant les voix des jeunes handicapés dans les pays occidentaux. Deux des initiatives pour la jeune les plus importantes sont le Forum du handicap européen et le Projet d'émancipation de la jeunesse des réseaux régionaux de Disabled Peoples' International Amérique du Nord et Caraïbes.

Le Forum du handicap européen a été fondé en 1996 en tant que plateforme qui rassemblait des organisations de toute l'Europe représentant les handicapés. En tant que tel, le Forum du handicap européen travaille en étroite collaboration avec le Conseil de l'Europe et d'autres institutions et agences européennes pour s'assurer que les personnes handicapées soient représentées dans le développement des lois, politiques et programmes.

Le Forum du handicap européen a établi un Comité pour la jeunesse et un Réseau pour la jeunesse « pour assurer que la voix des jeunes handicapés soit entendue au Forum du handicap européen et au-delà. Le Réseau pour la jeunesse inclut des jeunes handicapés de toutes les régions et types de handicap. Son rôle est de s'assurer que le Comité pour la jeunesse parle pour tous de leurs besoins et priorités. Le Comité pour la jeunesse a différentes responsabilités, y compris la généralisation de la jeunesse dans toutes les politiques et documents du Forum du handicap européen, sensibilisant sur les besoins des jeunes au sein du Forum du handicap européen et représentant les jeunes handicapés pendant les réunions pour la jeunesse générales, comme le Forum de la jeunesse européen. Il aide également à mettre en œuvre plusieurs projets tournés vers la jeunesse, comme l'inclusion des jeunes handicapés dans l'enseignement supérieur. Plus important, le Comité pour la jeunesse a apporté sa contribution au Plan d'égalité des sexes du Forum du handicap européen, qui incluait principalement des éléments d'action directement liés aux DSSR et à la VBG, dont une campagne sur les DSSR et la liberté de choix des femmes et des filles handicapées, y compris concernant la stérilisation et l'avortement forcés et les initiatives sur la prévention de la VCFF handicapées.

Le réseau Disabled People's International Amérique du Nord et Caraïbes est un réseau représentant les OPH nationales en Amérique du Nord et dans les Caraïbes. Pour son 8^e Assemblée régionale annuelle de 2011, Disabled Peoples' International a adopté le thème Déclarer son soi intérieur : Assurer notre avenir à travers l'émancipation de la jeunesse et a organisé des ateliers sur les jeunes et les femmes handicapés. Il a également adopté un nouveau plan stratégique, qui incluait le développement d'un Réseau de la jeunesse régional et du Réseau de femmes régional. Avec le soutien de l'Abilis Fund, il a mis en œuvre un Projet d'émancipation de la jeunesse permettant aux jeunes handicapés de se représenter eux-mêmes dans les pays membres.

// V. CONCLUSION

Ce chapitre s'est concentré sur une société civile forte, animée et inclusive en tant qu'ingrédient clé pour que les États promeuvent efficacement les droits des jeunes handicapés, y compris les DSSR et le droit de vivre sans violence. Si la société civile n'a pas la liberté ni l'espace pour se développer et si les jeunes handicapés ne sont pas généralisés au sein de la société civile et n'ont pas leurs propres organisations représentant leurs inquiétudes, alors les États sont incapables de bénéficier des contributions que les jeunes handicapés peuvent apporter en tant que conseillers sur les nouvelles lois et politiques, en tant que sensibilisateurs qui éduquent les jeunes handicapés et le public à propos de leurs droits, en tant que contrôleurs et évaluateurs de la mise en place des politiques et en tant que fournisseurs de services. Pour assurer que les OSC représentant des jeunes handicapés puissent jouer ces rôles essentiels, les États doivent soutenir une approche de suivi double pour promouvoir les droits civils de tous leurs citoyens, simplifier le processus d'enregistrement et de renouvellement pour les OSC et faciliter l'intégration des jeunes handicapés dans les organisations principales dirigées par des jeunes,

celles promouvant l'émancipation des femmes et des filles et l'égalité des sexes ainsi que les organisations pour les handicapés. Les États doivent également offrir un soutien au développement de capacités aux jeunes handicapés, en particulier aux jeunes femmes et adolescentes, afin qu'elles puissent créer leurs propres OSC. Les États doivent également inclure les jeunes handicapés et les organisations les représentant dans les conseils consultatifs et d'autres forums de la société civile sur les lois, politiques et services affectant leurs droits, y compris les DSSR et le droit de vivre sans violence, au niveau international, régional, national et local.

Le dernier chapitre de ce rapport, le Chapitre 7, donne des recommandations clés pour aider tous les acteurs à encourager un environnement dans lequel les droits des jeunes handicapés, y compris les DSSR et le droit de vivre sans violence, peuvent être réalisés et soient traités de manière égalitaire. La collaboration avec la société civile sera un thème récurrent dans les recommandations car il s'agit du moyen le plus efficace qu'ont les États pour s'assurer qu'ils éliminent les obstacles et promeuvent l'inclusion des jeunes handicapés, en particulier des jeunes femmes et de adolescentes.

// CHAPITRE 7

RECOMMANDATIONS

// I. VUE D'ENSEMBLE

Les États ont la responsabilité de respecter, de protéger et d'honorer les droits de l'Homme pour tous leurs citoyens, y compris les droits des jeunes handicapés. Afin de pleinement mettre en œuvre les engagements internationaux énoncés au chapitre 3, les États doivent selon la loi reconnaître les droits des jeunes handicapés à l'égalité et à la non-discrimination, leur droit de vivre sans violence et leur droit à la santé sexuelle et reproductive sur un pied d'égalité avec les autres citoyens. Les États doivent prendre des mesures rapides et efficaces afin d'éliminer tout obstacle à la pleine jouissance de ces droits pour les jeunes handicapés et de veiller, dans la mesure du possible, à ce que tous les services et programmes à la disposition des jeunes, soient disponibles, accessibles et inclusifs pour les jeunes handicapés de façon égale. Afin de remplir ces obligations, les États doivent mobiliser des ressources, non seulement pour élaborer des lois et des politiques, mais également pour investir activement dans des programmes inclusifs, sur une base susceptible de permettre aux jeunes handicapés de jouir pleinement de leurs droits humains dans leur vie quotidienne, et qui leur permette de devenir des participants actifs et engagés dans les sociétés du monde entier.

Pour assurer que ces normes deviennent réalité, un engagement et des interventions sont requis de la part de nombreuses parties prenantes différentes. Les États jouent un rôle important, mais d'autres parties prenantes également. Les organisations de la société civile (OSC) sont des partenaires essentiels et ont été à l'avant-garde de la promotion des droits des personnes handicapées. Le mouvement des femmes a lutté pour mettre fin à la violence basée sur le genre (VBG) par le plaidoyer pour s'assurer que la question reçoive toute l'attention qu'elle mérite de la part des gouvernements nationaux, tout en œuvrant pour la sécurité des victimes et des rescapés sur le terrain. De façon similaire, dans le domaine des droits à la santé sexuelle et reproductive (DSSR), la société civile s'est montrée

résolue dans son engagement pour faire en sorte que tous les individus et couples puissent exercer leurs droits liés à la SSR. Un point plus important encore, les jeunes handicapés ont mis en place leurs propres organisations de personnes handicapées (OPH) pour défendre les questions qui les touchent le plus, dont l'élimination de la VBG et la promotion des DSSR pour les jeunes handicapés. Parmi les autres agents principaux, citons les agences des Nations Unies (NU), les universités, le secteur privé et les communautés, qui peuvent défendre ces questions grâce à leurs politiques, programmes, opérations, pratiques et normes sociales respectives.

Chacun de ces agents est essentiel pour obtenir l'inclusion totale des jeunes personnes handicapées. Les agences des Nations Unies, les organisations internationales et les agences donatrices, la société civile, les universités, les communautés et le secteur privé, jouent tous un rôle indispensable aux côtés des États dans la promotion des droits des jeunes handicapés. Ces divers agents sont à même de remplir ce rôle important en assurant que les jeunes handicapés aient les mêmes opportunités de participer aux activités de direction, de renforcer leurs capacités, d'acquérir les connaissances et compétences nécessaires, de participer activement à la vie publique et d'avoir accès à des ressources suffisantes afin d'assurer leur entière inclusion dans la société, y compris dans tous les programmes et initiatives liés à la prévention et aux interventions concernant la VBG et la jouissances des DSSR.

Bien que les recherches pour la rédaction de ce rapport mettent en avant de nombreuses importantes recommandations, trois d'entre-elles sont peut-être les plus importantes et s'appliquent à tous les agents. La première est la suivante :

L'inclusion et la participation des jeunes handicapés est essentielle. Les jeunes handicapés et les organisations les représentant doivent être entièrement impliqués dans la conception et la mise en œuvre des programmes ayant un impact sur leurs vies, de l'élaboration de la législation

nationale au suivi et l'évaluation des services et programmes liés aux DSSR, ainsi qu'à la prévention et aux interventions concernant la VBG que ces lois exigent.

Les recommandations incluses dans ce chapitre insistent sur l'importance d'assurer que les jeunes handicapés soient activement inclus dans les discussions concernant les lois, les politiques, et les programmes qui peuvent affecter leurs vies, et qu'ils soient reconnus comme agents avec des capacités évolutives pour agir en tant que décideurs en leur propre nom. Les jeunes handicapés sont des experts concernant les obstacles auxquels ils font face dans la vie quotidienne. Les États doivent assurer que les jeunes handicapés, particulièrement les jeunes femmes et adolescentes handicapées, représentant diverses identités et étant ancrées dans différentes communautés et contextes, soient encouragées à partager leurs propres connaissances et expérience, et soient respectées en tant que partenaires à part entière, dans le but d'établir des sociétés plus équitables et pacifiques. Les besoins, droits et demandes des jeunes handicapés, notamment concernant l'élimination de la VBG et la mise en œuvre des DSSR, doivent être à l'ordre du jour de toutes les OSC afin de responsabiliser les États et d'assurer de façon optimale l'inclusion et la participation des jeunes handicapés dans tous les domaines liés à leurs vies.

Une seconde recommandation générale est de :

Convertir ces normes en réalité. L'égalité pour les jeunes handicapés concernant la mise en œuvre des DSSR et de la prévention et des interventions liées à la VBG, doivent être une réalité en termes de politiques comme de pratique.

Pour que les jeunes handicapés puissent jouir pleinement de leurs droits humains, y compris leur droit à l'égalité et à la non-discrimination, les États doivent non seulement éliminer les lois et règlements discriminatoires et garantir l'égalité en termes de droits, mais également prêter attention

aux différents besoins des jeunes handicapés dans le cadre des lois, des politiques et des programmes. L'égalité substantielle reconnaît que même les politiques et les pratiques qui répondent aux besoins de la plupart des titulaires de droits peuvent néanmoins ne pas répondre aux besoins spécifiques des groupes marginalisés comme les jeunes handicapés. Les décideurs doivent garder à l'esprit les personnes les plus marginalisées lors de la conception des interventions afin d'assurer que personne ne soit laissé pour compte.

La troisième est de :

Mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination. Des efforts doivent être déployés afin d'assurer que la stigmatisation et la discrimination envers les jeunes handicapés soient traités par la sensibilisation, la formation ainsi que d'autres initiatives incluant tous les agents de la société, des jeunes handicapés et leurs familles aux décideurs, prestataires de services et au grand public.

Les jeunes handicapés se voient trop souvent refuser l'accès à leurs droits et services en raison de la stigmatisation et des préjugés qui supposent qu'ils sont moins capables que leurs pairs non handicapés. Ces idées reçues négatives peuvent influencer les interactions sociales au sein du foyer, l'élaboration de lois et de politiques, et l'accès aux services et aux protections. Afin d'éliminer les obstacles et d'assurer l'égalité et l'inclusion des jeunes handicapés, les États, souvent en partenariat avec les OSC, ont la responsabilité de lutter contre la stigmatisation et de promouvoir des attitudes positives envers les jeunes handicapés reconnaissant leurs droits égaux.

Les recommandations fournies dans cette étude sont résumées dans l'encadré ci-dessous. Les recommandations détaillées pour les États et les autres acteurs concernant la prévention et les interventions liées à la VBG, l'accès et la jouissance des DSSR et la promotion de la participation des jeunes handicapés à travers la société civile se trouvent ci-dessous.



RECOMMANDATIONS PRINCIPALES

- **Les jeunes handicapés et leurs organisations représentatives doivent pleinement participer à la conception et la mise en œuvre des programmes ayant un impact sur leurs vies**, de l'élaboration de la législation nationale au suivi et à l'évaluation des services et programmes liés aux DSSR, ainsi qu'à la prévention et les services d'intervention que ces lois exigent. Les États et les OSC doivent prendre des mesures pour développer les compétences et capacités des jeunes handicapés, et d'assurer qu'ils ont des opportunités de participer lors de forums de décision publics.
- **L'égalité pour les jeunes handicapés concernant les DSSR ainsi que la prévention et interventions concernant la VBG, doit être à la fois formelle et substantielle.** Les États doivent non seulement éliminer les lois et règlements discriminatoires et garantir l'égalité en termes de droits, mais également prêter attention aux différents besoins des jeunes handicapés dans le cadre des lois, des politiques et des programmes. Les décideurs et autres responsables impliqués dans la mise en œuvre des programmes, doivent garder à l'esprit les personnes qui sont confrontées à des formes multiples et croisées de discrimination lors de la conception des interventions afin d'assurer que personne ne soit laissé pour compte.
- **Mettre fin à la stigmatisation et la discrimination à l'égard des jeunes handicapés est primordial pour leur inclusion totale.** La sensibilisation, la formation et autres initiatives incluant tous les agents de la société, des jeunes handicapés et leurs familles aux décideurs, prestataires de services, médias, à la société civile et au grand public, peuvent transformer les interactions sociales au sein des foyers et l'élaboration des lois et politiques afin d'éliminer les obstacles à l'accès aux services.
- Les décideurs doivent prendre en compte la **nature cumulative de la discrimination** en fonction du handicap, du sexe, et de l'âge, entre autres catégories sociales, et **faire face à la situation particulière des personnes handicapées confrontées à des conflits et des catastrophes naturelles, à la pauvreté, la ruralité, l'institutionnalisation, ainsi que d'autres multiplicateurs des inégalités.**
- L'élimination de la VBG et la mise en œuvre des DSSR pour les jeunes handicapés, exigent une **approche globale et intégrée** impliquant **tous les secteurs du gouvernement, à tous les niveaux appropriés**, dont les services de santé et les services sociaux, l'éducation, l'application de la justice et de la loi, ainsi que la planification générale du développement.
- **Afin de garantir que les interventions atteignent leurs objectifs, incluent les jeunes handicapés dans toute leur diversité et répondent à leurs besoins**, un suivi et une évaluation cohérents des interventions visant à promouvoir les droits des jeunes handicapés sont nécessaires.
- La **collecte de données désagrégées en fonction de l'âge, du sexe et du handicap**, entre autres facteurs, doit répondre aux exigences des ODD. Ces données doivent être **collectées d'une façon qui soit accessible et inclusive des jeunes, des handicaps et du genre**, qui garantit que les jeunes handicapés soient inclus et mis en avant dans les données collectées. Toutes

les données doivent être accessibles au public et aux personnes handicapées afin que les décideurs, les chercheurs et les OSC puissent les utiliser pour identifier clairement les inégalités et les écarts entre les groupes.

- **Les États, les organisations internationales et les bailleurs de fonds, doivent tenir compte des handicaps dans les budgets nationaux, organisationnels, de l'aide extérieure et de la programmation**, en veillant à ce que les ressources soient suffisantes pour garantir que toutes les activités liées aux DSSR, à la prévention et aux interventions concernant la VBG, soient accessibles et totalement inclusives des jeunes handicapés.

NORMES INTERNATIONALES

Les États doivent garantir que toutes leurs pratiques soient basées sur les normes internationales. Une norme globale claire a été élaborée pour promouvoir les DSSR des jeunes handicapés et leur droit à vivre sans violence, basée sur des conventions et des programmes d'action internationaux liés aux droits de l'Homme. Les conventions les plus importantes et pertinentes sont 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 (CEFD) et la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE). Ensemble, ils établissent clairement que les jeunes handicapés, y compris les jeunes femmes et adolescentes, aient les mêmes DSSR et à la protection contre la VBG, comme toute autre personne. De plus, le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), fournit aux États des normes spécifiques concernant les services fondamentaux qu'ils doivent assurer afin de permettre à leurs citoyens de faire valoir leurs DSSR et de vivre sans violence. Les étapes afin d'obtenir ces droits ont d'abord été définies et acceptées dans le Programme d'action de la CIPD en 1994 et ont été renforcées et développées depuis.

APPROCHES COMPLÈTES, INTÉGRÉES ET JUMELÉES

Les États doivent reconnaître qu'aucune politique ou programme ne suffit à lui seule à garantir les droits des jeunes handicapés. Les réponses en termes de politiques ou de programmation doivent adopter une approche systémique qui rassemble toute une gamme de structures, de fonctions et de capacités intersectorielles pour répondre à et prévenir la discrimination et les violations des droits des jeunes handicapés dans un contexte donné. Le système doit être organisé autour d'un objectif commun, en accordant une attention particulière à la coordination des actions des différents agents, organisations et sous-systèmes, de façon à ce qu'ils se renforcent mutuellement. Par exemple, cela signifie que non seulement les lois et les politiques doivent changer, mais également que les prestataires de services et autres agents doivent être formés à l'inclusion et concernant les droits des jeunes handicapés. Cela signifie également que non seulement des mesures doivent être prises afin de réduire les obstacles spécifiques à la mise en œuvre des DSSR et à l'accès aux services de prévention et d'intervention, mais également que les obstacles indirects tels que l'inclusion des handicaps au sein de l'éducation fondamentale et la création de nouvelles opportunités économiques pour les jeunes handicapés, doivent être réduits.

Les États doivent également être guidés par une approche duale des lois, des politiques et des programmes liés aux DSSR et à la prévention et aux interventions concernant les VBG. Cette approche consiste à assurer que les jeunes handicapés soient intégrés dans les lois, les politiques et les activités des programmes, en veillant à ce qu'ils soient inclusifs des jeunes handicapés et, le cas échéant, à élaborer et mettre en œuvre de nouvelles lois, politiques et programmes qui offrent un soutien spécifiques aux jeunes handicapés. La grande majorité des lois, politiques et programmes existants peuvent et doivent inclure les handicaps, le genre et les jeunes. Nombreuses des inégalités auxquelles les jeunes handicapés sont confrontés aujourd'hui sont le résultat de pratiques qui les isolent des services utilisés par leurs pairs non-handicapés. Par conséquent, il est toujours préférable et, en effet, une obligation légale en vertu de la CDPH, que les États veillent à ce que toutes les lois, politiques et programmes soient inclusifs. Toutefois, un long passé de marginalisation et des circonstances très spécifiques font qu'il est parfois approprié que les États mettent en place des pratiques ciblées qui apportent le soutien nécessaire pour garantir aux jeunes handicapés un accès égal et puissent jouir des DSSR ainsi que des services de prévention et d'intervention concernant la VBG. Une approche ciblée peut inclure des lois et des politiques très spécifiques définissant clairement les droits des jeunes handicapés et les responsabilités de l'État pour y remédier. Une approche ciblée peut également inclure des programmes spéciaux, tels que des programmes de sensibilisation ciblant spécifiquement les attitudes et croyances des parents d'enfants et de jeunes handicapés, ou la mise en place de clubs de soutien social permettant aux jeunes handicapés de discuter ouvertement des handicaps, des DSSR et de la VBG dans un contexte où ils ne seraient autrement pas disposés à discuter de ces questions avec des pairs non-handicapés.

Enfin, une approche globale signifie que toutes les interventions en termes de politiques et de programmation doivent aborder efficacement les questions directement et indirectement liées aux

DSSR, à la prévention et aux interventions concernant la VBG, et que les obstacles rencontrés par les jeunes handicapés lors de l'accès à leurs droits et en rapport à leur inclusion dans les lois, politiques et programmes liés aux DSSR et à la prévention et interventions concernant la VBG sur un pied d'égalité. Ceci inclut l'éducation, le transport, l'emploi, etc. Une attention particulière axée sur les DSSR et la prévention et les interventions concernant la VBG sera toujours insuffisante si les circonstances de vie aux sens large et les formes spécifiques de discrimination ne sont pas abordées. Par exemple, une clinique proposant des services liés à la SSR peut être accessible et inclusive, mais le transport inaccessible ou les jeunes peuvent être dans l'incapacité de payer les frais de bus ou de taxi, ce qui les empêchera d'accéder à cette clinique sur un pied d'égalité. Les politiques et programmes liés aux DSSR et à la prévention et interventions concernant la VBG doivent être coordonnés avec toutes les politiques et tous les programmes contribuant à l'ensemble des droits humains des jeunes handicapés.

CONTEXTE ET IDENTITÉ SPÉCIFIQUES

Afin que les décideurs, les administrateurs des programmes et les fournisseurs de services mettent en place des actions spécifiques à des contextes et identités, ils devront adopter une approche intégrée répondant aux formes aggravantes de discrimination basées sur le handicap, le sexe et l'âge, ainsi que les identités diverses et entrecroisées, telles que la race, l'origine ethnique, la religion, l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle, etc. Les jeunes handicapés peuvent également être des réfugiés ou immigrants, séropositifs ou vivant dans un contexte de pauvreté. Chacune de ces identités entrecroisées peut décupler les discriminations auxquelles les femmes et filles handicapées ou jeunes handicapés sont confrontés, par rapport à leurs pairs sans handicap et aux autres personnes. Il est également essentiel que les pratiques des États reconnaissent que certains groupes de jeunes handicapés sont plus exclus

que d'autres et interviennent de manière adéquate. Par exemple, les jeunes ayant une déficience intellectuelle sont souvent exposés à un risque de violence encore plus élevé que les jeunes handicapés de différents groupes de handicaps. Un risque connexe est associé aux jeunes handicapés vivant en institution. Les jeunes handicapés, bien que souvent universellement discriminés, ne constituent pas un groupe homogène. Les États, en collaboration avec la société civile, doivent élaborer des politiques et programmes qui garantissent que toutes les identités représentées parmi les jeunes handicapés et que les jeunes handicapés vivant dans tout contexte, soient protégés et que leurs droits soient mis en avant.

Certains contextes et circonstances doivent être reconnus comme augmentant la vulnérabilité des jeunes handicapés aux violations de droits. Ceux-ci incluent des contextes de crises humanitaires, tels que durant les conflits, post-conflits, les catastrophes naturelles, la pauvreté, les environnements ruraux, la forte prévalence du VIH / SIDA, etc. Toutes les pratiques des États doivent être adaptées au contexte afin de correspondre aux expériences vécues par les jeunes handicapés et pleinement aborder les réalités auxquelles sont confrontés les jeunes handicapés lorsqu'ils souhaitent accéder et faire appliquer leurs DSSR et vivre sans violence. L'une des plus importantes réalités est la spécificité culturelle. Il n'est pas suffisant que les États se contentent de transposer les lois, les politiques et les programmes élaborés dans différents contextes et les appliquent sans modifications ni adaptation culturelle. De même, les politiques nationales doivent être mises en œuvre de façon à tenir compte des différences locales et circonstancielles. Par exemple, les programmes de sensibilisation à la stigmatisation des handicaps liée à la sexualité des jeunes handicapés seront inefficaces s'ils sont basés sur des programmes élaborés pour d'autres pays et ne traitant donc pas les croyances et pratiques discriminatoires spécifiques qui ne sont pas favorables aux droits de l'homme à un niveau local. Par conséquent, les programmes doivent être spécifiques au contexte et doivent aborder les obstacles au sein des communautés locales

et prendre en compte la culture locale. De façon similaire, les programmes doivent être sensibles aux différences socio-économiques entre les pays, les communautés et les individus. Par exemple, les modèles de services doivent être adaptés aux environnements ruraux ou aux situations humanitaires afin d'assurer leur accessibilité dans des environnements substantiellement différents des communautés urbaines ou des populations stables, etc.

DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS ET SENSIBILISATION

Il est primordial que tous les décideurs, administrateurs de programmes et prestataires de services connaissent les droits des personnes handicapées et soient formés à l'inclusion des handicaps. Il est également essentiel que les jeunes handicapés et leurs aidants soient informés des droits des jeunes handicapés, dont l'accès à la SSR ainsi qu'à la prévention et aux interventions concernant la VBG. Les décideurs ne peuvent élaborer de nouvelles lois et politiques, et les responsables des programmes et prestataires de services ne peuvent fournir des services garantissant les droits des jeunes handicapés s'ils ignorent ou ne comprennent pas que les jeunes handicapés ont des droits égaux et qu'ils peuvent être inclus et bénéficier des services. Les jeunes handicapés, qui sont les parties prenantes les plus importantes dans le processus d'élaboration des politiques et des prestations de services, ne peuvent fournir des conseils sur la meilleure façon dont les États peuvent leur permettre d'accéder et de faire appliquer les DSSR et de mener une vie sans violence s'ils ne sont pas informés de leurs droits. Il est également important que les parents et autres personnes s'occupant de jeunes handicapés soient conscients des droits des jeunes, notamment en matière de SSR, et de prévention et interventions concernant la VBG, afin d'assurer qu'ils soutiennent les jeunes handicapés participant aux activités de conseil et de consultation et qu'ils aient accès à leurs droits sur un pied d'égalité.

PARTICIPATION ET INCLUSION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

La participation de la société civile est essentielle pour faire en sorte que les États élaborent des lois, des politiques et des programmes qui traitent des obstacles spécifiques auxquels font face les jeunes handicapés dans leur vie quotidienne. Il s'agit également d'un principe directeur important pour garantir que les États continuent de répondre aux besoins des jeunes handicapés, notamment en assurant un suivi et une évaluation continus des initiatives liées aux DSSR et à la prévention et interventions concernant la VBG du point de vue des jeunes handicapés. Les questions concernant les jeunes handicapés doivent également être intégrées dans les activités adéquates de la société civile, dont les organisations liées à la jeunesse, aux droits des femmes et aux handicaps. Ces organisations doivent également soutenir le développement de la direction et de l'assistance technique pour les jeunes handicapés afin qu'ils puissent créer leurs propres OSC. Ceci permettra d'assurer un moyen d'expression pour les jeunes handicapés et un partenariat solide pour les États pour l'élaboration de programmes et services liés aux DSSR et à la prévention et interventions concernant la VBG. Les États doivent veiller à ce que non seulement les OSC représentent les jeunes handicapés, mais également tous les groupes comme les jeunes femmes et adolescentes handicapées, les jeunes handicapés représentant différentes identités, et les jeunes handicapés représentant la diversité des handicaps. Ces pratiques sont basées sur le principe « Rien qui nous concerne sans nous » et bénéficient de la compréhension, de l'expérience et de l'énergie qu'apportent les jeunes handicapés. Afin d'obtenir ces avantages, les États doivent institutionnaliser un rôle pour les jeunes handicapés en tant que conseillers sur les lois, les politiques et les programmes et inclure ces jeunes dans les conseils consultatifs nationaux et autres forums de la société civile à un niveau international, national, régional et local, pour veiller à ce que les initiatives liées aux DSSR et à la prévention et interventions concernant la VBG, correspondent aux conseils de ces jeunes et soient suivies depuis leur point de vue. La société civile, dans le cadre de ses activités

dans différents secteurs, y compris les OPH, doit veiller à favoriser l'égalité entre les sexes et à ce que les femmes et les filles soient représentées au sein de leur personnel et de leur direction, et que les programmes abordent les questions liées au genre, notamment concernant l'élimination de la VBG et la mise en avant de l'émancipation des femmes et des filles.

SUIVI ET ÉVALUATION

Toutes les lois, politiques et programmes liés aux DSSR et à la prévention et interventions concernant la VBG, doivent être suivis et évalués du point de vue des jeunes handicapés. Les jeunes handicapés et les organisations qui les représentent peuvent être inclus de diverses façons. Ils doivent tout d'abord être intégrés et inclus aux seins des conseils consultatifs et des forums de la société civile, au niveau national comme local. Leurs points de vue doivent également être spécifiquement considérés à travers des moyens qualitatifs et quantitatifs tels que des entretiens, des groupes de discussion, des forums de la société civile et des enquêtes ciblant spécifiquement les jeunes handicapés. Pour chacune de ces activités, les OSC représentant les jeunes handicapés peuvent être soutenues en tant que partenaires pour contribuer aux activités de suivi et d'évaluation. Les jeunes handicapés doivent également être soutenus et inclus dans le développement de la société civile ou des contre-rapports concernant les États parties à la CDPH, la CEFDF et la CDE.

COLLECTE DE DONNÉES ET RECHERCHE

Les données sur les handicaps, le genre et la jeunesse doivent être recueillies d'une manière inclusive permettant aux chercheurs de désagréger les statistiques afin de clairement identifier les lacunes dans les programmes et services liés aux DSSR et à la prévention et aux interventions concernant la VBG. La désagrégation des données est requise par les Objectifs de développement durable et est

essentielle pour garantir que les jeunes handicapés soient mis en avant et reconnus comme détenteurs de droits. Obtenir des DSSR et le droit de vivre sans violence pour les jeunes handicapés dépend de la capacité des États à mettre en évidence les inégalités. Toutes les données recueillies doivent être disponibles publiquement et largement diffusées dans des formats inclusifs des handicaps. Les données disponibles publiquement sur les DSSR et la VBG sont également fondamentales pour les OSC représentant les jeunes handicapés, particulièrement les jeunes femmes et adolescentes handicapées, pour demander des comptes aux États. Autrefois, la collecte de données concernant les jeunes handicapés était irrégulière et faisait souvent omission des DSSR et de la VBG concernant les jeunes handicapés. Toutefois, de nos jours, les outils de collecte de données ont évolué et permettent aux chercheurs de rassembler les informations plus précises dont ils ont besoin pour permettre des comparaisons entre les nations. Par exemple, le Groupe Washington traitant des statistiques liées aux handicaps, a mis au point de nouveaux outils d'enquête qui incluent les jeunes handicapés et apportent les informations nécessaires aux États afin d'élaborer des politiques correspondant aux besoins. Dans certaines situations, il peut être judicieux de mener des recherches et de recueillir des données relatives à des questions spécifiques affectant de manière disproportionnée les jeunes handicapés ou concernant des identités spécifiques de jeunes handicapés. Par exemple, il peut être important de recueillir des données spécifiques concernant l'impact de la VBG pour les jeunes handicapés ayant une déficience intellectuelle ou de collecter des données spécifiques sur des questions telles que la stérilisation forcée des jeunes handicapés vivant en institution.

PLANIFICATION DE BUDGET INCLUSIVE DES HANDICAPS

L'inclusion des handicaps doit être intégrée à toutes les procédures de planification de budget, en veillant à ce qu'une partie conséquente des fonds soit attribuée

aux programmes et initiatives liés aux DSSR et à la prévention et aux interventions concernant la VBG, qui incluent pleinement les jeunes handicapés. En plus d'intégrer l'inclusion des handicaps dans tous les programmes et initiatives liés aux DSSR et à la prévention et aux interventions concernant la VBG, les États doivent également prévoir un budget pour les approches ciblées pour les cas appropriés et nécessaires afin de permettre aux jeunes handicapés d'avoir accès et de faire appliquer leurs DSSR ainsi que la prévention et les interventions liées à la VBG. Pour les États, cette approche budgétaire doit être exigée au niveau national comme au niveau local. Les administrateurs des programmes et les prestataires de services doivent également exiger que les pratiques budgétaires soient inclusives des handicaps pour tous les programmes. Un certain nombre d'États et d'ONG internationales pour les personnes handicapées ont élaboré des directives afin d'intégrer l'inclusion des handicaps dans les activités des programmes. Un certain nombre d'États et d'ONG internationales pour les personnes handicapées ont élaboré des directives afin d'intégrer l'inclusion des handicaps dans les activités des programmes. Par exemple, l'USAID et Mobility International ont publié *Building an Inclusive Development Community: A Manual on Including Persons with Disabilities in International Development Programmes* (Construire une communauté au développement inclusif : un manuel sur l'inclusion des personnes handicapées dans les programmes de développement internationaux), qui recommande que chaque budget attribue 5 à 7 % pour les coûts opérationnels et 1 à 3 % pour les frais administratifs afin de garantir que tous les aspects des programmes soient accessibles.

II. METTRE FIN À LA VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE ENVERS LES JEUNES HANDICAPÉS

L'élimination de la VBG, y compris la violence contre les jeunes handicapés, nécessite des stratégies

globales et à long terme axées sur la prévention de la violence et sur des interventions en conséquence et apportant une assistance. De telles stratégies peuvent être mises en place mais ne doivent pas uniquement aboutir à l'adoption et à la mise en œuvre de cadres juridiques et politiques solides et complets reconnaissant et interdisant toutes les formes de violence contre toutes les femmes et les filles, y compris les femmes et les filles handicapées explicitement. Les stratégies doivent également inclure l'engagement de ressources suffisantes pour assurer un soutien adapté à la mise en œuvre des programmes et une reconnaissance vis-à-vis de la prévention et des interventions relatives à la violence qui doivent être intégrées dans des cadres multiples de politiques, notamment les programmes de santé et d'éducation, les politiques de justice et de maintien de l'ordre, des plans de développement nationaux, etc. Afin d'assurer que les jeunes femmes et filles handicapées bénéficient des mêmes protections contre la violence que leurs pairs non handicapés, les lois, politiques et programmes de lutte contre la violence envers les femmes, doivent reconnaître explicitement les multiples formes de discrimination auxquelles les jeunes femmes, ainsi que d'autres groupes marginalisés, sont régulièrement soumis. De plus ces lois, politiques et programmes doivent définir des stratégies claires pour cibler ces formes de violence tout en apportant un soutien aux jeunes femmes et filles handicapées pouvant être confrontées à la violence ou qui en ont été victimes. Le programme des Nations Unies concernant les services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence est une référence pour la mise en place de services multisectoriels,⁷⁸² et est en cours de déploiement dans plus de 30 pays à travers le monde. Tous les efforts mis en œuvre dans le cadre des services essentiels doivent être adaptés en fonction des droits et besoins des femmes et filles handicapées. De plus, les nouvelles directives UNFPA-WEI (Autonomiser les femmes international)⁷⁸³ apportent des conseils à cet égard.

La législation protégeant les droits des jeunes handicapés de vivre sans violence est un élément

nécessaire à toute stratégie visant à éradiquer la VBG. Dans une étude sur les effets des lois sur la violence domestique, les chercheurs ont conclu que les femmes vivant dans des pays ayant des lois interdisant la violence domestique ont 7 % moins de risques de subir des violences que les femmes vivant dans des pays dépourvus de telles lois.⁷⁸⁴ Afin d'inclure les jeunes handicapés, les lois doivent être revues en fonction des dispositions qui peuvent sembler s'appliquer à tous, mais qui ont en réalité des effets discriminatoires. Afin de garantir une égalité réelle, de nouvelles lois doivent être établies en fonction des vulnérabilités particulières des jeunes handicapés.

En outre, la législation doit mettre en avant la prévention, en mettant l'accent sur l'élimination des normes sociales et des comportements discriminatoires, en incluant non seulement ceux qui discriminent en fonction du genre, mais également du handicap et de la jeunesse. La modification des normes sociales qui perpétuent des mythes sur les handicaps et qui encouragent à la stigmatisation des handicaps et aux stéréotypes sexistes, ainsi qu'au déni de la sexualité des femmes handicapées, doivent être une priorité absolue de la législation préventive.⁷⁸⁵

L'adoption de lois est nécessaire mais n'est toutefois pas suffisante pour prévenir ou répondre à la VBG. Il est essentiel de mettre en place une infrastructure institutionnelle appropriée, multisectorielle, complète et coordonnée capable de mettre en œuvre de telles lois.⁷⁸⁶ De tels systèmes incluent des services de santé coordonnés, dont des services psychosociaux, des refuges, des officiers de police et des agents de la force publique spécialisés et dûment formés, un personnel judiciaire dûment formé et des agents connaissant les lois visant à éliminer la VBG et des programmes de conseil exhaustifs pour les auteurs de tels actes, dotés de ressources suffisantes et fondés sur des données probantes.

En plus de cela, les réformes juridiques sont plus susceptibles d'être efficacement appliquées lorsqu'un État s'efforce clairement de guider leur mise en œuvre par le biais de plans d'action

nationaux, de réglementations, de protocoles et de formations pour les responsables de la mise en œuvre de la loi. La formation des autorités chargées de la mise en œuvre et des fonctionnaires est essentielle, non seulement pour assurer qu'ils aient une connaissance appropriée de la loi et de ses exigences, mais également pour combattre les attitudes discriminatoires contraires à l'intention de la loi et entravant à sa mise en œuvre.⁷⁸⁷ Une coordination adéquate entre les secteurs est également essentielle pour une prévention et des interventions efficaces face à la VBG.⁷⁸⁸ Tous les efforts de prévention et d'intervention concernant la VBG doivent être conformes aux normes du Paquet de services essentiels des Nations Unies pour les femmes et les filles victimes de violence.

D'autre part, les aidants et les membres de la famille doivent être inclus dans les programmes traitant de la VBG et doivent être reconnus en tant que protecteurs potentiels des jeunes handicapés, mais également comme contrevenants éventuels de leurs droits.⁷⁸⁹ Des efforts sont nécessaires afin d'assurer que les aidants soient informés et ait le soutien adéquat, y compris pour les aider vis-à-vis des difficultés qu'ils peuvent éprouver en raison de la gestion menstruelle, en particulier concernant les programmes ciblant la stérilisation ou la contraception forcées.

Pour que les programmes et les politiques soient efficaces, ils doivent être financés de manière durable. Les gouvernements doivent faire en sorte, par le biais de budgets transparents, que des fonds suffisants soient consacrés à l'application des lois adaptées et surveiller la mise en œuvre afin de confirmer que les fonds attribués soient dépensés comme prévu.⁷⁹⁰ Les autorités chargées de la mise en œuvre, dont les prestataires de services, doivent également être tenues responsables du respect des normes établies par les politiques et les réglementations.

Les organisations de la société civile, en particulier les organisations de défense des droits des femmes

et les OPH, sont des partenaires essentiels à la mise en œuvre d'une approche globale pour l'élimination de la VBG. La recherche démontre que les OSC peuvent et doivent être activement impliquées dans la prestation de services, les démarches d'information, l'éducation et la formation des autorités chargées de la mise en œuvre et doivent bénéficier de programmes, de politiques et de soutien aux victimes de violence, parmi d'autres activités.⁷⁹¹ Dans une étude d'Oxfam sur l'application des lois interdisant la violence contre les femmes, les auteurs ont souligné que « tous les représentants de la société civile interrogés ont unanimement indiqué qu'une pratique positive liée à l'application de la loi 24-97 a été la création de réseaux intersectoriels et interinstitutionnels qui, avec la société civile, organisent la dynamique de pouvoir au niveau local et avec l'État, et soutiennent le système de soins. Tous s'accordent à dire que ceci a été possible grâce au fait que les organisations de femmes et le mouvement féministes se sont établis en tant qu'interlocuteurs permanents avec l'État, parfois en tant que ressources humaines au sein du secteur gouvernemental en lui-même, étant sensibles au sujet de la violence contre les femmes (VAW, violence against women).⁷⁹² D'autre part, les preuves démontrent que le fait d'avoir des organisations autonomes de défense des droits des femmes est un facteur essentiel pour le changement des politiques, et assure que les normes globales puissent avoir une influence sur l'élaboration des politiques nationales, ce qui souligne l'importance de l'activisme continu et d'une société civile dynamique.⁷⁹³ Les OSC jouent également un rôle primordial pour tenir les garants de droits responsables de leurs engagements et obligations convenus.

Enfin, toutes les initiatives pour la prévention et les interventions concernant la violence doivent faire de la sécurité des jeunes femmes et des filles handicapées une priorité, en tenant compte de leurs déficiences et de l'accessibilité de leur environnement ainsi que de l'accessibilité à tous les services et refuges.

RECOMMANDATIONS AUX ÉTATS, EN PARTENARIAT AVEC LA SOCIÉTÉ CIVILE ET LES PERSONNES HANDICAPÉES, EN VUE DE GARANTIR LES DROITS DES JEUNES HANDICAPÉS DE VIVRE SANS VBG

SUJET	APPROCHES D'INTÉGRATION	APPROCHES CIBLÉES
Normes internationales	<ul style="list-style-type: none"> Adopter la CDPH, la CEFDF, la CDE ainsi que d'autres outils internationaux et régionaux interdisant la VBG. 	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce que tous les rapports étatiques destinés aux organismes conventionnels au sujet de la VBG, incluent des discussions sur les mesures mises en place afin de garantir le droit des jeunes handicapés à la protection contre la violence.
Évaluer les lois, politiques et programmes existants de prévention et d'intervention concernant la VBG	<ul style="list-style-type: none"> Revoir toutes les lois et réglementations liées à la prévention et aux interventions concernant la VBG afin d'assurer qu'elles incluent les femmes, les filles ainsi que les hommes et les garçons handicapés, notamment en identifiant les formes particulières de violence auxquelles peuvent être confrontées les femmes, les filles, les hommes et les garçons handicapés. Abroger toute loi ou politique discriminatoire envers les jeunes handicapés, y compris dans le droit de la famille ou toute autre loi, et toute loi autorisant la stérilisation, la contraception, l'avortement ou toute autre intervention chirurgicale sur une fille ou une jeune femme sans son consentement libre et éclairé, ou qui permettent l'institutionnalisation forcée ou l'internement involontaire de jeunes femmes et filles handicapées. Inclure les jeunes handicapés au sein de tous les conseils consultatifs et forums de la société civile existants traitant de la prévention et des interventions liées à la VBG. 	<ul style="list-style-type: none"> Si nécessaire, adopter de nouvelles législations ciblant la VBG contre les jeunes femmes, les filles ainsi que les hommes et les garçons handicapés, sous toutes ses formes potentielles. Veiller à ce que les informations sur les lois, politiques, programmes et procédures de dépôt de plainte existants liés à la prévention et aux interventions concernant la VBG soient disponibles dans des formats accessibles et largement distribués, y compris aux OPH et aux prestataires de services pour les jeunes handicapés. Toutes les procédures de dépôt de plainte doivent être privées et ne pas mettre en danger les personnes déposant une plainte en les exposant à d'autres risques de violence. Si nécessaire, adopter des lois pour que les services de police, de santé, d'éducation et de soutien social soient accessibles pour les jeunes handicapés, notamment en reconnaissant la capacité juridique des personnes handicapées de faire valoir leurs droits contre les auteurs de tels actes. Mettre en place des activités de conseil spécifiques pour les jeunes handicapés, y compris les jeunes femmes, les filles, les jeunes hommes et les garçons handicapés, afin d'évaluer et d'apporter des conseils sur les lois, les politiques et les programmes liés à la prévention et aux interventions concernant la VBG.
Prévention de la VBG	<ul style="list-style-type: none"> Revoir les lois et les politiques existantes afin d'assurer qu'elles ne discriminent pas en fonction du genre ou du handicap et qu'elles ne contribuent pas à la subordination des femmes et des filles, ni ne renforcent cela de quelque manière que ce soit. Élaborer des lois et des politiques favorisant l'égalité entre les sexes et contestant les normes discriminatoires et les stéréotypes. Assurer la mise en œuvre efficace des lois existantes qui interdisent la discrimination et la VBG et mettent fin à l'impunité des auteurs. Veiller à ce que tous les efforts de prévention à un niveau national et local, dont les campagnes, la mobilisation communautaire et l'éducation en groupe, incluent les jeunes handicapés dans leur message et dans le cadre de leur développement. 	<ul style="list-style-type: none"> Reconnaître l'exclusion et la vulnérabilité des jeunes handicapés face aux abus sexuels et à la violence dans des contextes particuliers, y compris les contextes institutionnels et de conflit, ainsi que les crises humanitaires, et prendre des mesures actives pour prévenir la violence avant qu'elle ne se produise. Mettre en place des campagnes de sensibilisation sur les droits humains des jeunes handicapés en tant que membres actifs des communautés et remettre en cause les mythes sur les handicaps qui augmentent la vulnérabilité à la violence. Mettre en place des programmes ciblés pour les jeunes handicapés basés sur le partage d'informations concernant les relations saines et la nature de la VBG. Veiller à ce que tous les efforts de prévention, y compris la communication, soient fournis dans des formats accessibles et sensibilisent spécifiquement au risque disproportionné de violence auquel ces jeunes sont confrontés.
Contexte et identité spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> Les décideurs doivent prendre en compte la nature cumulative de la discrimination en fonction du handicap, du sexe, et de l'âge, entre autres catégories sociales, et agir en fonction des facteurs spécifiques au contexte dont les conflits et les catastrophes naturelles, la pauvreté, la ruralité, l'institutionnalisation, ainsi que d'autres multiplicateurs des inégalités. 	<ul style="list-style-type: none"> Toutes les pratiques de l'État doivent être basées sur des normes internationales et être adaptées au contexte afin de faire face aux expériences vécues par les jeunes handicapés dans des conditions socioéconomiques et des réalités culturelles particulières. Élaborer des approches pour faire face aux obstacles particuliers auxquels sont confrontés les jeunes handicapés lors de l'accès et de l'application de leurs DSSR et concernant la prévention et les interventions liées à la VBG, en particulier pour ceux faisant face aux obstacles les plus conséquents, aggravant la discrimination subie par les jeunes handicapés.

SUJET	APPROCHES D'INTÉGRATION	APPROCHES CIBLÉES
Sensibilisation	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce que toutes les campagnes de sensibilisation et d'éducation publique existantes liées à la VBG, soient accessibles aux jeunes handicapés et inclusives, y compris par l'utilisation des formats multiples. 	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer des campagnes de sensibilisation et d'éducation publique ciblées liées à la VBG, accessibles et inclusives des jeunes handicapés et des parents et aidants des jeunes handicapés.
Former les décideurs, les administrateurs des programmes et les prestataires de services à l'inclusion des handicaps	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer des formations obligatoires sur la sensibilisation aux handicaps et l'inclusion des handicaps pour tous les décideurs, administrateurs et prestataires de services, y compris les forces de l'ordre, le personnel judiciaire et le personnel des tribunaux impliqués dans la prévention et les interventions concernant la VBG. Inclure les jeunes handicapés dans la conception et la mise en œuvre des formations. 	<ul style="list-style-type: none"> Former un nombre conséquent de prestataires de services pour la SSR ainsi que la prévention et les interventions concernant la VBG, de dirigeants pour les jeunes au sein des OPH, de dirigeants pour les jeunes, y compris des jeunes femmes et adolescentes, au sein des organisations de jeunesse, sur comment fournir des adaptations adéquates (par ex., interprétariat en langue des signes).
Participation et inclusion de la société civile	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce que les organisations de défense des droits des femmes, des jeunes et des droits de l'Homme ainsi que d'autres organisations visant à éradiquer la VBG, soient impliquées dans l'élaboration des politiques et des programmes. Veiller à ce que ces organisations aient accès à des informations et des données pertinentes pour leur permettre d'effectuer un suivi du respect des engagements de l'État à un niveau international, national et régional. 	<ul style="list-style-type: none"> Inclure les OPH dans la formulation de politiques et de programmes conçus pour prévenir ou intervenir face à la VBG.
Assurer l'accès et l'inclusion dans les services et mesures essentiels pour les victimes de la violence	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la mise en œuvre du Paquet de services essentiels des Nations Unies, et faire en sorte que tous les services de santé, de justice et de police ainsi que les services sociaux pour les victimes de violences, soient disponibles, adaptables, appropriés, mettent en avant la sécurité, mettent en œuvre le consentement éclairé et la confidentialité, le recueil de données et la gestion des informations, fassent usage d'une communication efficace et établissent des liens avec d'autres secteurs et organismes par l'aiguillage et la coordination. 	<ul style="list-style-type: none"> Impliquer les jeunes handicapés en : <ul style="list-style-type: none"> Éduquer directement et diffuser des informations concernant les droits et services à la disposition des jeunes handicapés victimes de violence. Élaborer des politiques, et mettre en place des protections et des mesures de soutien pour les jeunes handicapés ayant une déficience intellectuelle afin de leur permettre d'obtenir justice contre les auteurs d'actes criminels. Veiller à ce que les jeunes handicapés soient informés de leurs droits et des procédures de dépôt de plainte
Inclusion dans le suivi et l'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> Fournir un accès et des arrangements pour les personnes handicapées lors de toutes les audiences publiques et d'autres événements et activités évaluant la loi, les politiques et les programmes. Veiller à ce que tous les outils d'enquête et d'évaluation soient inclusifs et adaptés aux jeunes, aux personnes handicapées et sensibles au genre. Inclure les jeunes handicapés et leurs organisations représentatives dans les conseils consultatifs des organisations œuvrant pour l'élimination de la VBG, à un niveau national et local. 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des forums, des ateliers, des groupes de discussion, et d'autres événements et activités évaluant les lois, les politiques et les programmes pour les jeunes personnes handicapées.
Collecte de données et recherche	<ul style="list-style-type: none"> Assurer que les données sur la prévalence de la VBG soient recueillies en utilisant une terminologie cohérente dans tous les secteurs. Veiller à ce que tous les outils de recueil de données sur la VBG, y compris ceux visant à recueillir des données sur la prévalence et les conséquences de la VBG, soient inclusifs et adaptés aux jeunes, aux personnes handicapées et sensibles au genre. 	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce que les outils de recueil de données soient disponibles dans des formats accessibles et largement diffusés, notamment par le biais des OPH et des prestataires de services pour les jeunes handicapés afin de leur permettre de participer au même titre que leurs pairs non handicapés.
Planification de budget inclusive des handicaps	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer l'inclusion des jeunes handicapés dans les budgets de tous les programmes liés à la prévention et aux interventions concernant la VBG. 	<ul style="list-style-type: none"> Inclure un poste budgétaire distinct pour la prévention et les interventions ciblées pour faire face à la VBG, le cas échéant, pour assurer l'égalité d'accès et l'inclusion des jeunes handicapés.

// III. APPLICATION DES DROITS À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE POUR LES JEUNES HANDICAPÉS

La mise à jour des DSSR pour les jeunes handicapés implique la localisation des normes internationales afin que toutes les lois, politiques et activités des programmes reflètent les normes globales de la pratique positive des États, tout en visant à surmonter les obstacles spécifiques rencontrés par les jeunes handicapés dans un contexte local. Il s'agit d'un processus par lequel les contextes locaux et les normes internationales changent, ce qui nécessite un suivi, une évaluation et des interventions continus face aux inégalités concernant la protection et la promotion des DSSR.

Il existe un certain nombre de normes internationales garantissant les droits des jeunes handicapés, y compris les jeunes femmes et les adolescentes, à la SSR. Celles-ci incluent le Programme d'action de la CIPD, la CDPH, la CEFDF et la CDE.

Il est à noter que tous les services doivent suivre le Cadre AAAQ et inclure les jeunes handicapés afin que les États respectent leurs obligations en vertu de la CDPH, de la CEFDF et d'autres accords internationaux normatifs.

Afin de déterminer si les États remplissent ou non leurs obligations, les États doivent évaluer les DSSR du point de vue des jeunes handicapés. Dans la pratique, cela signifie que les jeunes handicapés et leurs organisations représentatives doivent être inclus dans tous les conseils consultatifs et forums de la société civile œuvrant à promouvoir l'accès et l'application des DSSR. Cela signifie que ces espaces doivent inclure les handicaps, en assurant l'accès et des arrangements afin de promouvoir la pleine participation des jeunes handicapés. Cela

signifie également que les États doivent établir des opportunités consultatives spécifiques pour les jeunes handicapés afin qu'ils puissent évaluer et apporter des conseils concernant les DSSR et inclure spécifiquement les jeunes femmes et adolescentes handicapées. Ces activités peuvent inclure la mise en place d'un forum de la société civile où les jeunes handicapés sont convoqués pour discuter des DSSR, soutenir les OSC représentant les jeunes handicapés pour mettre en œuvre une étude sur l'inclusion et les DSSR et soumettre leurs conclusions et recommandations aux autorités étatiques pertinentes ou pour développer des conseils consultatifs et d'autres organismes veillant à ce que les expériences des jeunes personnes handicapées soient connues de l'État et que les jeunes handicapés soient représentés dans toutes les initiatives ultérieures visant à remédier aux inégalités identifiées.

Toutes les lois et politiques relatives aux DSSR doivent être examinées du point de vue des jeunes handicapés. La législation existante ou nouvelle concernant les DSSR doit inclure un langage d'intégration se référant spécifiquement aux jeunes, aux femmes, aux filles, et aux personnes handicapées en tant que groupes exclus qui ne feront l'objet d'aucune discrimination concernant les DSSR. Deuxièmement, une législation spécifique doit être élaborée afin d'énoncer clairement les obligations de l'État de mettre en œuvre des pratiques incluant les jeunes handicapés concernant les DSSR. Ceci pourrait être accompli en incluant des articles spécifiques dans la législation nationale sur les droits des personnes handicapées relatifs aux DSSR ou par une législation autonome spécifiquement élaborée pour garantir les droits des jeunes handicapés concernant les DSSR. D'autres éléments de la législation doivent être examinés en ce qui concerne l'inclusion des jeunes handicapés vis-à-vis des DSSR. Ceci doit inclure l'abrogation de toute loi autorisant la stérilisation, l'avortement ou d'autres traitements ou procédures de SSR, forcés ou sans consentement. La législation sur la capacité juridique doit être revue et, si nécessaire, abrogée et remplacée, afin que les personnes ayant

des déficiences intellectuelles soient reconnues comme ayant la capacité juridique de prendre des décisions sans contrainte concernant leurs DSSR et que les États fournissent des aménagements décisionnels et une assistance. Il est particulièrement important que les mesures d'aide à la décision soient distinctes et indépendantes de la tutelle légale afin de garantir que les jeunes handicapés eux-mêmes soient des décideurs. Une fois que les lois nécessaires sont en place, les États doivent mener des activités de sensibilisation pour éduquer le grand public, en particulier les jeunes handicapés et leurs parents et aidants, sur leurs droits égaux à l'accès et à l'application des DSSR et comment ces droits peuvent être revendiqués. Parmi les mesures de sensibilisation, il faut veiller à ce que toutes les activités de sensibilisation aux DSSR soient inclusives et que les activités ciblées soient mises en place en fonction des besoins.

En plus des activités de sensibilisation, les États doivent mettre en œuvre un développement obligatoire des capacités d'inclusion des personnes handicapées et une formation pour tous les décideurs, les administrateurs et les prestataires de services concernant les DSSR. Ces formations doivent être exhaustives et périodiques afin de garantir que tout le personnel impliqué dans l'élaboration des politiques, des services, de l'éducation et des programmes relatifs aux DSSR, comprenne parfaitement ses obligations en vertu de la loi pour la non-discrimination des jeunes handicapés, en particulier les jeunes femmes et adolescentes handicapées et comprennent les aménagements de base qui peuvent être fournis pour assurer l'inclusion dans les services de SSR. Les jeunes handicapés et leurs organisations représentatives doivent être inclus dans l'élaboration et la mise en œuvre des formations sur l'inclusion des handicaps. Des formations ciblées doivent également être mises en œuvre pour assurer un noyau de prestataires de services de SSR largement disponibles et sur place, ayant reçu une formation approfondie sur les aménagements spécifiques afin de fournir des services de SSR, y compris une formation en interprétation du langage des signes.

Les jeunes handicapés doivent être inclus dans tous les cursus et programmes d'éducation sexuelle complète (ESC). En plus des recommandations fondamentales énoncées dans le *Guide technique international sur l'éducation sexuelle* de l'UNESCO, les États doivent évaluer les programmes de l'ESC du point de vue des jeunes handicapés et éliminer les obstacles. Par exemple, le Guide technique recommande que l'ESC se déroule dans un environnement d'apprentissage sûr et sain et que des méthodes d'apprentissage interactives soient intégrées par le biais de l'ESC. Du point de vue des jeunes handicapés, les programmes d'ESC doivent dès le départ inclure une formation de sensibilisation au handicap afin d'assurer que les instructeurs et les pairs non handicapés soient conscients des droits des jeunes handicapés, y compris concernant les DSSR, et que les croyances et pratiques qui ne sont pas favorables aux droits de l'Homme aient été abordées avant le début de l'ESC. De plus, les environnements d'apprentissage doivent être évalués du point de vue de l'accessibilité et de l'inclusion des handicaps, tous les supports d'apprentissage doivent être disponibles sous plusieurs formats, les instructeurs doivent être formés aux pédagogies inclusives des handicaps et des aménagements doivent être fournis. Le cas échéant, des programmes d'ESC ciblés pour les jeunes handicapés, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes handicapées, doivent être mis en œuvre avec une sensibilisation spécifique vis-à-vis de l'ESC, des parents et des aidants des jeunes handicapés.

Les services liés aux DSSR doivent inclure les jeunes handicapés tout en assurant qu'ils soient à la fois adaptés aux jeunes et inclusifs des handicaps. Ceci nécessite l'intégration active de ce qui a jusqu'à présent constitué des politiques distinctes. Tous les efforts doivent également être mis en œuvre en fonction des normes de l'OMS pour améliorer la qualité des soins aux enfants et aux jeunes adolescents dans les établissements de santé,⁷⁹⁴ qui définissent ce qui est attendu afin de respecter les droits des enfants, notamment des services de santé pour les enfants, les adolescents et les familles, des soins cliniques basés sur des données probantes, la disponibilité d'un équipement

approprié spécifique aux enfants et aux adolescents, et un personnel compétent et dûment formé. Les normes globales de l'OMS et de l'ONUSIDA pour les Services de santé de qualité pour les adolescents⁷⁹⁵ fournissent également un cadre normalisé pour aider les décideurs

et les prestataires de soins à améliorer la qualité des services de santé afin que les adolescents puissent plus facilement obtenir les services de santé dont ils ont besoin pour promouvoir, protéger et améliorer leur santé et leur bien-être.

PROMOUVOIR LES DROITS À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES JEUNES HANDICAPÉS

RECOMMANDATIONS AUX ÉTATS, EN PARTENARIAT AVEC LA SOCIÉTÉ CIVILE ET LES PERSONNES HANDICAPÉES

SUJET	APPROCHES D'INTÉGRATION	APPROCHES CIBLÉES
Normes internationales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adopter la CDPH, la CEFD, la CDE, le Programme d'action de la CIPD et d'autres normes internationales concernant les DSSR. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Veiller à ce que tous les rapports étatiques destinés aux organismes conventionnels au sujet des DSSR, incluent des discussions sur les mesures mises en place afin de garantir les droits des jeunes handicapés.
Réforme des lois et politiques nationales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revoir toutes les lois et réglementations liées aux DSSR afin d'assurer qu'elles incluent les jeunes handicapés et qu'elles promeuvent l'égalité formelle et substantielle dans l'application de leurs droits. ▪ Abroger toute loi ou politique discriminatoire à l'égard des jeunes handicapés, y compris dans l'éducation et la prestation de services de santé, et toute législation autorisant la stérilisation, la contraception, l'avortement ou toute autre intervention chirurgicale chez un jeune ayant un handicap sans son consentement libre et éclairé. ▪ Développer une législation, des politiques et programmes qui : <ul style="list-style-type: none"> - protègent les droits liés à la SSR, - incluent un langage qui n'autorise pas la discrimination basée sur le handicap, le genre et la jeunesse concernant l'accès aux services de SSR, - tient les prestataires de services pour responsables du déni des DSSR. ▪ Inclure les jeunes handicapés au sein de tous les conseils consultatifs et forums de la société civile existants concernant les DSSR. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Veiller à ce que les informations sur les lois, politiques, programmes et procédures de dépôt de plainte existants liés aux DSSR, dont le déni des DSSR, soient disponibles dans des formats accessibles et largement distribués, y compris aux OPH et aux prestataires de services pour les jeunes handicapés. Toutes les procédures de dépôt de plainte doivent être privées et ne pas mettre en danger les personnes déposant une plainte en les exposant à d'autres risques de représailles. ▪ Si nécessaire, adopter une législation et des politiques qui : <ul style="list-style-type: none"> - assurent que les soins de santé, l'éducation, les services de soutien social soient accessibles pour les jeunes handicapés et que les prestataires de services liés à la SSR reconnaissent le droit des jeunes handicapés de prendre des décisions librement et en toute connaissance de cause concernant leur SSR, - reconnaissent et prennent en compte les obstacles à la mise en œuvre des DSSR pour les jeunes handicapés, dont les obstacles liés à l'attitude, - n'autorisent pas les pratiques telles que la stérilisation forcée ou contrainte qui constituent un déni des DSSR des jeunes handicapés, - garantissent l'accès et l'inclusion des jeunes handicapés à l'ESC et aux services et programmes de SSR de façon égalitaire, - reconnaissent et traitent l'exclusion des jeunes handicapés lors des crises humanitaires et dans les contextes fragiles et de conflits, tout en prenant des mesures afin d'inclure les jeunes handicapés dans tous les programmes concernant les besoins en SSR, - protègent les droits des jeunes handicapés à une reconnaissance égalitaire face à la loi et exigent la reconnaissance de leur capacité légale de façon égalitaire. ▪ Développer des activités de conseil, en particulier pour les jeunes handicapés, afin d'évaluer et de donner des conseils sur les DSSR, y compris pour les lois ou programmes proposés. ▪ Veiller à ce que toutes ces activités de conseil soient ouvertes aux jeunes femmes et aux adolescentes handicapées et leur permettent de participer aux activités visant à promouvoir les DSSR.

SUJET	APPROCHES D'INTÉGRATION	APPROCHES CIBLÉES
Contexte et identité spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les décideurs doivent prendre en compte la nature cumulative de la discrimination en fonction du handicap, du sexe, et de l'âge, entre autres catégories sociales, et doivent faire face aux facteurs spécifiques au contexte, dont les conflits et les catastrophes naturelles, la pauvreté, la ruralité, l'institutionnalisation, ainsi que d'autres multiplicateurs des inégalités. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Veiller à ce que toutes les politiques et tous les programmes liés aux DSSR reconnaissent et prennent en compte les expériences vécues par les jeunes handicapés dans différentes conditions socioéconomiques, en milieu rural ou urbain, dans des contextes fragiles et des réalités culturelles distinctes, face à l'application de leurs DSSR. ▪ Mettre en place des campagnes de sensibilisation sur les droits humains des jeunes handicapés en tant que membres actifs des communautés et remettre en cause les mythes sur les handicaps qui augmentent la vulnérabilité à la discrimination et au déni des DSSR. ▪ Développer des programmes conçus spécialement pour les jeunes handicapés, y compris les jeunes présentant des déficiences intellectuelles, afin de partager des informations sur la santé sexuelle et reproductive, y compris des informations sur les relations sexuelles positives et saines et la planification familiale. ▪ Veiller à ce que toutes les informations sur les DSSR, dont la contraception, la prévention et le traitement des IST, la santé et le bien-être maternels, soient disponibles dans des formats accessibles et adaptés à l'âge, et largement disponibles pour les OPH, les organisations de jeunesse et les organisations féminines.
Sensibilisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Veiller à ce que toutes les campagnes de sensibilisation et d'éducation publique existantes liées aux DSSR, soient accessibles aux jeunes handicapés et inclusives, y compris par l'utilisation des formats multiples. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer des campagnes de sensibilisation et d'éducation publique ciblées liées aux DSSR, accessibles et inclusives des jeunes handicapés et des parents et aidants des jeunes handicapés. ▪ Veiller à ce que les jeunes handicapés, leurs parents et leurs soignants soient informés de leurs DSSR et des mécanismes de plainte en cas de violation de leurs droits et soient habilités à plaider en faveur d'une plus grande inclusion.
Former les décideurs, les administrateurs des programmes et les prestataires de services à l'inclusion des handicapés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place des formations obligatoires de sensibilisation aux handicaps et d'inclusion des handicaps pour tous les décideurs, les administrateurs des programmes et les prestataires de services impliqués dans l'avancement des DSSR pour : <ul style="list-style-type: none"> - sensibiliser concernant les DSSR des jeunes handicapés, - Inclure les jeunes handicapés dans la conception et la mise en œuvre des formations. ▪ Inclure les jeunes handicapés dans la conception et la mise en œuvre des formations. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Former un nombre conséquent de prestataires de services de SSR disponibles à travers le système lié aux DSSR pour la fourniture d'aménagements spécifiques (par ex. interprétariat en langue des signes), et former les animateurs de jeunesse au sein des OPH et des organisations de jeunesse, y compris les jeunes femmes et adolescentes au sein des organisations de jeunesse, sur comment fournir des aménagements adéquats (par ex., interprétariat en langue des signes).
Participation et inclusion de la société civile	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Veiller à ce que les organisations de défense des droits des femmes, des jeunes et des droits de l'Homme, de même que d'autres organisations favorisant l'accès aux services de SSR, à l'éducation, aux informations et à la jouissance des droits relatifs à la procréation, soient incluses dans l'élaboration des politiques et des programmes. ▪ Veiller à ce que ces organisations aient accès à des informations et des données pertinentes pour leur permettre d'effectuer un suivi du respect des engagements de l'État à un niveau international, national et régional. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inclure les OPH dans l'élaboration de politiques et de programmes visant à promouvoir l'accès et la jouissance des DSSR.
Mettre en œuvre l'ESC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impliquer les décideurs politiques travaillant sur les politiques nationales d'éducation et de services de santé afin qu'ils respectent des normes de base pour la fourniture d'ESC dans les écoles et les établissements de santé. ▪ Adopter des stratégies et des programmes nationaux pour garantir à tous les jeunes l'accès à l'ESC et que des informations précises et adaptées à leur âge concernant les DSSR soient largement accessibles à tous les jeunes. ▪ Garantir que les cursus et les programmes d'ESC incluent les jeunes handicapés en fournissant les informations dans différents formats. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concevoir et mettre en œuvre des programmes d'ESC accessibles aux jeunes handicapés, y compris aux jeunes ayant une déficience intellectuelle. ▪ Mettre en œuvre des programmes d'ESC conçus spécifiquement pour les parents et les soignants de jeunes handicapés dans des lieux accessibles et à des moments adaptés.

SUJET	APPROCHES D'INTÉGRATION	APPROCHES CIBLÉES
Garantir l'inclusivité des services de SSR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Veiller à ce que tous les services de santé soient adaptés aux jeunes et à ce que les personnes handicapées soient inclus en adoptant des règlements et des programmes qui : <ul style="list-style-type: none"> - promeuvent le renforcement des capacités parmi les prestataires de services de santé, - améliorent l'accessibilité des établissements de services de santé et veillent à ce que les établissements soient correctement équipés pour répondre aux besoins des personnes handicapées, - exigent que les prestataires de services de santé répondent aux objectifs d'inclusion des politiques liées aux DSSR. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir l'inclusion des jeunes handicapés en : <ul style="list-style-type: none"> - éduquant les jeunes handicapés concernant leurs droits à des services de SSR inclusifs, - fournissant des informations accessibles sur comment et où trouver des services de SSR, - veillant à ce que les programmes promouvant les services de SSR, dont ceux relatifs à la planification familiale et à la prévention et au traitement des IST, soient accessibles aux jeunes handicapés, - élaborant des politiques d'aide à la prise de décision, des mesures de protection et des mesures de soutien pour les jeunes handicapés, y compris les jeunes ayant une déficience intellectuelle, afin de leur permettre d'exercer leurs droits de prendre des décisions concernant leur SSR, - œuvrant pour faire en sorte que les jeunes handicapés puissent jouir de leurs droits concernant la procréation, sans crainte d'ingérence ou de contrainte.
Inclusion dans le suivi et l'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournir un accès et des arrangements pour les personnes handicapées lors de toutes les audiences publiques et d'autres événements et activités évaluant la loi, les politiques et les programmes. ▪ Veiller à ce que tous les outils d'enquête et d'évaluation soient inclusifs et adaptés aux jeunes, aux personnes handicapées et sensibles au genre. ▪ Assurer que les jeunes handicapés et leurs organisations représentatives soient inclus dans les conseils consultatifs des organisations concernant les DSSR, à un niveau national et local. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faciliter des forums, des ateliers, des groupes de discussion, et d'autres événements et activités évaluant les lois, les politiques et les programmes pour les jeunes personnes handicapées.
Collecte de données et recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Veiller à ce que tous les outils de recueil de données concernant les DSSR soient inclusifs et adaptés aux jeunes, aux personnes handicapées et sensibles au genre. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recueillir des données et mener des recherches sur les obstacles spécifiques aux DSSR auxquels les jeunes handicapés sont confrontés, notamment la collecte de données et la recherche sur les obstacles auxquels font face les jeunes handicapés, en particulier ceux confrontés à des obstacles et à une discrimination plus conséquents.
Planification de budget inclusive des handicaps	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégrer l'inclusion des jeunes handicapés dans tous les budgets liés aux DSSR. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inclure un poste budgétaire distinct pour les programmes, les services, l'éducation et les initiatives ciblant les DSSR et visant à garantir l'égalité d'accès et l'inclusion des jeunes handicapés.

// IV. GARANTIR L'INCLUSION DES JEUNES HANDICAPÉS

RECOMMANDATIONS POUR LES ÉTATS

L'élaboration et la mise en œuvre de toutes les bonnes pratiques dirigées par le gouvernement exigent la participation des jeunes handicapés et de leurs organisations représentatives. Les OSC représentant les jeunes handicapés ont le droit de participer aux affaires publiques, en particulier toutes les lois,

politiques et activités des programmes ayant un impact direct pour leurs membres. En tant que telle, une société civile forte et dynamique intégrant les jeunes handicapés, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes handicapées, est une condition préalable pour des initiatives efficaces liées aux DSSR ainsi qu'à la prévention et aux interventions concernant la VBG. Les gouvernements ont le double devoir de soutenir le développement des OSC représentant les jeunes handicapés mais également de protéger la liberté de la société civile de l'État en garantissant un espace dans lequel les OSC peuvent agir indépendamment et demander

des comptes aux États. Les États ont le pouvoir de rassembler différents mouvements, y compris ceux qui promeuvent les droits des personnes handicapées, l'égalité des sexes, l'émancipation des femmes et des filles, les organisations dirigées par des jeunes, tout en encourageant à la mise en place d'initiatives inter-mouvements.

Les États doivent mettre en place un cadre juridique complet qui protège les droits civils et politiques fondamentaux d'association, de rassemblement et d'expression. Ils doivent également veiller à ce qu'il n'y ait pas d'obstacles juridiques à la participation des jeunes handicapés dans la société civile et que la société civile soit un espace protégé et inclusif garantissant aux jeunes handicapés un accès égal à la sphère publique. Par exemple, les forums publics dans lesquels les OSC expriment leurs opinions doivent être accessibles, et les OSC ne doivent pas être autorisées à discriminer les jeunes handicapés et à exclure leur adhésion. La protection juridique et l'inclusion incluent la capacité des jeunes handicapés à établir et de gérer leurs propres organisations. De nombreux États exigent que les OSC soient enregistrées et renouvellent régulièrement leur inscription périodiquement. Ces procédures doivent être accessibles et inclusives des personnes handicapées, notamment en fournissant des informations concernant l'inscription sous différents formats et en assurant que tous les bureaux d'inscription soient accessibles, fournissent des aménagements raisonnables et soient disponibles dans tout le pays. La documentation requise et les frais d'inscription ne doivent pas être onéreux, et la procédure d'inscription, d'évaluation et de certification ne doit pas prendre beaucoup de temps. Les États doivent également mettre en place des mesures positives, le cas échéant, dans le but d'aider les jeunes handicapés à organiser leurs propres OSC dans des environnements où il n'y a pas eu jusqu'à présent d'inclusion significative des jeunes handicapés dans la société civile. Ceci peut inclure des États qui mettent en place des ateliers de développement de la direction et de l'organisation qui réunissent des jeunes handicapés, en particulier

des jeunes femmes et adolescentes handicapées, et aident à identifier les besoins, élaborer des énoncés de mission, des activités de programmes et des plans stratégiques, ainsi qu'à rassembler tous les documents requis pour l'inscription. Ces activités peuvent notamment consister à mettre en place des liens entre les jeunes handicapés et intégrer les droits des jeunes, des personnes handicapées, des femmes et d'autres OSC et réseaux qui entreprennent des activités liées aux DSSR ainsi qu'à la prévention et aux interventions concernant la VBG.

Les États doivent mettre en place des mécanismes permettant aux OSC représentant les jeunes handicapés d'être activement impliquées dans le processus d'élaboration des politiques et de mise en œuvre des programmes. Les OSC doivent participer activement à l'identification des obstacles que rencontrent les jeunes handicapés, en particulier les jeunes femmes et adolescentes, lors de l'accès et de l'application des DSSR et des services de prévention et d'intervention concernant la VBG, par la mise en place de lois, de politiques et d'activités des programmes visant à éliminer ces obstacles. Les OSC représentant les jeunes handicapés doivent être intégrées dans tous les mécanismes consultatifs qui représentent leurs identités diverses et intersectionnelles. Cela signifie qu'elles doivent être incluses dans les conseils consultatifs et les forums de la société civile traitant des questions liées à la jeunesse, au handicap et au genre. Par exemple, les jeunes handicapés ne doivent pas seulement être représentés au Conseil national consultatif des personnes handicapées, mais également au sein des conseils nationaux pour la jeunesse et pour l'égalité des sexes. Cette même intégration de la représentation doit avoir lieu au niveau local, comme la participation aux conseils consultatifs municipaux et aux forums de la société civile. De cette manière, chaque aspect de leur identité et chaque multiplicateur de discrimination sur la base de l'âge, du handicap et du genre sont reconnus dans les affaires publiques. Les conseils consultatifs et les forums de la société civile traitant spécifiquement des DSSR et de la prévention et

des interventions concernant la VBG, doivent également inclure la représentation des jeunes handicapés. Tous ces forums doivent inclure les handicaps en assurant l'accès, des aménagements et que toutes les informations soient disponibles dans plusieurs formats. Les États doivent également périodiquement faciliter les forums de la société civile spécifiquement pour les jeunes handicapés afin qu'ils puissent discuter de leurs problèmes et préoccupations et apporter des conseils sur les lois, les politiques et les activités des programmes pour corriger les inégalités. Les OSC représentant les jeunes handicapés doivent également être soutenues par les États pour participer aux forums internationaux, régionaux et nationaux, y compris les forums d'évaluation de la CDPH, de la CEFDF et de la CDE.

Les États doivent soutenir les OSC représentant les jeunes handicapés dans des activités visant à diffuser des informations sur les droits des jeunes handicapés, y compris l'application et l'accès aux DSSR et à la prévention et aux interventions concernant la VBG. Pour les OSC impliquées dans les programmes et les initiatives relatives aux DSSR et celles liées à la sensibilisation et à l'élimination de la VBG, les États doivent veiller à ce que les campagnes de la société civile soutenues par l'État soient accessibles et inclusives des personnes handicapées. Les États doivent également soutenir les activités de sensibilisation et d'éducation concernant les droits mises en œuvre par les OPH représentant les jeunes handicapés, qui incluent la sensibilisation dans le cadre des activités de leurs programmes. Ceci doit inclure un soutien aux campagnes de sensibilisation ciblant spécifiquement les jeunes handicapés ainsi que leurs parents et aidants, pour les éduquer sur les droits des jeunes handicapés, en particulier ceux des jeunes femmes et des filles, y compris leurs droits en termes de sexualité et de reproduction et leur droit vivre sans violence. Les États doivent préconiser que toutes les OSC proposant des services liés aux DSSR ainsi qu'à la prévention et aux interventions concernant la VBG, soient accessibles et inclusives des jeunes handicapés. Ceci est particulièrement

important dans les contextes où les OSC fournissent de nombreux services liés DSSR ainsi qu'à la prévention et aux interventions concernant la VBG, tels que les ONG internationales offrant un accès au planning familial ou aux services de prévention et de traitement du VIH / SIDA dans les pays à faible revenu. Le cas échéant, les États doivent également soutenir les OSC représentant les jeunes handicapés dans les cas où elles fournissent des services ciblés liés aux DSSR ainsi qu'à la prévention et aux interventions concernant la VBG, à leurs membres et aux autres jeunes handicapés.

La société civile représente l'outil le plus important pour responsabiliser les États, en veillant à ce qu'ils répondent aux besoins de leurs citoyens, tout en protégeant et promouvant leurs droits humains. Une pratique positive des États en matière de suivi et d'évaluation consiste pour les États à inclure activement la société civile dans l'examen des lois, des politiques et de la mise en œuvre des programmes. Les États doivent inclure et soutenir les jeunes handicapés et leurs organisations représentatives dans les processus de suivi continu concernant les DSSR ainsi que la prévention et les interventions liées à la VBG. Ceci doit inclure le soutien aux OSC représentant les jeunes handicapés, en particulier les jeunes femmes et adolescentes handicapées, dans la préparation de rapports de la société civile ou contre-rapports pour la CDPH, la CEFDF et la CDE, ainsi que d'autres outils internationaux pertinents aux DSSR et à l'élimination de la VBG. Les États parties à la CDPH ont l'obligation légale d'inclure les personnes handicapées dans le suivi de la mise en œuvre des droits des personnes handicapées par les États. Les États doivent veiller à ce que les OSC comprises dans ce processus de suivi incluent les jeunes, y compris les jeunes femmes et les filles.

Enfin, dans le cadre de la CDPH, les États parties apportant un soutien à la coopération internationale doivent non seulement veiller à ce que leurs activités de développement international incluent les handicaps mais aussi à collaborer avec les OSC représentant les personnes handicapées. De

cette façon, les États doivent mettre en œuvre des politiques et des pratiques garantissant que leurs activités de développement international incluent non seulement les personnes handicapées et leurs OPH représentatives, mais également les jeunes handicapés, en particulier les jeunes femmes et les

adolescentes handicapées. Ils doivent également promouvoir l'inclusion des jeunes handicapés au sein d'autres OSC axées sur la promotion des droits des jeunes, des femmes et des filles, l'égalité des sexes et des DSSR, par exemple.

PROMOUVOIR LA PARTICIPATION DES JEUNES HANDICAPÉS À TRAVERS LA SOCIÉTÉ CIVILE

RECOMMANDATIONS AUX ÉTATS, EN PARTENARIAT AVEC LA SOCIÉTÉ CIVILE ET LES PERSONNES HANDICAPÉES

SUJET	APPROCHES D'INTÉGRATION	APPROCHES CIBLÉES
Garantir les droits civils et politiques	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer une législation qui : <ul style="list-style-type: none"> Protège les droits d'association, au rassemblement et d'expression. 	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer une législation qui : <ul style="list-style-type: none"> Protège spécifiquement les droits d'association, au rassemblement et d'expression des jeunes handicapés.
Inscription et renouvellement des OSC	<ul style="list-style-type: none"> Simplifier la procédure et assurer qu'elle soit accessible : <ul style="list-style-type: none"> toutes les informations et les formulaires requis doivent être fournis dans différents formats. Les bureaux d'inscription doivent être accessibles et disponibles sur plusieurs sites à travers le pays. La documentation requise doit être minimale et non contraignante. Les frais d'inscription doivent être peu élevés ou gratuits. Les délais d'évaluation doivent être aussi courts que possible. 	<ul style="list-style-type: none"> Cibler les jeunes handicapés en : <ul style="list-style-type: none"> mettant en place des ateliers ciblés sur les procédures d'inscription et de renouvellement pour les jeunes handicapés. Fournissant une assistance continue aux jeunes handicapés tout au long de la procédure. Excluant les frais d'inscription pour les jeunes handicapés et les autres groupes confrontés à des formes de discrimination multiples et croisées.
Participation active et conseils pour l'élaboration des politiques et la mise en œuvre des programmes	<ul style="list-style-type: none"> Inclure les jeunes handicapés dans les conseils consultatifs gouvernementaux, en particulier ceux traitant de la jeunesse, des handicaps et du genre. Assurer et défendre l'accès et les aménagements pour les personnes handicapées concernant tous les forums de la société civile. 	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce que la société civile, en particulier les jeunes handicapés, puisse participer de manière significative à l'élaboration des politiques et au développement des programmes, tout en ayant la possibilité de discuter de leurs problèmes et préoccupations. Soutenir les jeunes handicapés qui se représentent eux-mêmes dans des forums internationaux, régionaux, nationaux et locaux. Soutenir les jeunes femmes et adolescentes handicapées afin qu'elles se représentent elles-mêmes et leurs organisations dans des forums internationaux, régionaux, nationaux et locaux.
Sensibilisation aux DSSR ainsi qu'à la prévention et aux interventions concernant la VBG	<ul style="list-style-type: none"> Les OSC doivent être soutenues dans leurs campagnes de sensibilisation, y compris celles visant à la création de la demande pour les DSSR ainsi que la prévention et les interventions concernant la VBG, qui soient accessibles et inclusives des personnes handicapées. 	<ul style="list-style-type: none"> Les jeunes handicapés doivent être soutenus dans l'élaboration de leurs propres campagnes de sensibilisation liées aux DSSR ainsi qu'à la prévention et aux interventions concernant la VBG, qui ciblent les jeunes handicapés, leurs familles et d'autres personnes.
Inclusion dans le suivi et l'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> Fournir un accès et des arrangements pour les personnes handicapées lors de toutes les audiences publiques et d'autres événements et activités évaluant la loi, les politiques et les programmes. Veiller à ce que tous les outils d'enquête et d'évaluation soient inclusifs et adaptés aux jeunes, aux personnes handicapées et sensibles au genre. 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des forums, des ateliers, des groupes de discussion, et d'autres événements et activités évaluant les lois, les politiques et les programmes pour les jeunes personnes handicapées. Collaborer avec les OSC afin d'assurer la représentation des jeunes handicapés lors de l'élaboration de contre-rapports de la société civile à l'intention de la CDPH, la CEFDF et la CDE.

SUJET	APPROCHES D'INTÉGRATION	APPROCHES CIBLÉES
Prestation de services	<ul style="list-style-type: none"> Les OSC proposant d'autres services pertinents aux DSSR ainsi qu'à la prévention et aux interventions concernant la VBG, doivent les rendre accessibles et inclusifs des jeunes handicapés. 	<ul style="list-style-type: none"> Les États doivent soutenir les OSC représentant les jeunes, qui mettent en œuvre des services liés aux DSSR ainsi qu'à la prévention et aux interventions concernant la VBG, le cas échéant.
Développement international	<ul style="list-style-type: none"> Les États qui soutiennent la coopération internationale doivent veiller à ce que toutes les activités de développement soient axées sur les handicaps, y compris les activités menées par les partenaires de la société civile. 	<ul style="list-style-type: none"> Les États qui apportent un soutien à la coopération internationale doivent encourager le développement des OSC représentant les jeunes handicapés, y compris les organisations représentant spécifiquement les jeunes femmes et les adolescentes handicapées. Les États qui apportent un soutien à la coopération internationale doivent encourager le développement et la mise en place d'initiatives inter-mouvements, en soutenant différents réseaux de la société civile, dans toute leur diversité, pour collaborer et aborder collectivement l'intersectionnalité.

RECOMMANDATIONS AUX AGENCES DES NATIONS UNIES, À LA SOCIÉTÉ CIVILE, AUX UNIVERSITÉS, AUX COMMUNAUTÉS ET AU SECTEUR PRIVÉ

Chacun joue un rôle important et nécessaire pour faire en sorte que les jeunes handicapés participent activement à la société et puissent jouir de leurs droits dans leur vie quotidienne sur un pied d'égalité. Les États doivent reconnaître les jeunes handicapés comme des citoyens essentiels qui méritent les mêmes droits, opportunités et protections que tous les citoyens, et les familles, les pairs, les dirigeants

communautaires, les enseignants et les chercheurs, les employeurs et les collègues, et tous les autres membres de la communauté doivent également reconnaître qu'ils ont la responsabilité de promouvoir activement l'inclusion des jeunes handicapés. De nombreux acteurs jouent un rôle dans l'avancée des DSSR et dans la promotion de la prévention et des services liés à la VBG. Les agences des Nations Unies, la société civile, les universités et les agents du secteur privé, en partenariat avec les États, doivent veiller à ce que les jeunes handicapés soient inclus dans toutes les politiques, programmes, services et autres activités, notamment liées aux DSSR ainsi qu'à la prévention et aux interventions concernant la VBG.

PROMOUVOIR LES DROITS DES JEUNES HANDICAPÉS RECOMMANDATIONS POUR LES AGENCES DES NATIONS UNIES, LA SOCIÉTÉ CIVILE, LES UNIVERSITÉS, LES COMMUNAUTÉS ET LE SECTEUR PRIVÉ

SUJET	APPROCHES D'INTÉGRATION	APPROCHES CIBLÉES
Normes internationales	<ul style="list-style-type: none"> Les agences des Nations Unies, la société civile et le secteur privé doivent s'harmoniser avec les États afin de se conformer aux normes internationales. Les agences des Nations Unies, la société civile et le secteur privé doivent évaluer leurs activités et les activités des États du point de vue des normes internationales. 	<ul style="list-style-type: none"> Les agences des Nations Unies, la société civile et le secteur privé doivent mettre en œuvre une approche basée sur les droits, qui inclut activement les jeunes handicapés dans toutes les activités des programmes.

SUJET	APPROCHES D'INTÉGRATION	APPROCHES CIBLÉES
Approches globales et intégrées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les politiques et les initiatives programmatiques doivent adopter une approche globale et intégrée qui implique toutes les personnes au sein des organisations, des entreprises, des associations communautaires et des universités, afin d'assurer l'inclusion des personnes handicapées, à tous les niveaux appropriés. ▪ Les agences des Nations Unies, la société civile, les universités et le secteur privé doivent revoir toutes les politiques organisationnelles et les programmes pour l'inclusion des jeunes handicapés. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les agences des Nations Unies, la société civile et le secteur privé doivent encourager une approche duale pour garantir les droits des jeunes handicapés en intégrant les handicaps, la jeunesse, et le genre dans toutes les activités liées aux DSSR ainsi qu'à la prévention et aux interventions concernant la VBG, le cas échéant, et par des programmes ciblés pour aborder les obstacles les plus conséquents auxquels font face les jeunes handicapés lors de l'accès et de l'application des DSSR et des services de prévention et d'intervention concernant la VBG. ▪ Les OPH doivent soutenir davantage d'activités axées sur la jeunesse et la sensibilité au genre, y compris les jeunes femmes et les filles handicapées dans des positions de direction et impliquées dans des activités de promotion des DSSR ainsi que des services de prévention et d'intervention concernant la VBG. ▪ Les agences des Nations Unies, la société civile, les universités et le secteur privé doivent veiller à ce que toutes les politiques et pratiques liées à la prévention et à la réparation du harcèlement sexuel, de l'exploitation et des abus, ne soient pas discriminatoires envers les jeunes handicapés.
Contexte et identité spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les agences des Nations Unies, la société civile, les universités et le secteur privé doivent prendre en compte la nature cumulative de la discrimination en fonction du handicap, du sexe, et de l'âge, entre autres catégories sociales, et agir en fonction des facteurs spécifiques au contexte dont les conflits et les catastrophes naturelles, la pauvreté, la ruralité, l'institutionnalisation, ainsi que d'autres multiplicateurs des inégalités. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toutes les pratiques des agences des Nations Unies, de la société civile et du secteur privé doivent être basées sur des normes internationales et être adaptées au contexte afin de faire face aux expériences vécues par les jeunes handicapés dans des conditions socioéconomiques et des réalités culturelles particulières. ▪ Les agences des Nations Unies, la société civile et le secteur privé doivent, le cas échéant, mettre en place des approches pour surmonter les obstacles particuliers auxquels sont confrontés les jeunes handicapés lors de l'accès et de l'application de leurs DSSR et concernant la prévention et les interventions liées à la VBG, en particulier pour ceux faisant face aux obstacles les plus conséquents, aggravant la discrimination subie par les jeunes handicapés. ▪ Les agences des Nations Unies, la société civile et le secteur privé doivent œuvrer contre la stigmatisation et la discrimination, en tenant compte de la nature complexe des formes multiples et croisées de discrimination à l'égard des jeunes handicapés.
Sensibilisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les agences des Nations Unies, la société civile, le milieu universitaire et le secteur privé doivent former tous les dirigeants organisationnels, administrateurs de programmes et prestataires de services à l'inclusion des handicaps et aux préjugés inconscients pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination. ▪ Les communautés peuvent plaider auprès des décideurs politiques locaux afin d'assurer que les services locaux liés aux DSSR ainsi qu'à la prévention et aux interventions concernant la VBG soient accessibles aux personnes handicapées. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les agences des Nations Unies, la société civile et le secteur privé doivent soutenir les campagnes de sensibilisation pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination et veiller à ce que toutes ces initiatives soient accessibles et inclusives à tous les égards. ▪ Les communautés peuvent œuvrer afin de promouvoir des attitudes et des croyances positives envers les jeunes handicapés, y compris en ce qui concerne leurs DSSR et leur droit de vivre sans violence. ▪ Les communautés peuvent lutter contre la violence et le harcèlement des jeunes handicapés. ▪ Le secteur privé peut promouvoir la diversité et l'inclusion des jeunes handicapés dans les environnements de travail. ▪ Le milieu universitaire doit mener des recherches concernant les jeunes handicapés, relatives aux DSSR ainsi qu'à la prévention et aux interventions liées à la VBG, en consultation avec les OPH.

SUJET	APPROCHES D'INTÉGRATION	APPROCHES CIBLÉES
Participation	<ul style="list-style-type: none"> Les agences des Nations Unies, la société civile, le monde universitaire et le secteur privé doivent développer leurs capacités en formant des dirigeants organisationnels et d'entreprise, des administrateurs de programmes et des prestataires de services à l'inclusion des personnes handicapées. Les communautés doivent défendre et promouvoir l'inclusion et la participation des jeunes handicapés dans leurs communautés. Les agences des Nations Unies, la société civile, le milieu universitaire et le secteur privé doivent promouvoir la participation des jeunes handicapés aux conseils consultatifs gouvernementaux, en particulier ceux traitant de la jeunesse, des handicaps et de l'égalité des sexes. La société civile doit assurer et défendre l'accès et les aménagements pour les personnes handicapées concernant tous les forums de la société civile. 	<ul style="list-style-type: none"> Les agences des Nations Unies, la société civile, le milieu universitaire et le secteur privé, doivent assurer que les jeunes handicapés et les OSC les représentant participent à l'élaboration des politiques organisationnelles et des initiatives programmatiques liées aux DSSR ainsi qu'à la prévention et aux interventions concernant la VBG. Les réseaux de divers mouvements doivent collaborer plus étroitement, y compris ceux œuvrant pour les handicaps, et sur des questions concernant la jeunesse, le genre, etc., pour la mise en place d'initiatives inter-mouvements et pour aborder plus efficacement l'intersectionnalité.
Suivi et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> Les agences des Nations Unies, la société civile, les universités et le secteur privé doivent veiller à ce que toutes les politiques organisationnelles et d'entreprise ainsi que les activités programmatiques soient suivies et évaluées du point de vue des jeunes handicapés. 	<ul style="list-style-type: none"> Les agences des Nations Unies et la société civile doivent mettre en place des forums, des ateliers, des groupes de discussion et d'autres événements et activités des parties prenantes évaluant les politiques organisationnelles et les activités des programmes pour les jeunes handicapés. Les agences des Nations Unies doivent soutenir les OSC représentant les jeunes handicapés dans le développement de contre-rapports de la société civile à l'intention de la CDPH, la CEFD et la CDE. Les OSC doivent assurer la participation des jeunes handicapés à l'élaboration de contre-rapports de la société civile à l'intention de la CDPH, la CEFD et la CDE.
Collecte de données, analyse, utilisation, et recherche	<ul style="list-style-type: none"> Les organismes des Nations Unies et la société civile doivent défendre et encourager le recueil, l'analyse et l'utilisation de données qualitatives et quantitatives, ainsi que la recherche concernant les jeunes handicapés. 	<ul style="list-style-type: none"> Les agences des Nations Unies, la société civile et les universités doivent également recueillir les données de manière inclusive, en tenant compte du genre et des jeunes, afin de permettre aux chercheurs d'identifier clairement les lacunes et de traiter les inégalités entre les groupes.
Planification de budget inclusive des handicaps	<ul style="list-style-type: none"> Les agences des Nations Unies et la société civile doivent défendre et encourager l'utilisation d'une planification de budget inclusive des handicaps. 	<ul style="list-style-type: none"> Les agences des Nations Unies, la société civile et le secteur privé doivent intégrer l'inclusion des handicaps dans tous les processus budgétaires, en veillant à ce que les politiques, programmes et services liés aux DSSR ainsi qu'à la prévention et aux interventions concernant la VBG, soient pleinement inclusifs des jeunes handicapés. Les communautés peuvent assurer que toute planification budgétaire participative au niveau local inclut la participation des personnes handicapées, y compris des jeunes handicapés.



// NOTES DE FIN

1. Organisation mondiale de la santé et Banque mondiale (2011) *Rapport mondial sur le handicap*. 3. Extrait de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/.
2. Ouellette-Kunz, H. et al. (2010). Public Attitudes Towards Individuals with Intellectual Disabilities as Measured by the Concept of Social Distance, *Journal of Applied Research in Intellectual Disability* 23(2), 132-142.
3. Secretariat for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, UNDESA et le Burton Blatt Institute at Syracuse University (2013). *Fact Sheet: Youth with Disabilities*. Extrait de <http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-with-disabilities.pdf>
4. Dans cette étude, le terme « jeunes handicapés » fait référence à la population ciblée : les personnes handicapées entre 10 et 24 ans.
5. Gordon, J.S., Poder, J-C., Burckhart, H. (Eds.) (2017). *Human Rights and disability - interdisciplinary perspectives*.
6. Banks, L. M., Kuper, H., & Polack, S. (2017). Poverty and disability in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLoS ONE*, 12(12).
7. FNUAP (2016). *Youth with disabilities face staggering loss of rights*. Extrait de <https://www.unfpa.org/news/youth-disabilities-face-staggering-loss-rights>.
8. The LMG Project (2015). *Shifting Perspectives: Young People Take the Lead*. Extrait de <https://lmgforhealth.exposure.co/shifting-perspectives>.
9. Ouellette-Kunz, H. et al. (2010). Public Attitudes Towards Individuals with Intellectual Disabilities as Measured by the Concept of Social Distance, *Journal of Applied Research in Intellectual Disability* 23(2), 132-142.
10. Organisation mondiale de la santé et Banque mondiale (2011) *Rapport mondial sur le handicap*. 3. Extrait de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/.
11. Organisation mondiale de la santé (n.d.). *Health Topics: Disabilities*. Retrieved from <http://www.who.int/topics/disabilities/en/>
12. Microsoft (n.d.). Inclusive Microsoft Design. 8.
13. Arstein-Kerslake, A. (2017). *Restoring Voice to People with Cognitive Disabilities: Realizing the Right to Equal Recognition Before the Law* (Cambridge University Press).
14. Cappa, C., Petrowski, N. & Njelesani, J. (2015). Navigating the Landscape of Child Disability Measurement: (Naviguer dans le paysage de la mesure de l'incapacité chez les enfants) A review of available data collection instruments, *European Journal of Disability Research*, 9, 317-330.
15. FNUAP (2014). *State of the World Population 2014, The power of 1.8 billion adolescents: Youth and the transformation of the future*.
16. FNUAP (2014). *State of the World Population 2014, The power of 1.8 billion adolescents: Youth and the transformation of the future*.
17. FNUAP (2016). *State of World Population, 10: How our future depends on a girl at this decisive age*.
18. FNUAP (2016). *State of World Population, 10: How our future depends on a girl at this decisive age*.
19. FNUAP (2016). *State of World Population, 10: How our future depends on a girl at this decisive age*.
20. FNUAP (2014). *State of the World Population 2014, The power of 1.8 billion adolescents: Youth and the transformation of the future*.
21. Organisation mondiale de la santé et Banque mondiale (2011) *Rapport mondial sur le handicap*. 3. Extrait de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/.
22. Nations Unies (2007). *Résolution adoptée par l'Assemblée générale : 61.106. Convention relative aux droits des personnes handicapées. A/RES/61/106*.
23. Organisation mondiale de la santé et Banque mondiale (2011) *Rapport mondial sur le handicap*. 4. Extrait de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/.
24. Kharnita, M. & Tamara, S. (2015). *Gendering Disability and Disabling Gender: Critical Reflections on Intersections of Gender and Disability*, *Agenda* 29(2), 2-13.
25. Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, *Violence à l'égard des enfants handicapés : législation, politiques et programmes en Europe* (2017).
26. Organisation mondiale de la santé et Banque mondiale (2011) *Rapport mondial sur le handicap*. 6; Morin, D. et al. (2013). Public Attitudes Towards Intellectual Disability: A Multidimensional Perspective, *Journal of Intellectual Disability Research* 57(3), 279-292.
27. Ouellette-Kunz, H. et al. (2010). Public Attitudes Towards Individuals with Intellectual Disabilities as Measured by the Concept of Social Distance, *Journal of Applied Research in Intellectual Disability* 23(2), 132-142.
28. Morin, D. et al. (2013). *Public Attitudes Towards Intellectual Disability: A Multidimensional Perspective*, *Journal of Intellectual Disability Research* 57(3), 279-292; Scior, K. et al. (2013). Awareness of Schizophrenia and Intellectual Disability and Stigma Across Ethnic Groups in the UK, *Psychiatry Research* 208(2), 125-130.
29. Jones, L., Bellis, M., Wood, S., Hughes, K. McCoy, E., Eckley, L., & Bates, G. (2013). *The State of the World's Children 2013, Children with Disabilities. Essays. Focus: Violence against Children with Disabilities*. Extrait de https://www.unicef.org/sowc2013/focus_violence.html; Jones, L. et al. (2012). *Prevalence and Risk of Violence against Children with Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies*, *Lancet* 380, 899-907 Nations unies (2017). *Rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées, Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation*, A/72/133; Meer, T. & Combrinck, H. (2015). *Invisible Intersections: Understanding the complex stigmatisation of women with intellectual disabilities in their vulnerability to gender-based violence*, *Agenda* 29(2), 14-23; Braathen, A., Rohleder, P. & Azalde, G. (2017). *Sexual and Reproductive Health and Rights of Girls with Disabilities: A review of the literature*. 18-19.

30. Spencer, N., Devereux, E., Wallace, A., Sundrum, R., Shenoy, M., Bacchus, C. & Logan, S. (2005). Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population based study, *Paediatrics* 116: 609-613 ; et Suède, L'Institut national suédois de santé publique (Folkhälsoinstitutet) (2012). *Santé et bien-être des enfants et des jeunes handicapés (Hälsa och välfärd hos barn och unga med funktionsnedsättning)*. 39 et 50 ; tel que cité dans l'Agence européenne des droits fondamentaux (2015). *Violence against children with disabilities: legislation, policies and programmes in the EU*. Extrait de <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/children-disabilities-violence>.
31. Voir, par ex., Braathen, A., Rohleder, P. & Azalde, G. (2017). *Sexual and Reproductive Health and Rights of Girls with Disabilities: A review of the literature*. 20.
32. Mprah, W.K. (2013). Perceptions about Barriers to Sexual and Reproductive Health Information and Services among Deaf People in Ghana. *Disability, CBR and Inclusive Development Journal* 24(3), 23-36.
33. UNICEF (2013). *Children and Young Persons with Disabilities Fact Sheet*; Groce, N. & Kett, M. (2014). *Youth with Disabilities*, Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre Working Paper Series No. 23.
34. Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital (2017). *Dear Everybody: It's time to end stigma for young Canadians with disabilities*. Extrait de http://deareverybody.hollandbloorview.ca/wp-content/uploads/2017/08/Dear-Everybody-Position-Paper_FA.pdf.
35. Mishna, F. (2003). Learning Disabilities and Bullying, *Journal of Learning Disabilities* 36(4), 336 ; World Health Organisation and World Bank (2011) *World Report on Disability*. 6.
36. Groce, N. & Kett, M. (2014). *Youth with Disabilities*, Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre Working Paper Series No. 23.
37. UNICEF (2013). *Children and Young Persons with Disabilities Fact Sheet*.
38. Morin, D. et al. (2013). Public Attitudes Towards Intellectual Disability: A Multidimensional Perspective, *Journal of Intellectual Disability Research* 57(3), 279-292.
39. Zheng, Q. et al. (2016). Comparison of attitudes toward disability and persons with disability among caregivers, the public, and persons with disability: Findings from a cross-sectional survey, *BMC Public Health* 16:1024.
40. Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*.
41. Comité des droits des personnes handicapées (2014). *Observation générale sur l'article 9 : Accessibilité : Onzième session. 30 mars - 11 avril 2014*. Extrait de www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/DGCArticle9.doc.
42. Global Alliance for Accessible Technologies and the Environment (2015). *Toolkit: Key Indicators of Accessibility*. Extrait de http://gaates.org/wp-content/uploads/2014/07/FINAL-Toolkit_UN-CRPD-KEY-INDICATORS-OF-ACCESSIBILITY-2015-06-29.pdf.
43. Hardy, M. (2016). When people talk about me as if I'm not there because I have a disability. *The Mighty*. Extrait de <https://themighty.com/2016/08/being-treated-as-invisible-because-i-have-a-disability/>.
44. Mishna, F. (2003). Learning Disabilities and Bullying, *Journal of Learning Disabilities* 36(4), 336.
45. Organisation mondiale de la santé et Banque mondiale (2011) *Rapport mondial sur le handicap*. 6.
46. UNICEF (2013). *La situation des enfants dans le monde : Enfants handicapés*.
47. UNICEF (2013). *La situation des enfants dans le monde : Enfants handicapés*.
48. Nations Unies (2012). *Rapport annuel du Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap*. A/HRC/20/5.
49. Nations Unies (2012). *Rapport annuel du Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap*. A/HRC/20/5 ; Comité des droits des personnes handicapées (2016). *Observation générale No. 3 sur les droits des femmes et des enfants handicapés*. CRPD/C/GC/3 ; Organisation mondiale de la santé et Banque mondiale (2011) *Rapport mondial sur le handicap*. 10.
50. Nations Unies (2012). *Rapport annuel du Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap*. A/HRC/20/5.
51. Begum, N. (1992). Disabled Women and the Feminist Agenda, *Feminist Review* 40: 72-73.
52. Chappell, P. (2014). How Zulu-Speaking Youth with Physical and Visual Disabilities Understand Love and Relationships in Constructing their Sexual Identities, *Culture, Health & Sexuality* 16(9), 1156-1168.
53. Wazakili, M., et al, *Experiences and perceptions of sexuality and HIV/AIDS among young persons with physical disabilities in a South African township: A case study*, *Sexuality and Disability* 24(2), 77-88 (2006).
54. Kharnita, M. & Tamara, S. (2015). *Gendering Disability and Disabling Gender: Critical Reflections on Intersections of Gender and Disability*, *Agenda* 29(2), 2-13.
55. Kharnita, M. & Tamara, S. (2015). *Gendering Disability and Disabling Gender: Critical Reflections on Intersections of Gender and Disability*, *Agenda* 29(2), 2-13.
56. Duke, T.S. (2011). Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Youth with Disabilities: A Meta-Synthesis, *Journal of LGBT Youth* 8(1), 1-52.
57. Duke, T.S. (2011). Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Youth with Disabilities: A Meta-Synthesis, *Journal of LGBT Youth* 8(1), 1-52; Gutman Kahn, L. (2015). 'I Just Want to be Myself': Adolescents with Disabilities who Identify as a Sexual or Gender Minority, *The Educational Forum* 79(4), 362-376; Harley, D. et al. (2002). Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender College Students with Disabilities: A Look at Multiple Cultural Minorities, *Psychology in the Schools* 39(5), 525-538.

58. Rutgers (2016). *Essential Packages Manual: Sexual and Reproductive Health and Rights Programmes for Young People*, Edition 2016. Extrait de https://www.rutgers.international/sites/rutgersorg/files/PDF/Essential%20Packages%20Manual_SRHR%20programmes%20for%20young%20people_%202016.pdf.
59. Duke, T.S., *Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Youth with Disabilities: A Meta-Synthesis*, Journal of LGBT Youth 8(1), 1-52 (2011).
60. Thiara, R. K., Hague, G., & Mullender, A. (2011). Losing out on both counts: disabled women and domestic violence. *Disability & Society*, 26(6).
61. UNICEF (2003). *Hidden in Plain Sight*. En dépit des difficultés de collecte de données fiables, l'UNICEF a conclu que la violence physique non-mortelle envers les enfants, surtout les filles, est courante, une adolescente sur neuf ayant signalé avoir été victime de violence physique au moins une fois depuis l'âge de 15 ans dans tous les pays où des données étaient disponibles en Afrique occidentale et centrale, en Afrique orientale et méridionale, et en Asie de l'Est et Pacifique.
62. Jones, L., Bellis, M., Wood, S., Hughes, K. McCoy, E., Eckley, L., & Bates, G. (2013). The State of the World's Children 2013, Children with Disabilities. Essays. *Focus: Violence against Children with Disabilities*. Extrait de https://www.unicef.org/sowc2013/focus_violence.html.
63. Jones, L. et al. (2012). *Prevalence and Risk of Violence against Children with Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies*, Lancet 380, 899-907.
64. The African Child Policy Forum, *Breaking the Silence: Violence against Children with Disabilities in Africa* (2010). Extrait de <http://www.africanchildforum.org/en/index.php/en/resource-centre-2.html?pid=2&sid=117:breaking-the-silence-violence-against-children-with-disabilities-in-africa>.
65. Jones, L., Bellis, M., Wood, S., Hughes, K. McCoy, E., Eckley, L., & Bates, G. (2013). The State of the World's Children 2013, Children with Disabilities. Essays. *Focus: Violence against Children with Disabilities*. Extrait de https://www.unicef.org/sowc2013/focus_violence.html; Lisa Jones, et al. (2012). *Prevalence and Risk of Violence against Children with Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies*, The Lancet 380, 899-907; United Nations (2017). *Rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées, Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation*, A/72/133; Meer, T. & Combrinck, H. (2015). *Invisible Intersections: Understanding the complex stigmatisation of women with intellectual disabilities in their vulnerability to gender-based violence*, Agenda 29(2), 14-23; Braathen, A., Rohleder, P. & Azalde, G. (2017). *Sexual and Reproductive Health and Rights of Girls with Disabilities: A review of the literature*. 18-19.
66. Jones, L., Bellis, M., Wood, S., Hughes, K. McCoy, E., Eckley, L., & Bates, G. (2013). The State of the World's Children 2013, Children with Disabilities. Essays. *Focus: Violence against Children with Disabilities*. Extrait de https://www.unicef.org/sowc2013/focus_violence.html; Spencer, N., Devereux, E., Wallace, A., Sundrum, R., Shenoy, M., Bacchus, C. & Logan, S. (2005). Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population based study, *Paediatrics* 116: 609-613 ; et Suède, L'Institut national suédois de santé publique (Folkhälsöinstitutet) (2012)). *Santé et bien-être des enfants et des jeunes handicapés (Hälsa och välfärd hos barn och unga med funktionsnedsättning)*. 39 et 50 ; tel que cité dans l'Agence européenne des droits fondamentaux (2015). *Violence against children with disabilities: legislation, policies and programmes in the EU*. Extrait de <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/children-disabilities-violence>.
67. Nations Unies (2017). *Rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées, Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation*, A/72/133.
68. Dowse, L. et al. (2016). Mind the Gap: the extent of violence against women with disabilities in Australia, *Australian Journal of Social Issues* 51(3), 341-359 (2016).
69. Dowse, L. et al. (2016). Mind the Gap: the extent of violence against women with disabilities in Australia, *Australian Journal of Social Issues* 51(3), 341-359 (2016); see also United Nations (2017). *Rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées, Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation*, A/72/133.
70. Sullivan, P. (2009). 'Violence Exposure Among Children with Disabilities.' *Clinical Child and Family Psychology Review*. 196-216 ; Organisation mondiale de la santé et Banque mondiale (2011) *Rapport mondial sur le handicap*. 59. Extrait de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/.
71. Comité des droits de l'enfant (2011). *Observation générale No. 13, Le droit de l'enfant à n'être soumis à aucune forme de violence*. CRC/C/GC/13. Para. 23.
72. Devries, K., et al. (2014). Violence against primary school children with disabilities in Uganda: a cross-sectional study, *BMC Public Health* 14:1017.
73. Arugolun, Dr. O.S., et al. (2012) Experience of violence among deaf girls in Ibadan metropolis, Nigeria, *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine and Public Health* 4(8), 1488-1496; Saka, E. (2013) *Baseline Survey: The Knowledge, Awareness, Practice and Prevalence Rate of Gender-Based Violence (GBV) Especially Sexual Violence among Girls and Women with Intellectual Disability*, COVAW and KAIH.
74. Saka, E. (2013) *Baseline Survey: The Knowledge, Awareness, Practice and Prevalence Rate of Gender-Based Violence (GBV) Especially Sexual Violence among Girls and Women with Intellectual Disability*, COVAW and KAIH.
75. Jones, L. et al. (2012). *Prevalence and Risk of Violence against Children with Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies*, The Lancet 380, 899-907.
76. Jones, L., Bellis, M., Wood, S., Hughes, K. McCoy, E., Eckley, L., & Bates, G. (2013). The State of the World's Children 2013, Children with Disabilities. Essays. *Focus: Violence against Children with Disabilities*. Extrait de https://www.unicef.org/sowc2013/focus_violence.html.
77. The African Child Policy Forum (2010). *Breaking the Silence: Violence against Children with Disabilities in Africa*. Extrait de <http://www.africanchildforum.org/en/index.php/en/resource-centre-2.html?pid=2&sid=117:breaking-the-silence-violence-against-children-with-disabilities-in-africa>.

78. : Hughes K, Bellis MA, Jones L, Wood S, Bates G, Eckley L, McCoy E, Mikton C, Shakespeare T, Officer A. (2012). *Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies*. The Lancet 379(9826): 1621-1629.
79. Erwin, Trish (2000). 'Additional Layers of Violence: The Intersections of Gender and Disability in the Violence Experiences of Women with Physical Disabilities in South Africa.'
80. Jones, L., Bellis, M., Wood, S., Hughes, K. McCoy, E., Eckley, L., & Bates, G. (2013). The State of the World's Children 2013, Children with Disabilities. Essays. *Focus: Violence against Children with Disabilities*. Extrait de https://www.unicef.org/sowc2013/focus_violence.html.
81. UNICEF (2017). *A Familiar Face: Violence in the Lives of Children and Adolescents*. Extrait de https://www.unicef.org/publications/index_101397.html.
82. UNICEF (2017). *A Familiar Face: Violence in the Lives of Children and Adolescents*. Extrait de https://www.unicef.org/publications/index_101397.html.
83. Comité des droits de l'enfant (2011). *Observation générale No. 13, Le droit de l'enfant à n'être soumis à aucune forme de violence*. CRC/C/GC/13. Para. 15.
84. Des systèmes incohérents de collecte de données et un manque d'accès aux services contribuent également à l'absence de données fiables.
85. Nations Unies (2017). *Rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées, Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation*, A/72/133; Braathen, A., Rohleder, P. & Azalde, G. (2017). *Sexual and Reproductive Health and Rights of Girls with Disabilities: A review of the literature*.
86. Smith, D. (2008). 'Disability, gender and intimate partner violence: Relationships from the behavioural risk factor surveillance system.' *Sexuality and Disability*: 15-28; Alriksson-Schmidt, A. I., Armour, B. S. and Thibadeau, J. K. (2010). 'Are Adolescent Girls With a Physical Disability at Increased Risk for Sexual Violence?' *Journal of School Health*. 361-367.
87. Puri, M., Misra, G., & Hawkes, S. (2015). *Hidden Voices: prevalence and risk factors for violence against women with disabilities in Nepal*, BMC Public Health 15:261; Md. Tanvir Hasan, et al. (2014). 'Prevalence and Experiences of Intimate Partner Violence against Women with Disabilities in Bangladesh: Results of an Explanatory Sequential Mixed-Method Study' *Journal of Interpersonal Violence* 29(17), 3105-3126.
88. Nations Unies (2017). *Rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées, Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation*, A/72/133.
89. Astbury, J., & Walji, F. (2013). *Triple Jeopardy: Gender-based violence and human rights violations experienced by women with disabilities in Cambodia*. Australian AID Research Working Paper 1, January 2013; Saxton, M., Curry, M. A., Powers, L. E., Maley, S., Eckels, K., Gross, J. (2001). 'Bring me my scooter so I can leave you': A study of disabled women handling abuse by personal assistance providers. *Violence Against Women*, 7, 393-412; Thiara, R. K., Hague, G., & Mullender, A. (2011). Losing out on both counts: disabled women and domestic violence. *Disability & Society*, 26(6), 762.
90. Thiara, R. K., Hague, G., & Mullender, A. (2011). Losing out on both counts: disabled women and domestic violence. *Disability & Society*, 26(6), 759.
91. Van der Heijden, I., Abrahams, N. & Harries, J. (2016). 'Additional Layers of Violence: The Intersections of Gender and Disability in the Violence Experiences of Women With Physical Disabilities in South Africa.' *Journal of Interpersonal Violence*.
92. Thiara, R. K., Hague, G., & Mullender, A. (2011). Losing out on both counts: disabled women and domestic violence. *Disability & Society*, 26(6), 757, 762.
93. Thiara, R. K., Hague, G., & Mullender, A. (2011). Losing out on both counts: disabled women and domestic violence. *Disability & Society*, 26(6), 765.
94. Nations Unies (1989). *Convention relative aux droits de l'enfant*. Article 19, para. 1.
95. Comité des droits de l'enfant (2011). *Observation générale No. 13, Le droit de l'enfant à n'être soumis à aucune forme de violence*. CRC/C/GC/13.
96. Voir par ex. Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (2012). *Choix et contrôle : le droit à une vie autonome*. Extrait de <http://fra.europa.eu/fr/publication/2013/choix-et-contrle-le-droit-une-vie-autonome>.
97. Mitra, M., V.E. Mouradian, and M. Diamond, *Sexual violence victimisation against men with disabilities*. Am J Prev Med, 2011. 41(5): 494-497.
98. Mitra, M. and V.E. Mouradian, *Intimate Partner Violence in the Relationships of Men With Disabilities in the United States*. *Journal of Interpersonal Violence*, 2014. 29(17): 3150-3166.
99. Thiara, R. K., Hague, G., & Mullender, A. (2011). Losing out on both counts: disabled women and domestic violence. *Disability & Society*, 26(6), 762 - 763.
100. Thiara, R. K., Hague, G., & Mullender, A. (2011). Losing out on both counts: disabled women and domestic violence. *Disability & Society*, 26(6), 763.
101. Thiara, R. K., Hague, G., & Mullender, A. (2011). Losing out on both counts: disabled women and domestic violence. *Disability & Society*, 26(6), 764.
102. Thiara, R. K., Hague, G., & Mullender, A. (2011). Losing out on both counts: disabled women and domestic violence. *Disability & Society*, 26(6) ; voir également Clawson, R. & Vallance, P. (2010). *Forced Marriage and Learning Disabilities: Multi-Agency Practice Guidelines*. Extrait de <http://arcuk.org.uk/safetynet/files/2012/08/Forced-Marriage-Guidelines.pdf>.
103. Nations Unies (2012). *Rapport du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme : Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap*. A/HRC/20/5.
104. African Child Policy Forum (2011). *Violence against children with disabilities in Africa: Field studies from Cameroon, Ethiopia, Senegal, Uganda and Zambia*.

105. Groce, N. & Trasi, R. (2004). *Rape of Individuals with a Disability: AIDS and the folk belief of virgin cleansing*, The Lancet 363(9422). 1663-1664.
106. Groce, N. & Trasi, R. (2004). *Rape of Individuals with a Disability: AIDS and the folk belief of virgin cleansing*, The Lancet 363(9422). 1663-1664.
107. UNICEF (2018). *Données UNICEF : Monitoring the Situation of Children and Women*. Extrait de <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/> (en mars 2018) ; Centre international de recherches sur les femmes (n.d.) *Child Marriage around the World*. Extrait de <https://www.icrw.org/child-marriage-facts-and-figures/>.
108. Voir : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescent-deaths-burden-disease/en/
109. Save the Children (2012) *Every Woman's Right: How family planning saves children's lives*; UNICEF (2009). *Situation des enfants dans le monde*.
110. Shrestha, E. et al. (2017) *Uncovered Realities: Exploring experiences of child marriage among children with disabilities*.
111. Shrestha, E. et al. (2017) *Uncovered Realities: Exploring experiences of child marriage among children with disabilities*. vii.
112. Nations Unies (2012). *Rapport annuel du Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap*. A/HRC/20/5; See also Thiara, R.K., Hague, G., & Mullender, A. (2011). Losing out on both counts: disabled women and domestic violence, *Disability & Society* (26)6. 757-771; Groce, N. (2005). *Summary Report: Violence against disabled children, UN Secretary General report on violence against children, thematic group on violence against disabled children, findings and recommendations*. UNICEF.
113. FNUAP (2018). *Mariage d'enfants - Questions fréquemment posées* Extrait de <https://www.unfpa.org/fr/resources/mariage-denfants-foire-aux-questions>
114. Alanen, J. (2016). 'Custom or Crime: Catalysts and Consequences of Forced Marriage', *Am. J. of Family Law* 29(4), 227-248 ; voir également Clawson, R. & Vallance, P. (2010). *Forced Marriage and Learning Disabilities: Multi-Agency Practice Guidelines*. Extrait de <http://arcuk.org.uk/safetynet/files/2012/08/Forced-Marriage-Guidelines.pdf>.
115. United States Department of State, Office to Monitor and Combat Trafficking in Persons, *Trafficking in Persons Report 2016: Topics of Special Interest*. Extrait de <https://www.state.gov/j/tip/rls/tiprpt/2016/258689.htm>.
116. Application for precautionary measures in favour of the 334 people with psychosocial disabilities interned in the Federico Mora Hospital, Guatemala, October 12, 2012, available at driadvocacy.org.
117. Inter-American Commission on Human Rights (2012). *Precautionary Measure PM 370/12 Patients at the Federico Mora Hospital, Guatemala*. Extrait de <http://www.oas.org/en/iachr/decisions/precautionary.asp>.
118. United States Department of State (2016). *Trafficking in Persons Report 2016, Topics of Special Interest*. Extrait de <https://www.state.gov/j/tip/rls/tiprpt/2016/258689.htm>.
119. Maria da Penha Maia Fernandes v. Brazil, Case 12.051, Report No. 54/01, OEA/Ser.L./V/II.111 Doc. 20 rev. at 704 (2001).
120. Campbell, J. (2002). *Health Consequences of Intimate Partner Violence*, The Lancet. 359:1331-1336.
121. Plichta, S. (2004). Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences: Policy and Practice Implications, *Journal of Interpersonal Violence* 19(11), 1296-1323.
122. Plichta, S. (2004). Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences: Policy and Practice Implications, *Journal of Interpersonal Violence* 19(11), 1296-1323; Campbell, J. (2002). *Health Consequences of Intimate Partner Violence*, The Lancet. 359:1331-1336.
123. Plichta, S. (2004). Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences: Policy and Practice Implications, *Journal of Interpersonal Violence* 19(11), 1303; Kwako, L. et al. (2011). *Traumatic Brain Injury in Intimate Partner Violence: A Critical Review of Outcomes and Mechanisms*, *Trauma, Violence & Abuse* 12(3), 115-126.
124. Kwako, L. et al. (2011). *Traumatic Brain Injury in Intimate Partner Violence: A Critical Review of Outcomes and Mechanisms*, *Trauma, Violence & Abuse* 12(3), 115-126.
125. Kwako, L. et al. (2011). *Traumatic Brain Injury in Intimate Partner Violence: A Critical Review of Outcomes and Mechanisms*, *Trauma, Violence & Abuse* 12(3), 115-126; Mollayeva, T. & Colantonio, A. (2017). Gender, Sex and Traumatic Brain Injury: Transformative Science to Optimise Patient Outcomes. *Healthcare Quarterly*, 20(1), 6-9. Extrait de <http://www.longwoods.com/content/25144#abtauth>.
126. Kwako, L. et al. (2011). *Traumatic Brain Injury in Intimate Partner Violence: A Critical Review of Outcomes and Mechanisms*, *Trauma, Violence & Abuse* 12(3), 115-126; Mollayeva, T. & Colantonio, A. (2017). Gender, Sex and Traumatic Brain Injury: Transformative Science to Optimise Patient Outcomes. *Healthcare Quarterly*, 20(1), 6-9. Extrait de <http://www.longwoods.com/content/25144#abtauth>.
127. UN Women (2011). *In Pursuit of Justice: Progress of the World's Women 2011-2012*. Extrait de <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2011/7/progress-of-the-world-s-women-in-pursuit-of-justice>.
128. UN Women (2011). *In Pursuit of Justice: Progress of the World's Women 2011-2012*. Extrait de <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2011/7/progress-of-the-world-s-women-in-pursuit-of-justice>.
129. Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, Pillay, N. (2014) *Equality and Justice in the Courtroom*. Extrait de <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=14721&LangID=E>.
130. Klugman, J. (2017). *Gender-based Violence and the Law, Background Paper on Governance and the Law for World Development Report*.
131. Saka, E. (2013) *Baseline Survey: The Knowledge, Awareness, Practice and Prevalence Rate of Gender-Based Violence (GBV) Especially Sexual Violence among Girls and Women with Intellectual Disability*, COVAW and KAIH.

132. Hughes, C. (2017). *Legislative Wins, Broken Promises: Gaps in implementation of laws on violence against women and girls*, Oxfam Research Reports.
133. Hughes, C. (2017). *Legislative Wins, Broken Promises: Gaps in implementation of laws on violence against women and girls*, Oxfam Research Reports.
134. Voir, par ex., Braathen, A., Rohleder, P. & Azalde, G. (2017). *Sexual and Reproductive Health and Rights of Girls with Disabilities: A review of the literature*. 20.
135. Human Rights Watch (2018). *Invisible Victims of Sexual Violence: Access to Justice for Women and Girls with Disabilities in India*.
136. Human Rights Watch (2018). *Invisible Victims of Sexual Violence: Access to Justice for Women and Girls with Disabilities in India*.
137. Human Rights Watch (2018). *Invisible Victims of Sexual Violence: Access to Justice for Women and Girls with Disabilities in India*.
138. Human Rights Watch (2018). *Invisible Victims of Sexual Violence: Access to Justice for Women and Girls with Disabilities in India*.
139. Saka, E. (2013) *Baseline Survey: The Knowledge, Awareness, Practice and Prevalence Rate of Gender-Based Violence (GBV) Especially Sexual Violence among Girls and Women with Intellectual Disability*, COVAW and KAIH.
140. Comité des droits des personnes handicapées (2014). *Observation générale No.1. Article 12 : Reconnaissance égale devant la loi*. CRPD/C/GC/1. Para 14.
141. Voir Porat, O., Heruti, R., Navon-Porat, H., & Hardoff, D. (2012). Counselling Young persons with Physical Disabilities Regarding Relationships and Sexuality Issues: Utilisation of a Novel Service. *Sexuality & Disability*, 30(3), 311-317.
142. Kassa, T.A., et al. (2014) Sexuality and Sexual Reproductive Health of Disabled Young People in Ethiopia, *Sexually Transmitted Diseases* 41(10), 583-588; Brunnerberg, E., et al. (2009). Sexuality of 15/16-year-old girls and boys with and without modest disabilities, *Sexuality & Disability* 27(3).
143. Voir Van Rooy, G., & Mufune, P. (2014). Experiences and Perceptions of HIV/AIDS and Sex Among People with Disabilities in Windhoek, Namibia. *Sexuality & Disability*, 32(3), 311-321; Ahumuza, S. E., Matovu, J. K., Ddamulira, J. B., & Muhanguzi, F. K. (2014). Challenges in accessing sexual and reproductive health services by people with physical disabilities in Kampala, Uganda. *Reproductive Health*, 11, 59; Healy, E. et al. (2009). Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part 1: Service-user perspectives, *Journal of Intellectual Disability Research* 53(11), 905-912.
144. Siebers, T. (2008). *Disability Theory*.
145. Davis, L. (2006). *Constructing Normalcy: The bell curve, the novel and the invention of the normal body in the nineteenth century* dans *The Disability Studies Reader*, 2e éd.
146. Kharnita, M. & Tamara, S. (2015). *Gendering Disability and Disabling Gender: Critical Reflections on Intersections of Gender and Disability*, *Agenda* 29(2), 2-13.
147. Les informations sont basées sur des entretiens et des discussions de groupe à Maputo, au Mozambique (mai 2017).
148. Ahumuza, S. E., Matovu, J. K., Ddamulira, J. B., & Muhanguzi, F. K. (2014). Challenges in accessing sexual and reproductive health services by people with physical disabilities in Kampala, Uganda. *Reproductive Health*, 11, 59.
149. Esmail, S., et al. (2010). Attitudes and perceptions towards disability and sexuality, *Disability and Rehabilitation* 32(14), 1148-1155; Hilberink, S.R., et al. (2013) A pilot implementation of an intervention to promote sexual health in adolescents and young adults in rehabilitation, *Sexuality & Disability* 31(4), 373-392.
150. Ballan, M. (2012). Parental perspectives of communication about sexuality in families of children with autism spectrum disorders, *Journal of Autism and Developmental Disorders* 42(5), 676-684 (2012); East, J.L., and Orchard, T.R. (2014). Somebody else's job: Experiences of sex education among health professionals, parents and adolescents with physical disabilities in Southwestern Ontario, *Sexuality and Disability* 32(3), 335-350.
151. Jahoda, A. & Pownall, J. (2014). Sexual understanding, sources of information and social networks: The reports of young people with intellectual disabilities and their non-disabled peers, *Journal of Intellectual Disability Research* 58(5), 430-441; Kassa, T.A., et al. (2014). Sexuality and sexual reproductive health of disabled young people in Ethiopia, *Sexually Transmitted Diseases* 41(10), 583-588.
152. Nations Unies (2017). *Rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées, Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation*, A/72/133.
153. Kassa, T.A., et al. (2014) Sexuality and Sexual Reproductive Health of Disabled Young People in Ethiopia, *Sexually Transmitted Diseases* 41(10), 583-588 ; Oladunni, T.M. (2012). Access to sexuality information among adolescents with disability, *Ife Psychologia* 20(20), 142-149 ; Olaleye, A.O., et al. (2007). Sexual behaviors and reproductive health knowledge among in-school young people with disabilities in Ibadan, Nigeria, *Health Education* 107(2), 208-218.
154. Kassa, T.A., et al. (2014) Sexuality and Sexual Reproductive Health of Disabled Young People in Ethiopia, *Sexually Transmitted Diseases* 41(10), 583-588; Aderemi, T.J., et al., *Predictors of voluntary HIV counselling and testing services utilisation among people with disabilities in Addis Ababa, Ethiopia*, *AIDS Care* 26(12), 1461-1466 (2014).
155. Agarwal, U. & Muralidhar, S. (2016). A situational analysis of sexual and reproductive health issues in physically challenged people, attending a tertiary care hospital in New Delhi, *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases* 37(2), 1620166.
156. Santhya, K.G. & Jejeebhoy, S. (2015) Sexual and Reproductive Health and Rights of Adolescent Girls: Evidence from low- and middle-income countries, *Global Public Health* 10:2, 189-221.
157. Frohmader, C. & Ortoleva, S. (2012). *The sexual and reproductive rights of women and girls with disabilities*.

- ICPD International Conference on Population and Development and beyond 2014, juillet 2012. Extrait de <https://ssrn.com/abstract=2444170>.
158. UNESCO. 2018. *International Technical Guidance on Sexuality Education: An evidence-informed approach*. Accessible à : <https://www.unfpa.org/fr/node/16917>.
 159. UNESCO. 2018. *International Technical Guidance on Sexuality Education: An evidence-informed approach*. Accessible à : <https://www.unfpa.org/fr/node/16917>.
 160. Advocates for Youth, (2017). *Sexual Health Education for Young People with Disabilities – Research and Resources for Educators*. Extrait de <http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/2559>.
 161. Braathen, A., Rohleder, P. & Azalde, G. (2017). *Sexual and Reproductive Health and Rights of Girls with Disabilities: A review of the literature*, and research cited therein.
 162. Braathen, A., Rohleder, P. & Azalde, G. (2017). *Sexual and Reproductive Health and Rights of Girls with Disabilities: A review of the literature*, and research cited therein.
 163. Kassa, T.A. et al. (2016). Sexual and Reproductive Health of Young persons with Disability in Ethiopia: A study on knowledge, attitude, and practice, *Globalisation and Health* 12(1).
 164. Bremer, K., Cockburn, L. & Ruth, A. (2010). Reproductive health experiences among women with physical disabilities in the Northwest Region of Cameroon, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 108, 211-213.
 165. Braathen, A., Rohleder, P. & Azalde, G. (2017). *Sexual and Reproductive Health and Rights of Girls with Disabilities: A review of the literature*. 14; Kassa, T.A., et al. (2014) Sexuality and Sexual Reproductive Health of Disabled Young People in Ethiopia, *Sexually Transmitted Diseases* 41(10), 583-588.
 166. Kassa, T.A. et al. (2016). Sexual and Reproductive Health of Young persons with Disability in Ethiopia: A study on knowledge, attitude and practice: A cross-sectional study, *Globalisation and Health* 12(5).
 167. Mprah, W.K. (2013). Perceptions about Barriers to Sexual and Reproductive Health Information and Services among Deaf People in Ghana, *Disability, CBR and Inclusive Development Journal* 24(3), 23-36.
 168. Guttmacher Institute (2016). *Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method*. Extrait de <https://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries>.
 169. Woog, V. & Kagesten, A. (2017). *The Sexual and Reproductive Health Needs of Very Young Adolescents Aged 10-14 in Developing Countries: What Does the Evidence Show?* Guttmacher Institute.
 170. FNUAP (2016). *Facing the Facts: Adolescent Girls and Contraception*.
 171. FNUAP (2016). *Facing the Facts: Adolescent Girls and Contraception*.
 172. Burke, E. et al. (2017). A qualitative study to explore the barriers and enablers for young persons with disabilities to access sexual and reproductive health services in Senegal, *Reproductive Health Matters* 25(50), 43-54.
 173. Mavuso, S.S. & Maharaj, P. (2015) Access to sexual and reproductive health services: Experiences and perspectives of persons with disabilities in Durban, South Africa, *Agenda* 29(2), 79-88.
 174. Bremer, K., Cockburn, L. & Ruth, A. (2010). Reproductive health experiences among women with physical disabilities in the Northwest Region of Cameroon, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 108, 211-213; Burke, E. et al. (2017). A qualitative study to explore the barriers and enablers for young persons with disabilities to access sexual and reproductive health services in Senegal, *Reproductive Health Matters* 25(50), 43-54.
 175. Burke, E. et al. (2017). A qualitative study to explore the barriers and enablers for young persons with disabilities to access sexual and reproductive health services in Senegal, *Reproductive Health Matters* 25(50), 43-54.
 176. Becker H, Stuijbergen A. & Tinkle M. (1997). Reproductive health care experiences of women with physical disabilities: a qualitative study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*: 26-33.
 177. Bremer, K., Cockburn, L. & Ruth, A. (2010). Reproductive health experiences among women with physical disabilities in the Northwest Region of Cameroon, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 108, 211-213.
 178. Yousafzi, A. & Edwards, K. (2004). Karen Edwards. *Double Burden: A situation analysis of HIV/AIDS and young persons with disabilities*.
 179. Gichane, M. et al. (2017). They must understand we are people': Pregnancy and maternity service use among signing deaf women in Cape Town, *Disability and Health Journal* 10, 434-439.
 180. Gichane, M. et al. (2017). They must understand we are people': Pregnancy and maternity service use among signing deaf women in Cape Town, *Disability and Health Journal* 10, 434-439.
 181. Nations Unies (2017). *Rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées, Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation*, A/72/133.
 182. Nations Unies (2017). *Rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées, Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation*, A/72/133.
 183. Nations Unies (2017). *Rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées, Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation*, A/72/133.
 184. Disability Rights International and Colectivo Chuhcan (2015). *Twice Violated: Abuse and Denial of Sexual and Reproductive Rights of Women with Psychosocial Disabilities in Mexico*.
 185. Kallianes, V. & Rubinfeld, P. (1997). Disabled Women and Reproductive Rights, *Disability & Society* 12(2), 203-222.

186. Voir par ex. Sobsey, D. and Doe, T. (1991). Patterns of sexual abuse and assault, *Sexuality and Disability* 9, 243-259.
187. Nations Unies (2017). *Rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées, Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation*, A/72/133.
188. FNUAP (2014). *State of the World Population 2014, The power of 1.8 billion adolescents: Youth and the transformation of the future*.
189. Organisation mondiale de la Santé (2017). *Adolescent Health Epidemiology*. Extrait de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/.
190. UNESCO (2007). *Rapport mondial de suivi sur l'EPT : EPT. Des bases solides : la protection de la petite enfance et l'enseignement primaire*.
191. Löfgren-Mårtenson, L. (2012). 'I want to do it right!' A pilot study of Swedish sex education and young people with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, 30(2), 209-225.
192. Carmen, E. H., Rieker, P. P., & Mills, T. (1984). Victims of violence and psychiatric illness. Dans *The Gender Gap in Psychotherapy*, 99-211.
193. Morrow, M., Arunkumar, M. C., Pearce, E., & Dawson, H. E. (2007). Fostering disability-inclusive HIV/AIDS programmes in northeast India: A participatory study. *BMC Public Health*, 7(1), 125.
194. Nations Unies (2002). *Gender and HIV/AIDS Fact Sheet*. Extrait de http://www.un.org/ga/aids/ungassfactsheets/html/fsgender_en.htm.
195. Shannon, K., Strathdee, S. A., Shoveller, J., Rusch, M., Kerr, T., & Tyndall, M. W. (2009). Structural and environmental barriers to condom use negotiation with clients among female sex workers: implications for HIV-prevention strategies and policy. *American journal of public health*, 99(4), 659-665.
196. FNUAP (2014). *State of the World Population 2014, The power of 1.8 billion adolescents: Youth and the transformation of the future*.
197. Brodwin, M. G., & Frederick, P. C. (2010). Sexuality and societal beliefs regarding persons living with disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 76(4), 37.
198. Herlihy, J., Thibeault, R., Meyers, S., Finnoff, K., Fournier, R., Lundquist, M., Huppert, M. & Follett, P. (2006). Cultural factors for persons with disabilities in Zambia may increase risk of HIV/AIDS, Poster Exhibition. XVI *International AIDS Conference*. Toronto, Canada.
199. Groce, N. E., & Trasi, R. (2004). Rape of individuals with disability: AIDS and the folk belief of virgin cleansing. *The Lancet*, 363(9422), 1663-1664.
200. Jewkes, R., Martin, L., & Penn-Kekana, L. (2002). The virgin cleansing myth: cases of child rape are not exotic. *The Lancet*, 359(9307), 711.
201. Voir par exemple : Logie, C. H., James, L., Tharao, W., & Loutfy, M. R. (2011). HIV, gender, race, sexual orientation, and sex work: a qualitative study of intersectional stigma experienced by HIV-positive women in Ontario, Canada. *PLoS medicine*, 8(11); Logie, C. H., James, L., Tharao, W., & Loutfy, M. R. (2012). 'We don't exist': A qualitative study of marginalisation experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. *Journal of the International AIDS Society*, 15(2); Logie, C., James, L., Tharao, W., & Loutfy, M. (2013). Associations between HIV-related stigma, racial discrimination, gender discrimination, and depression among HIV-positive African, Caribbean, and Black women in Ontario, Canada. *AIDS patient care and STDs*, 27(2), 114-122.
202. Yoshida, K., Hanass-Hancock, J., Nixon, S., & Bond, V. (2014). Using intersectionality to explore experiences of disability and HIV among women and men in Zambia. *Disability and rehabilitation*, 36(25), 2161-2168; Hanass-Hancock, J., Myezwa, H., Nixon, S. A., & Gibbs, A. (2015). 'When I was no longer able to see and walk, that is when I was affected most': experiences of disability in people living with HIV in South Africa. *Disability and rehabilitation*, 37(22), 2051-2060.
203. Tun, W., Okal, J., Schenk, K., Esantsi, S., Mutale, F., Kyeremaa, R. K., & Moono, G. (2016). Limited accessibility to HIV services for persons with disabilities living with HIV in Ghana, Uganda and Zambia. *Journal of the International AIDS Society*, 19.
204. Hanass-Hancock, J., & Nixon, S. A. (2009). The fields of HIV and disability: past, present and future. *Journal of the International AIDS Society*, 12(1), 28.
205. Elliott, R., Utyasheva, L., & Zack, E. (2009). HIV, disability and discrimination: making the links in international and domestic human rights law. *Journal of the International AIDS Society*, 12(1), 29.
206. Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (2017). *Le nombre de personnes déplacées atteint son plus haut niveau depuis des décennies*. Extrait de <http://www.unhcr.org/fr/news/stories/2017/6/5943f3eca/nombre-personnes-deplacees-atteint-haut-niveau-decennies.html>
207. The Economist (2017). *Weather-related disasters are increasing*. Extrait de <https://www.economist.com/graphic-detail/2017/08/29/weather-related-disasters-are-increasing>.
208. Women's Refugee Commission (2013). *Gender-based Violence among Displaced Women and Girls with Disabilities: Findings from Field Visits 2011-2012*. Extrait de <https://www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/917-gender-based-violence-among-displaced-women-and-girls-with-disabilities-findings-from-field-visits-2011-2012>.
209. Pew Research Centre (2015). *World Population by income: How many live on how much where*. <http://www.pewglobal.org/interactives/global-population-by-income/>.
210. En 2016, on estimait que 45 % de la population mondiale vivait encore dans les zones rurales. Banque mondiale (2016) *Rural population (% of total population)*. Extrait de <https://data.worldbank.org/indicator/SP.RUR.TOTL.ZS>.
211. Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination (2017). *Leaving No One Behind: Equality and Non-Discrimination at the Heart of*

- Sustainable Development*. Extrait de <https://www.unsceb.org/CEBPublicFiles/CEB%20equality%20framework-A4-web-rev3.pdf>.
212. Selon un expert de la FAO, Libor Stloukal, « La majorité des 650 millions de personnes [personnes handicapées] du monde vivent dans des pays en développement, dont 80 % dans des zones rurales, souvent dans un état de pauvreté extrême. » Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (2006). *La plupart des personnes handicapées vivent dans des zones rurales*. Extrait de <http://www.fao.org/newsroom/fr/news/2006/1000453/index.html>
213. Women's Refugee Commission (2008). *Disabilities Among Refugees and Conflict-Affected Population*. Extrait de : <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/609-disabilities-among-refugeesand-conflict-affected-populations>.
214. Banque mondiale (2017). *Fragility, Conflict & Violence. Understanding Poverty*. Extrait de <https://data.worldbank.org/region/fragile-and-conflict-affected-situations>.
215. Bureau de la prévention des crises et du relèvement du PNUD (2004). *La réduction des risques de catastrophes : Un défi pour le développement*. Extrait de http://www.undp.org/content/undp/fr/home/librarypage/crisis-prevention-and-recovery/reduction_risques_catastrophes.html
216. Institute for Economics and Peace (2017). *Global Peace Index 2017: Measuring peace in a complex world*. Retrieved from <http://visionofhumanity.org/app/uploads/2017/06/GPI17-Report.pdf>.
217. Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (2015). *The Human Cost of Natural Disasters: A Global Perspective*. Extrait de <http://www.cred.be/node/1355>.
218. Organisation mondiale de la santé et Banque mondiale (2011) *Rapport mondial sur le handicap*. Extrait de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/.
219. Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (2017). *Figures at a Glance*. Extrait de <http://www.unhcr.org/en-us/figures-at-a-glance.html>.
220. Kolieb, J. (2009). *The Six Grave Violations Against Children During Armed Conflict: The Legal Foundation*. Office of the Special Representative of the Secretary-General for Children and Armed Conflict.
221. Kolieb, J. (2009). *The Six Grave Violations Against Children During Armed Conflict: The Legal Foundation*. Office of the Special Representative of the Secretary-General for Children and Armed Conflict.
222. de Ville de Goyet C., Marti RZ & Osorio C. (2006). *Natural Disaster Mitigation and Relief*. Dans : Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., éditeurs. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2ème édition. Washington (DC) : Banque mondiale. Chapitre 61. Extrait de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11792/>.
223. Secrétariat de la Convention relative aux droits des personnes handicapées & Division des politiques sociales et du développement, Département des affaires économiques et sociales des Nations unies (2016). *Inclusion Saves lives: Disability-Inclusive Disaster Risk Reduction: Background Note*. Extrait de <https://www.un.org/development/desa/disabilities/issues/un-desadspd-public-forum-taking-action-toward-a-disability-inclusive-disaster-risk-reduction-framework-and-its-implementation/inclusion-saves-lives.html>.
224. Crock, M., Hart, N. & McCallum, R. (2014). Chapitre 2 : Guerre, loi et handicap. Dans Mitchell, D & V. Karr (Eds.) *Crises, conflits et handicaps : Ensuring Equality*. New York : Routledge. Pp. 9-18.
225. Karr, V. & Mitchell, D. (2014). Introduction. Dans Mitchell, D & V. Karr (Eds.) *Crises, Conflict and Disability: Ensuring Equality*. New York : Routledge. *Crises, Conflict and Disability: Ensuring Equality*. New York : Routledge. 1-6.
226. Comité permanent interorganisations des Nations unies (2015). *Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire*. P. iii. Extrait de https://gbvguidelines.org/wp/wp.../2015-IASC-Directrices-VBG_version-francaise.pdf
227. Tunçalp, Ö., Fall, I. S., Phillips, S. J., Williams, I., Sacko, M., Touré, O. B., ... & Say, L. (2015). Conflits, déplacements et services de santé sexuelle et reproductive au Mali : analyse de l'enquête 2013 du système de cartographie de la disponibilité des ressources de santé (HeRAMS). *Conflict and Health*, 9(1), 28.
228. Voir par exemple, Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (2003). *La violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées. Principes directeurs pour la prévention et l'intervention*. Extrait de www.refworld.org/pdfid/41388ad04.pdf. Ce manuel de 168 pages ne contient aucune information spécifique sur les personnes handicapées ni sur l'accès au handicap ou à l'hébergement.
229. Voir par exemple Pearce, E. (2015). « Je vois que cela est possible » : Renforcer les capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la violence basée sur le genre dans les environnements humanitaires. Women's Refugee Commission. Extrait de <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/945-building-capacity-for-disability-inclusion-in-gender-based-violence-gbv-programming-in-humanitarian-settings-overview>.
230. Ellis, B.H., MacDonald, H.Z., Lincoln, A.K. and Cabral, H.J. (2008). Mental health of Somali adolescent refugees: The role of trauma, stress, and perceived discrimination. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(2), 184.
231. Women's Refugee Commission (2008). *Disabilities Among Refugees and Conflict-Affected Population*. Extrait de : <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/609-disabilities-among-refugeesand-conflict-affected-populations>.
232. Pittaway, E. & Bartolomei, L. (2001). Réfugiés, race et genre : La discrimination multiple contre les femmes réfugiées. *Refuge : revue canadienne sur les réfugiés*, 19(6).
233. Handicap International & HelpAge International (2014). *Hidden Victims of the Syrian Crisis: Disabled, Injured and Older Refugees*. Extrait de http://www.hi-us.org/hidden_victims_of_syrian_crisis.
234. Women's Refugee Commission (2008). *Disabilities Among Refugees and Conflict-Affected Population*. Extrait de : <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/609-disabilities-among-refugeesand-conflict-affected-populations>.

- org/resources/document/609-disabilities-among-refugeesand-conflict-affected-populations.
235. Pearce, E. (2015). « *Je vois que cela est possible* » : Renforcer les capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la violence basée sur le genre dans les environnements humanitaires. Women's Refugee Commission. Extrait de <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/945-building-capacity-for-disability-inclusion-in-gender-based-violence-gbv-programming-inhumanitarian-settings-overview>.
236. Priestley, M. (Ed.) (2001). *Disability and the life course: Global perspectives*. Cambridge University Press.
237. Bureau de l'Envoyé du Secrétaire général pour la jeunesse (2016). *Global Youth Unemployment on the Rise Again*. Extrait de <http://www.un.org/youthenvoy/2016/08/global-youth-unemployment-rise/>.
238. Pentland, A., Fletcher, R. & Hasson, A. (2004). Daknet : Repenser la connectivité dans les pays en développement. *Computer*, 37(1), 78-83.
239. Clarke, G. & Wallsten, S. (2002). *Universal (ly bad) Service: Providing infrastructure services to rural and poor urban consumers*.
240. Montgomery, M.R. (2009). *Urban poverty and health in developing countries*.
241. Sociales, P. (2001). Crime as a social cost of poverty and inequality: A review focusing on developing countries. *Facets of Globalization*, 171.
242. UNESCO (2006). *Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous 2007 : Un bon départ : protection et éducation de la petite enfance*.
243. Organisation mondiale de la santé et Banque mondiale (2011) *Rapport mondial sur le handicap*. Extrait de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/.
244. Assemblée générale des Nations unies (2013). *Document final de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et d'autres objectifs de développement convenus au niveau international pour les personnes handicapées : La voie à suivre : un programme de développement qui tient compte de la question du handicap pour 2015 et au-delà*, A/68/L.1. Tel que cité dans l'Organisation mondiale de la santé (2015). *Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : Un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées*. Extrait de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/254650>
245. Priestley, M. (2001). *Handicap et parcours de vie : Global Perspectives* (2001); Humphrey, M. (2016). The Intersectionality of Poverty, Disability and Gender as a Framework to Understand Violence Against Women with Disabilities: A Case Study of South Africa. *International Development, Community and Environment (IDCE)*. Paper 36. Extrait de http://commons.clarku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1075&context=idce_masters_papers.
246. Humphrey, M. (2016). The Intersectionality of Poverty, Disability and Gender as a Framework to Understand Violence Against Women with Disabilities: A Case Study of South Africa. *International Development, Community and Environment (IDCE)*. Paper 36. Extrait de http://commons.clarku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1075&context=idce_masters_papers.
247. Abu-Habib, L. (1997). *Gender and disability: Women's experiences in the Middle East*. Oxfam.
248. Mitra, S., Posarac, A. & Vick, B. (2013). Disability and poverty in developing countries: A multidimensional study. *World Development*, 41, 1-18.
249. Organisation mondiale de la santé et Banque mondiale (2011) *Rapport mondial sur le handicap*. Extrait de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/.
250. Organisation mondiale de la santé et Banque mondiale (2011) *Rapport mondial sur le handicap*. Extrait de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/.
251. Mitra, S., Posarac, A. & Vick, B. (2013). Disability and poverty in developing countries: a multidimensional study. *World Development*, 41, 1-18.
252. Sen, A. (2009). *The idea of justice*. Cambridge, Mass: Belknap Press of Harvard University Press.
253. Gething, L. (1997). Sources of double disadvantage for people with disabilities living in remote and rural areas of New South Wales, Australia. *Disability & Society*, 12(4), 513-531.
254. Division des politiques sociales et du développement social (2018). *Programme d'action mondial concernant les personnes handicapées*. Extrait de <https://www.un.org/development/desa/disabilities-fr/programme-daction-mondial-concernant-les-personnes-handicapees-14-2.html>
255. Lebo, J. & Schelling, D. (2001). *Design and appraisal of rural transport infrastructure : ensuring basic access for rural communities*. Rapport technique de la Banque mondiale ; n° WTP 496. Washington, D.C : La Banque mondiale. Extrait de <http://documents.worldbank.org/curated/en/227731468184131693/Design-and-appraisal-of-rural-transport-infrastructure-ensuring-basic-access-for-rural-communities>.
256. Iezzoni, L.I., Killeen, M.B. & O'day, B.L. (2006). Rural residents with disabilities confront substantial barriers to obtaining primary care. *Health Services Research*, 41(4p1), 1258-1275.
257. Bock, B.B. (2015). Gender mainstreaming and rural development policy: The trivialisation of rural gender issues. *Gender, Place & Culture*, 22(5), 731-745.
258. Lipton, M. (1998). 'Urban Bias and Inequality' Dans *Development and Underdevelopment: The Political Economy of Global Inequality*. Édité par M. Seligson et J. Passe-Smith. Boulder, CO: Lynn Rienner Publishers. Pp. 389-394. Voir également : James G. et S. Corbridge. 2010. The Continuing Debate about Urban Bias: The thesis, its critics, its influence and its implications for poverty-reduction strategies. *Progress in Development Studies* 10(1): 1-18.
259. Krause, M., (2014). *The good project: humanitarian relief NGOs and the fragmentation of reason*. University of Chicago Press.

260. Cham, M., Sundby, J. & Vangen, S., (2005). La mortalité maternelle dans les zones rurales de la Gambie, une étude qualitative sur l'accès aux soins obstétriques d'urgence. *Reproductive health*, 2(1), 3.
261. Organisation internationale du Travail (2011). *Autonomisation des personnes handicapées pour le développement rural*. Extrait de https://www.ilo.org/safework/info/promo/WCMS_232363/lang--fr/index.htm
262. Lishner, D.M., Levine, P. & Patrick, D. (1996). Access to primary health care among persons with disabilities in rural areas: A summary of the literature. *The Journal of Rural Health*, 12(1), 45-53.
263. Enns, H. (2018). *The Role of Organizations of Disabled People: A DPI Discussion Paper*. Extrait de <https://www.independentliving.org/docs5/RoleofOrgDisPeople.html>.
264. OpenIDEO (2018). *Integrating Comprehensive SRHR for Vulnerable Women and Girls in Rural Communities in Uganda*. Extrait de <https://challenges.openideo.com/challenge/youth-srh/research/integrating-comprehensive-srhr-for-vulnerable-women-and-girls-in-rural-communities-in-uganda>.
265. Gartrell, A., Baesel, K. & Becker, C., (2017). We do not dare to love: Women with disabilities' sexual and reproductive health and rights in rural Cambodia. *Reproductive health matters*, 25(50), 31-42.
266. Yousafzai, A.K., Dlamini, P.J., Groce, N. & Wirz, S., (2004). Connaissances, risques personnels et expériences de VIH / SIDA chez les personnes handicapées au Swaziland. *International journal of rehabilitation research*, 27(3), pp.247-251.
267. Hanass-Hancock, J. (2009). Disability and HIV/AIDS-a systematic review of literature on Africa. *Journal of the International AIDS Society*, 12(1), 34.
268. Voir par exemple : Logie, C. H., James, L., Tharao, W. & Loutfy, M. R. (2011). HIV, gender, race, sexual orientation, and sex work: A qualitative study of intersectional stigma experienced by HIV-positive women in Ontario, Canada. *PLoS medicine*, 8(11); Logie, C. H., James, L., Tharao, W. & Loutfy, M. R. (2012). 'We don't exist': A qualitative study of marginalisation experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. *Journal of the International AIDS Society*, 15(2); Logie, C., James, L., Tharao, W. & Loutfy, M. (2013). Associations between HIV-related stigma, racial discrimination, gender discrimination, and depression among HIV-positive African, Caribbean, and Black women in Ontario, Canada. *AIDS patient care and STDs*, 27(2), 114-122.
269. Yoshida, K., Hanass-Hancock, J., Nixon, S. & Bond, V. (2014). Using intersectionality to explore experiences of disability and HIV among women and men in Zambia. *Disability and rehabilitation*, 36(25), 2161-2168; Hanass-Hancock, J., Myezwa, H., Nixon, S. A. & Gibbs, A. (2015). « Quand je n'étais plus capable de voir et de marcher, c'est là où j'étais le plus affecté » : Expériences de handicap chez les personnes vivant avec le VIH en Afrique du Sud. *Disability and rehabilitation*, 37(22), 2051-2060.
270. Tun, W., Okal, J., Schenk, K., Esantsi, S., Mutale, F., Kyeremaa, R. K. & Moono, G. (2016). Limited accessibility to HIV services for persons with disabilities living with HIV in Ghana, Uganda and Zambia. *Journal of the International AIDS Society*, 19.
271. Hanass-Hancock, J. & Nixon, S. A. (2009). The fields of HIV and disability: Past, present and future. *Journal of the International AIDS Society*, 12(1), 28.
272. Elliott, R., Utyasheva, L. & Zack, E. (2009). HIV, disability and discrimination: Making the links in international and domestic human rights law. *Journal of the International AIDS Society*, 12(1), 29.
273. Petrowski, N., Cappa, C. & Gross, P., (2017). Estimating the number of children in formal alternative care: Challenges and results. *Child abuse & neglect*, 70, 388-398.
274. UNICEF (2011). *Joint Press Release: OHCHR, UNICEF launch campaign to protect children, prevent harmful and unnecessary institutionalisation*. Extrait de https://www.unicef.org/media/media_59030.html.
275. Comité des droits de l'enfant (2005). *Recommandations. Quarantième session. Genève, 12-30 septembre 2005*. Extrait de <http://repository.un.org/handle/11176/260377>.
276. UNICEF, Europe and Central Asia (2018). *Programme: Children with Disabilities*. Extrait de <https://www.unicef.org/eca/what-we-do/children-with-disabilities>.
277. Disability Rights International (2015). *Twice Violated: Abuse and Denial of Sexual and Reproductive Rights of Women with Psychosocial Disabilities in Mexico City*. Extrait de <http://www.driadvocacy.org/disability-rights-international-dri-research-reveals-shocking-abuses-against-women-with-disabilities-in-mexico-city/>.
278. Voir aussi Minkowitz, T. (2007). The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Right to be Free from Nonconsensual Psychiatric Interventions, *Syracuse Journal of International Law and Commerce* Vol. 32 No. 2 (2007), et documents et présentations connexes sur les interventions psychiatriques forcées en tant que torture sur <http://www.chrusp.org/home/resources>.
279. Disability Rights International (2015). *Twice Violated: Abuse and Denial of Sexual and Reproductive Rights of Women with Psychosocial Disabilities in Mexico City*. Extrait de <http://www.driadvocacy.org/disability-rights-international-dri-research-reveals-shocking-abuses-against-women-with-disabilities-in-mexico-city/>.
280. Sullivan, P.M. & Knutson, J.F. (1994). *The relationship between child abuse and neglect and disabilities: Implications for research and practice*. Omaha, NE : Boys Town National Research Hospital.
281. Human Rights Watch (2015). *Include Women, Girls with Disabilities in Anti-Efforts*. Extrait de : <https://www.hrw.org/news/2015/03/05/include-women-girls-disabilities-anti-violence-efforts>.
282. Disability Rights International (2015). *No way home: The exploitation and abuse of children in Ukraine's orphanages. Disability Rights International*. Extrait de <https://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/No-Way-Home-final2.pdf>.

283. Organisation mondiale de la santé et Comité international de la Croix-Rouge (2017). *Information Sheet: Mental Health in Prisons*. Extrait de http://www.who.int/mental_health/policy/mh_in_prison.pdf.
284. She, P. & Stapleton, D. (2006). *Research Brief: A review of disability data for the institutional population*. Rehabilitation Research and Training Centre on Disability Demographics and Statistics. Cornell University Institute for Policy Research, Ithaca. Extrait de <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1205&context=edicollect>.
285. Ben-Moshe, L., Chapman, C. & Care, A. (2014). *Disability Incarcerated: Imprisonment and Disability in the United States and Canada*. New York : Palgrave Macmillan.
286. PNUD (2017). *Human Development Report*. Extrait de <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/ECU>
287. Banque mondiale (2017). *Taux de fertilité des adolescentes (naissances pour 1 000 femmes de 15-19 ans)*. Extrait de <https://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFR.T>.
288. UN Women (2017). *Ecuador*. Extrait de <http://lac.unwomen.org/en/donde-estamos/ecuador>.
289. Svanemyr, J., Guijarro, S., Riveros, B. B. & Chandra-Mouli, V. (2017). The health status of adolescents in Ecuador and the country's response to the need for differentiated healthcare for adolescents. *Reproductive health*, 14(1), 29.
290. Park, I. U., Sneed, C. D., Morisky, D. E., Alvear, S. & Hearst, N. (2002). Correlates of HIV risk among Ecuadorian adolescents. *AIDS Education and prevention*, 14(1), 73-83.
291. Goicolea, I. & San Sebastian, M. (2010). Unintended pregnancy in the amazon basin of Ecuador: a multilevel analysis. *International journal for equity in health*, 9(1), 14.
292. Stycos, J. M. (1967). Contraception and Catholicism in Latin America. *Journal of Social Issues*, 23(4), 115-133.
293. Goicolea, I. (2010). Adolescent pregnancies in the Amazon Basin of Ecuador: a rights and gender approach to adolescents' sexual and reproductive health. *Global Health Action*, 3, 10.3402/gha.v3i0.5280. Extrait de <http://doi.org/10.3402/gha.v3i0.5280>.
294. Goicolea, I., Wulff, M., San Sebastian, M. & Öhman, A. (2010). Adolescent pregnancies and girls' sexual and reproductive rights in the Amazon basin of Ecuador: An analysis of providers' and policy makers' discourses. *BMC international health and human rights*, 10(1), 12.
295. Haeck, Y. (2018). *Indigenous Legal Systems in Ecuador and their Compatibility with Internationally Recognised Human Rights Standards*. Université de Gand : Centre des droits de l'homme. Extrait de <http://www.hrc.ugent.be/research/indigenous-legal-systems-in-ecuador/>.
296. PNUD (2017). *Human Development Report*. Extrait de <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/MAR>.
297. Ministère de la Solidarité, de la Femme, la Famille et du Développement Social (2014). *Enquête Nationale sur le Handicap*, Rabat 2014.
298. Ministère de la santé (2015). *Plan National de la Santé et le Handicap, 2015- 2021*, Direction de la Population, 8.
299. Ministère de la santé (2015). *Plan National de la Santé et le Handicap, 2015- 2021*, Direction de la Population, 74.
300. Gouvernement du Maroc (2018). *Bulletin officiel n° 6655 du 12 mars 2018*.
301. PNUD (2017). *Human Development Report*. Extrait de <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/MOZ>.
302. ONUSIDA. (2015). *Mozambique*. Extrait de <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/mozambique>.
303. Pfeiffer, J. (2003). Les ONG internationales et les soins de santé primaires au Mozambique : le besoin d'un nouveau modèle de collaboration. *Social Science & Medicine*, 56(4), 725-738.
304. Brass, J. N. (2012). Why do NGOs go where they go? Evidence from Kenya. *World Development*, 40(2), 387-401.
305. Yu, D., Souteyrand, Y., Banda, M. A., Kaufman, J. & Perriens, J. H. (2008). Investment in HIV/AIDS programmes: Does it help strengthen health systems in developing countries? *Globalisation and Health*, 4(1), 8.
306. PNUD (2017). *Human Development Report*. Extrait de <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/SPA>.
307. OCDE (2017). *Les statistiques du financement du développement*, mises à jour le 22 décembre 2017. Extrait de <http://www.oecd.org/fr/cad/financementpourledeveloppementdurable/statistiques-financement-developpement/>.
308. Fonds pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. 2018. *Qui sommes-nous*. Extrait de <http://www.mdgfund.org/fr/aboutus>.
309. OCDE (2016). *Development Cooperation Peer Reviews: Spain 2016*. Extrait de <http://www.oecd.org/fr/cad/oecd-development-co-operation-peer-reviews-spain-2016-9789264251175-en.htm>
310. Id.
311. Gouvernement espagnol (2011). *Loi 26/2011, du 1er août, Adaptation normative à la Convention relative aux droits des personnes handicapées (traduit de l'espagnol : Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad)*. Extrait de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-13241>.
312. Gouvernement espagnol (2011). *Décret royal 1276/2011 Décret royal 1276/2011 du 16 Septembre, adaptation aux normes de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (traduit de l'espagnol : Real Decreto 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad)*. Extrait de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-14812>.
313. Agranoff, R. (1996). Federal evolution in Spain. *International Political Science Review*, 17(4), 385-401.
314. Mayhew, S. H. (2003). The impact of decentralisation on sexual and reproductive health services in Ghana. *Reproductive health matters*, 11(21), 74-87.
315. INJUVE & CERMI (2016). *Jóvenes con discapacidad en España 2016*. Extrait de http://www.injuve.es/sites/default/files/jovenes-con-discapacidad-en-espana_aaa.pdf.
316. INJUVE & CERMI (2016). *Jóvenes con discapacidad en España 2016*. Extrait de <http://www.injuve.es/sites/>

- default/files/jovenes-con-discapacidad-en-espana_aaa.pdf.
317. INJUVE & CERMI (2016). *Jóvenes con discapacidad en España 2016*. Extrait de http://www.injuve.es/sites/default/files/jovenes-con-discapacidad-en-espana_aaa.pdf.
318. Comité espagnol des représentants des personnes handicapées (CERMII) (n.d.). *Soumission à l'étude sur la « responsabilité de l'État d'éliminer la violence à l'égard des femmes » à établir par le Rapporteur spécial sur la violence contre les femmes : la violence contre les filles et les femmes handicapées en Espagne*. Extrait de <http://www.inmujer.gob.es/publicacionselectronicas/documentacion/Documentos/DE0951.pdf>.
319. Comité espagnol des représentants des personnes handicapées (CERMII) (n.d.). *Soumission à l'étude sur la « responsabilité de l'État d'éliminer la violence à l'égard des femmes » à établir par le Rapporteur spécial sur la violence contre les femmes : la violence contre les filles et les femmes handicapées en Espagne*. Extrait de <http://www.inmujer.gob.es/publicacionselectronicas/documentacion/Documentos/DE0951.pdf>.
320. Eley, H., Kilonzo, N., Tolhurst, R. & Molyneux, C. (2005). Bypassing districts? Implications of sector-wide approaches and decentralization for integrating gender equity in Uganda and Kenya. *Health Policy and Planning*, 20(3), 150-157; Mayhew, S. H. (2003). The impact of decentralisation on sexual and reproductive health services in Ghana. *Reproductive health matters*, 11(21), 74-87.
321. Mayhew, S. H. (2003). The impact of decentralisation on sexual and reproductive health services in Ghana. *Reproductive health matters*, 11(21), 74-87.
322. Eley, H., Kilonzo, N., Tolhurst, R. & Molyneux, C. (2005). Bypassing districts? Implications of sector-wide approaches and decentralization for integrating gender equity in Uganda and Kenya. *Health Policy and Planning*, 20(3), 150-157.
323. Cottingham, J., Kismodi, E., Hilber, A. M., Lincetto, O., Stahlhofer, M. & Gruskin, S. (2010). Using human rights for sexual and reproductive health: Improving legal and regulatory frameworks. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 88(7), 551-555.
324. Inter-American Commission on Human Rights (2015). *Legal Standards Related to Gender Equality and Women's Rights in the Inter-American Human Rights System: Development and Application*, avec des mises à jour de 2011 à 2014, OEA/Ser.L/V/II.143, Doc. No. 60.
325. de Silva de Alwis, R. & Klugman, J. (2015). Freedom from Violence and the Law: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law, 2015. Extrait de https://scholarship.law.upenn.edu/faculty_scholarship/1638.
326. Voir, par exemple, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (2017). *Recommandation générale n° 35 sur la violence basée sur le genre à l'égard des femmes, mettant à jour la recommandation générale n° 19*. CEDAW/C/GC/35.
327. Secrétariat pour la Convention sur les droits des personnes handicapées du Département des affaires économiques et sociales ; Fonds des Nations unies pour la population ; Wellesley Centres for Women (2008). *Disability Rights, Gender, and Development—A Resource Tool for Action*.
328. Par exemple, les articles 55 et 56 de la Charte des Nations Unies ; La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, Préambule, Art. 1, 2 6, et 7 *entre autres*.
329. Groupe des Nations unies pour le développement (2003). *L'approche fondée sur les droits humains de l'homme dans le domaine de la coopération au développement : Vers une compréhension commune parmi les agences des Nations unies*.
330. Charte des Nations unies, articles 55 et 56 ; Préambule de la déclaration universelle des droits de l'homme, articles 1, 2 6, et 7 *entre autres*.
331. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme Art. 2 ; voir aussi Pacte international relatif aux droits civils et politiques Art. 2 ; Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels Art. 2.
332. L'Observation générale n° 5 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1994) énonce les obligations des États d'éliminer la discrimination contre les personnes handicapées ; la Recommandation générale n° 18 invite les États à rendre compte des mesures positives prises pour assurer l'égalité des femmes handicapées ; la Convention et les droits de l'enfant, Art. 2 énumère les droits des enfants handicapés.
333. Skarstad, K., & Stein, M. A. (2017). Mainstreaming disability in the United Nations treaty bodies. *Journal of Human Rights*, 17(1), 1-24.
334. Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), adoptée le 24 janvier 2007, entrée en vigueur le 3 mai 2008. La CDPH dispose d'un Protocole facultatif (ratifié par 93 États parties) qui permet au Comité des droits des personnes handicapées de recevoir et d'examiner des communications de particuliers ou de groupes de personnes relevant de la juridiction d'un État partie à la Convention. A/RES/61/106.
335. La CDPH reconnaît les aspects sexospécifiques de la violence et des abus dans l'article 16 et exige des États parties qu'ils garantissent un soutien sensible au genre et une législation pour combattre la violence et l'exploitation.
336. Conseil économique et social des Nations unies (2007). *Mainstreaming Disability in the Development Agenda: Note du Secrétariat*, E/CN.5/2008/6.
337. Skarstad, K., & Stein, M. A. (2017). Mainstreaming disability in the United Nations treaty bodies. *Journal of Human Rights*, 17(1), 5.
338. Conseil économique et social des Nations unies (2007). *Mainstreaming Disability in the Development Agenda: Note du Secrétariat*, E/CN.5/2008/6.
339. Skarstad, K., & Stein, M. A. (2017). Mainstreaming disability in the United Nations treaty bodies. *Journal of Human Rights*, 17(1), 6.
340. Comité des droits des personnes handicapées (2016). *Observation générale n° 3 sur les droits des femmes et des enfants handicapés*. CRPD/C/GC/3.
341. CBM (n.d.). *The 3Ps for inclusion of women with disabilities: The Personal, The Political, The Policy*. Extrait de <https://>

- www.cbm.org/article/downloads/54741/The_Personal_The_Political_The_Policy.pdf.
342. *Eldridge v. British Columbia (Attorney-General)* (1997) 151 D.L.R. (4th) 577, 3 S.C.R. 624; Tate, K. (2001). *Disability and Health Care: The Eldridge Case*. Parliament of Canada, Public and Social Affairs Division PRB 01-2E; Banda, F. (2005). *Women, Law and Human Rights: An African Perspective*.
 343. Banda, F. (2005). *Women, Law and Human Rights: An African Perspective*. 198-199.
 344. Il existe trois protocoles facultatifs à la Convention : i) le Protocole facultatif concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants (175 États parties en mai 2018) ; ii) le Protocole facultatif concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés (168 États parties en mai 2018) ; et iii) le Protocole facultatif sur une procédure de communication (38 États parties en mai 2018). Ce dernier permet aux enfants de présenter des plaintes individuelles concernant des violations de leurs droits.
 345. Un « enfant » est défini comme incluant toute personne de moins de 18 ans
 346. Comité des droits de l'enfant, Observation générale N° 13 (2011). *Le droit de l'enfant d'être protégé contre toutes les formes de violence*, CRC/C/GC/13.
 347. Comité des droits de l'enfant (2006). *Observation générale N° 9 sur les droits des enfants handicapés*, CRC/C/GC/9.
 348. Comité des droits de l'enfant (2016). *Observation générale n° 20 (2016) sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence*, CRC/C/GC/20*.
 349. Comité des droits de l'enfant (2016). *Observation générale n° 20 (2016) sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence*, CRC/C/GC/20*.
 350. Comité des droits de l'enfant (2016). *Observation générale n° 20 (2016) sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence*, CRC/C/GC/20*.
 351. Convention sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, adoptée le 18 décembre 1979 et entrée en vigueur le 3 septembre 1981. La CEDAW dispose d'un Protocole facultatif (adopté le 6 octobre 1999) qui permet au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes de recevoir et d'examiner des communications de personnes appartenant à des groupes de personnes relevant de la juridiction d'un État partie.
 352. CBM (n.d.). *The 3Ps for inclusion of women with disabilities: The Personal, The Political, The Policy*. Extrait de https://www.cbm.org/article/downloads/54741/The_Personal_The_Political_The_Policy.pdf.
 353. Comité pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (2017). *Recommandation générale n° 35 sur la violence basée sur le genre à l'égard des femmes, mettant à jour la recommandation générale n° 19*. CEDAW/C/GC/35 ; Voir également les commentaires du Comité CEDAW sur l'intersectionnalité de la discrimination dans la Recommandation générale n° 33, paragraphes 8 et 9 (CEDAW/C/GC/33) ; N° 15 sur les femmes et le SIDA (A/45/38) ; N° 21 sur l'égalité dans le mariage et les relations familiales (a/49/38) ; N° 24 on sur les femmes et la santé (a/54/38/Rev.1, chap. 1) ; N° 26 sur les travailleuses migrantes (CEDAW/C/2009/WP.1/R) ; N° 27 sur les femmes âgées et la protection de leurs droits humains (CEDAW/C/GC/27) ; N° 30 sur les femmes dans la prévention des conflits, les conflits et les situations d'après conflit (CEDAW/C/GC/30) ; N° 31 sur les pratiques néfastes (CEDAW/C/GC/31-CRC/C/GC/18) ; N° 32 sur les dimensions sexospécifiques du statut de réfugié, de l'asile, de la nationalité et de l'apatridie des femmes (CEDAW/C/GC/32) ; et N° 34 sur les droits des femmes rurales (CEDAW/C/GC/34). Voir également les communications avec les États parties ayant présenté un rapport, y compris celles mentionnées dans la Recommandation générale N° 35, note 12 et, plus récemment, les observations finales sur les septième et huitième rapports périodiques combinés du Nigeria (CEDAW/C/NGA/CO/7-8).
 354. Nations Unies (2017). *Rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées, Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation*, A/72/133.
 355. Nations Unies (1994). *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement*. A/CONF/191/13. Paragraphes. 6,30-6,33.
 356. Nations Unies (1994). *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement*. A/CONF/191/13. Par. 6,15.
 357. Sur la base du document final pour adoption au Sommet des Nations Unies sur le programme de développement pour l'après-2015, les personnes en situation de vulnérabilité comprennent également des personnes handicapées.
 358. L'incapacité d'enregistrer un enfant handicapé à la naissance peut le rendre plus vulnérable à la violence et à la maltraitance et lui refuser l'accès à des ressources telles que les établissements de santé publique ou les écoles publiques.
 359. Notez que les personnes de tous les genres peuvent être victimes de violence basée sur le genre, cependant, l'exploration de la situation des membres de ces différentes communautés dépasse le cadre de cette étude.
 360. Lisa Jones, et al., *Prevalence and Risk of Violence against Children with Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies*, *Lancet* 2012, 899-907.
 361. Par exemple, le PIDCP reconnaît le droit à l'intégrité physique et à la sécurité de la personne (art. 7, 9 et 10), le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a reconnu que la violence basée sur le genre est une forme de discrimination interdite, la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants interdit d'infliger intentionnellement une douleur ou des souffrances aiguës à une personne « avec le consentement d'un agent public » [voir Copelon, R. (2009). *End Torture, End Domestic Violence*, *Magazine On the Issues*, pour une analyse du lien entre la torture et les violences sexistes], et le Statut de Rome de la Cour pénale internationale a classé le viol et les violences sexuelles comme des crimes graves contre l'humanité. Voir également les résolutions 65/228 de l'Assemblée générale de l'ONU, « Renforcement des mesures en matière de prévention du crime et de justice pénale visant à combattre la violence à l'égard des femmes » (mars

- 2011), 64/137 et 65/187 ; la résolution 14/12 du Conseil des droits de l'homme qui appelle collectivement les États à faire preuve de diligence appropriée pour prévenir et enquêter sur les actes de violence à l'égard des femmes et des filles et à punir les responsables.
362. Il convient de remarquer que la majorité du cadre normatif sur les violences sexistes s'intéresse exclusivement à l'éradication des violences à l'égard des femmes et des filles et il est rédigé en ces termes. Bien que les femmes et les filles souffrent disproportionnellement des violences sexistes, en particulier des violences domestiques, les garçons et les jeunes hommes, surtout ceux handicapés, sont également vulnérables aux agressions sexuelles et à d'autres formes de violences sexistes. Voir, par ex., Mitra et al. (2011). *Sexual Violence Victimization Against Men with Disabilities*, *Am. J. Prev. Med.* 41(5) 494-497. Les mêmes normes qui interdisent les violences sexistes à l'égard des femmes et des filles protègent les droits des garçons et des jeunes hommes de ne pas subir de violences et de maltraitements. Voir, par ex. Conseil de l'Europe (2011). *Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique*, Série des traités du Conseil de l'Europe N° 210.
363. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (2017). *Recommandation générale n° 35 sur les violences sexistes à l'égard des femmes, mettant à jour la recommandation générale n° 19*. CEDAW/C/GC/35. Para. 2.
364. Conseil des droits de l'homme (2012). *Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap*, A/HRC/20/5.
365. Jones, L., et al. (2012). *Prevalence and Risk of Violence against Children with Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies*, *Lancet*, 899-907; UNICEF (2013). *Toward a World Free From Violence: Global Survey on Violence against Children* ; voir aussi Comité des droits de l'enfant (2006) *Observation générale N° 9 sur les droits des enfants handicapés*, CRC/C/GC/9.
366. Nations Unies (1994). *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement*. A/CONF/191/13. Par. 4,24.
367. Casey E., et al. (2016). *Gender Transformative Approaches to Engaging Men in Gender-Based Violence Prevention: A Review and Conceptual Model*, *Trauma, Violence and Abuse*, 1-16.
368. Casey E., et al. (2016). *Gender Transformative Approaches to Engaging Men in Gender-Based Violence Prevention: A Review and Conceptual Model*, *Trauma, Violence and Abuse*, 1-16 ; voir également Barker, G. et al. (2007). *Engaging Men and Boys in Changing Gender-Based Inequity in Health: Evidence from Programme Interventions*.
369. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (2017). *Recommandation générale n° 35 sur les violences sexistes à l'égard des femmes, mettant à jour la recommandation générale n° 19*. CEDAW/C/GC/35.
370. Dans son examen des progrès réalisés en 2017 sur l'ODD 5 : Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles, Le Forum politique de haut niveau a noté que l'élimination de la violence et des pratiques préjudiciables à l'égard de toutes les femmes et filles « est essentielle à la réalisation globale de l'égalité des sexes, ainsi qu'à l'éradication de la pauvreté et à la réalisation du développement durable, de la paix et de la sécurité et droits de l'homme ». Disponible sur <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/14383SDG5format-revOD.pdf>.
371. Nations unies (1966). *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. Art. 12 ; et Haut-Commissariat aux droits de l'homme (2000), *Observation générale N° 14 du CESCR Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12)*.
372. Haut Commissariat aux droits de l'homme (2000) *Observation générale N° 14 du CESCR : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12)*.
373. Comité des droits de l'enfant (2016). *Observation générale N° 20 sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence*, CRC/C/GC/20.
374. UNICEF (2013). *Toward a World Free from Violence: Global survey on violence against children*. 14.
375. Nations unies (2007). *Résolution adoptée par l'Assemblée générale : 61/106. Convention relative aux droits des personnes handicapées*. A/RES/61/106. Art. 25
376. FNUAP, Institut danois pour les droits de l'homme et Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (2014). *Les droits reproductifs sont des droits humains : manuel pour les institutions nationales des droits de l'homme*.
377. Comité des droits de l'enfant (2016). *Observation générale N° 20 (2016) sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence*.
378. FNUAP, Institut danois pour les droits de l'homme et Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (2014). *Les droits reproductifs sont des droits humains : manuel pour les institutions nationales des droits de l'homme*. 27.
379. Barker, G., et al. (2007). *Engaging Men and Boys in Changing Gender-Based Inequity in Health: Evidence from Programme Interventions*.
380. Almeras, D (2013). *Disability-Inclusive Development: Regional Perspectives in Latin America and the Caribbean*. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPAL).
381. Base de données du Bureau des affaires juridiques des Nations Unies (OLA), <http://treaties.un.org> (au 20 juin 2016).
382. Almeras, D (2013). *Disability-Inclusive Development: Regional Perspectives in Latin America and the Caribbean*. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPAL).
383. Engagement de Panama en faveur des personnes handicapées dans le Continent américain, AG/RES. 1369 (XXVI-O96).
384. Jessica Lenahan (Gonzalez) et al. (United States), Inter-Am. Comm. H.R. Rapport N° 80/11, Affaire 12 626 (2011).
385. Jessica Lenahan (Gonzalez) et al. (United States), Inter-Am. Comm. H.R. Rapport N° 80/11, Affaire 12 626 (2011) ; Paloma Angelica Escobar Ledezma et al. (Mexico), Inter-Am. Comm. H.R. Rapport N° 51/13, Affaire 12 551 (2013).
386. Claudina Velazquez Paiz et al. (Guatemala), Inter-Am. Comm. H.R. Rapport N° 53/13, Affaire 11 157 (2011).

387. Nations Unies CEPAL (2014). *Montevideo Consensus on Population and Development: First Session of the Regional Conference on Population and Development in Latin America and the Caribbean. Full integration of population dynamics into rights-based sustainable development with equality: key to the Cairo Programme of Action beyond 2014.*
388. Ciara O'Connell (2014). Litigating Reproductive Health Rights in the Inter-American System: What Does a Winning Case Look Like?, *Health and Human Rights Journal* 16(2).
389. Ciara O'Connell (2014). Litigating Reproductive Health Rights in the Inter-American System: What Does a Winning Case Look Like?, *Health and Human Rights Journal* 16(2).
390. Aux fins de cette étude, l'Afrique subsaharienne fait référence aux pays de la Région Afrique occidentale et centrale et de la Région Afrique orientale et australe du FNUAP.
391. Les instruments régionaux énumérés ici ne représentent qu'une partie de ceux qui sont les plus pertinents pour la portée de cette étude ; il y en a plusieurs autres. Dans son analyse détaillée des régimes juridiques régissant les droits de la femme et des droits humains en Afrique, Fareda Banda a identifié plus de 25 initiatives régionales et sous-régionales potentiellement pertinentes. Voir Banda, F. (2005). *Women, Law and Human Rights: An African Perspective.*
392. Au 25 mai 2018, les pays suivants de la région n'ont pas ratifié la CDPH : Botswana, Cameroun, Tchad, Guinée équatoriale et Sud Soudan. Extrait de http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx.
393. Base de données du Bureau des affaires juridiques des Nations Unies (OLA), <http://treaties.un.org> (au 20 juin 2016).
394. Almeras, D (2013). *Disability-Inclusive Development: Regional Perspectives in Latin America and the Caribbean.* Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPAL).
395. Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (Banjul), adoptée le 27 juin 1981, Doc. OAU CAB/LEG/67/3 rev. 5, 21 I.L.M. 58 (1982), entrée en vigueur le 21 octobre 1986. Bien que l'article 2 ne spécifie pas le handicap comme l'un des motifs interdits de discrimination, son inclusion « d'autre statut » suggère qu'il peut être considéré ainsi. Combrinck, H. (2013). *African Disability Rights Yearbook.* 361-368.
396. Commission africaine des droits de l'homme et des peuples (2003). *Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, adopté le 11 juillet 2003, Assemblée/AU/Déc.14.*
397. Banda, F. (2005). *Women, Law and Human Rights: An African Perspective.*
398. Union africaine (2003). *Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes.* Art. 2, Par. 2
399. Banda, F. (2005). *Women, Law and Human Rights: An African Perspective.*183.
400. SIDA (2015). *Disability Rights in Sub-Saharan Africa.* Extrait de <http://www.sida.se/globalassets/sida/eng/partners/human-rights-based-approach/disability/rights-of-persons-with-disabilities-sub-saharan-africa.pdf>.
401. Département des affaires sociales de la Commission de l'Union africaine (2009). *Plan d'action continental pour la décennie africaine des personnes handicapées 2010-2019.* 11-13.
402. Département des affaires sociales de la Commission de l'Union africaine (2009). *Plan d'action continental pour la décennie africaine des personnes handicapées 2010-2019.* 13.
403. Après l'adoption du projet de protocole, l'étape suivante consiste à transmettre le projet au processus d'élaboration des traités de l'Union africaine. Rapport d'activité d'intersession du Commissaire Yeung Kam John Yeung Sik Yuen en tant que commissaire et président du Groupe de travail sur les droits des personnes âgées et des personnes handicapées en Afrique, Comm. africaine sur les droits de l'homme et des peuples, avril 2016.
404. Le FNUAP inclut les 20 pays suivants dans sa définition de la région des États arabes : Algérie, Bahreïn, Djibouti, Égypte, Iraq, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Maroc, Oman, Palestine, Qatar, Arabie Saoudite, Somalie, Soudan, Syrie, Tunisie, Émirats Arabes Unis, Yémen. Extrait de <http://arabstates.unfpa.org/en/arab-states-glance>.
405. En mai 2018, le Liban avait signé mais pas encore ratifié la CDPH et la Somalie n'avait ni signé ni ratifié la CDPH.
406. Extrait de http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx.
407. Handicap International & HelpAge International (2014). *Hidden victims of the Syria Crisis: disabled, injured, and older refugees.* Extrait de <https://data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=5812>.
408. Handicap International & HelpAge International (2014). *Hidden victims of the Syria Crisis: disabled, injured, and older refugees.* 34.
409. Brotman, S. et al. (2008). *Implementing CEDAW in North Africa & the Middle East: Roadblocks and Victories.*
410. OCDE (2014). *Women in Public Life: Gender, law, and policy in North Africa & the Middle East.*
411. Banque mondiale (2005). *A Note on Disability Issues in the Middle East and North Africa.*
412. CESAO et Ligue des États arabes (2014). *Disability in the Arab Region: An Overview.* Extrait de https://www.unescwa.org/sites/www.unescwa.org/files/page_attachments/disability_in_the_arab_region_-_an_overview_-_en_1.pdf.
413. SIDA (2014). *Disability Rights in the Middle East and North Africa. Policy Brief.* Extrait de <http://www.sida.se/globalassets/sida/eng/partners/human-rights-based-approach/disability/rights-of-persons-with-disabilities-mena.pdf>.
414. Organisation mondiale de la santé et Banque mondiale (2011) *Rapport mondial sur le handicap.* Extrait de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/.
415. SIDA (2014). *Disability Rights in the Middle East and North Africa. Policy Brief.* Extrait de <http://www.sida.se/>

- globalassets/sida/eng/partners/human-rights-based-approach/disability/rights-of-persons-with-disabilities-mena.pdf.
416. Initiative de surveillance de personnes handicapées au Moyen-Orient (2009). *Access to Social Services for Persons with Disabilities in the Middle East*. Extrait de http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/AccessSocialServicesDMI2009.pdf.
417. CESAP (n.d.). *Disability: Challenges and Opportunities*. Extrait de <http://www.unescap.org/our-work/social-development/disability/about>.
418. CESAP (2003). *Cadre d'action du millénaire de Biwako pour une société intégrée, sans obstacles et fondée sur le respect des droits au bénéfice des handicapés de la région de l'Asie et du Pacifique*. Extrait de http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/ESCAP/APDDP/4/REV.1&Lang=F
419. CESAP (2003). *Cadre d'action du millénaire de Biwako pour une société intégrée, sans obstacles et fondée sur le respect des droits au bénéfice des handicapés de la région de l'Asie et du Pacifique*. 19-20.
420. Nations unies (2012). *Incheon Strategy to 'Make the Right Real' for Persons with Disabilities in Asia and the Pacific*. Extrait de <http://www.unescap.org/sites/default/files/Incheon%20Strategy%20%28English%29.pdf>.
421. Trois cas récents, tous soulignés par De Silva de Alwis et Klugman dans *Freedom from Violence and the Law: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law, 2015*, estiment collectivement que les États sont tenus d'enquêter et de poursuivre rapidement et efficacement les plaintes pour violence basée sur le genre ; ils doivent permettre à toutes les victimes d'intenter des poursuites contre leurs auteurs, et les procureurs doivent considérer la violence contre les femmes comme un facteur aggravant ou décisif lorsqu'ils exercent leur pouvoir discrétionnaire d'intenter des poursuites dans l'intérêt public. Voir *Aydin v. Turkey*, N° 57/1996/676/866, Eur. Ct. H.R. Jugement (1997) ; *Bevacqua v. Bulgaria*, N° 71127/01, Eur. Ct. H.R. Jugement (12 juin 2008). L'incapacité de l'État à sanctionner les forces de l'ordre pour n'avoir pas agi promptement constitue en fait un déni d'assistance aux survivants de la violence et équivaut à une discrimination basée sur le sexe. *Bevacqua*, Par. 83 ; *Opuz v. Turkey*, N° 33401/02, Eur. Ct. H.R. Jugement (9 juin 2009).
422. World Future Council (2014). *Ending Violence against Women and Girls: The world's best laws and policies*.
423. Conseil de l'Europe (2011). *Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique*, Série des traités du Conseil de l'Europe N° 210. Para. 26.
424. Conseil de l'Europe (2011). *Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique*, Série des traités du Conseil de l'Europe N° 210. Para. 87.
425. Commission européenne (2010). *Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, Stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées ; Un engagement renouvelé pour une Europe sans entraves/* COM/2010/0636 final */.*
426. En 2012, le Comité économique et social européen a adopté un avis explicatif appelant à l'inclusion des jeunes handicapés dans l'éducation, le sport et l'emploi, entre autres, et a souligné l'importance d'intégrer les besoins des jeunes handicapés dans toutes les politiques et tous les programmes de jeunesse de l'UE. Voir Comité économique et social européen, avis explicatif : Jeunes handicapés : emploi, insertion et participation à la vie en société. Voir : SOC/439-EESC-2012-826.
427. Conseil de l'Europe (2017). *Stratégie du Conseil de l'Europe sur le Handicap 2017-2023, Droits de l'homme : Une réalité pour tous*.
428. Conseil de l'Europe (2017). *Stratégie du Conseil de l'Europe sur le Handicap 2017-2023, Droits de l'homme : Une réalité pour tous*. 15.
429. Conseil de l'Europe (2017). *Stratégie du Conseil de l'Europe sur le Handicap 2017-2023, Droits de l'homme : Une réalité pour tous*. 27-28.
430. Voir : <https://rm.coe.int/16800d383a>.
431. London School of Economics Centre for Women, Peace and Security. Voir : <http://blogs.lse.ac.uk/vaw/regional/europe/istanbul-convention/>.
432. London School of Economics Centre for Women, Peace and Security. Voir : <http://blogs.lse.ac.uk/vaw/regional/europe/istanbul-convention/>.
433. Conseil de l'Europe (2016). *Stratégie du Conseil de l'Europe pour les droits de l'enfant (2016-2021)*. Para. 30.
434. Union européenne (2017). *Orientations de l'UE pour la promotion et la protection des droits de l'enfant (2017) : Ne laisser aucun enfant de côté*. 13.
435. Gonzalez et al. ('Cotton Field') v. Mexico, Preliminary Objection, Merits, Reparations and Costs, Judgment of November 16, 2009, Inter-Am. Ct. H.R. (Ser. C) N° 205, Par. 100, 286, 293.
436. Aziz, Z.A. & Moussa, J. (2015). *Due Diligence Project's The Due Diligence Principle and the Role of the State: Discrimination against women in family and cultural life*.
437. Jessica Lenahan (Gonzalez) et al. (United States), Inter-Am. Comm. H.R. Rapport N° 80/11, Affaire 12 626 (2011).
438. Velazquez Rodriguez v. Honduras, Jugement du 29 juillet 1988, Inter-Am. Ct. H.R. (Ser. C) N° 4, Par. 173.
439. Maria da Penha Maia Fernandes v. Brazil, Case 12.051, Inter-Am. Comm'n H.R., Report No. 54/01, OEA/Ser./L/V/II.111doc. 20 rev. (2001).
440. Nations unies (2014). *Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement : Rapport du Secrétaire général*. A/69/62.
441. Nations unies (2014). *Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement : Rapport du Secrétaire général*. A/69/62; ONU Femmes (2015). *Summary Report: The Beijing Declaration and Platform for Action turns 20*.

442. Jones, L., Bellis, M., Wood, S., Hughes, K. McCoy, E., Eckley, L., & Bates, G. (2013). The State of the World's Children 2013, Children with Disabilities. Essays. Focus: *Violence against Children with Disabilities*. Extrait de https://www.unicef.org/sowc2013/focus_violence.html; Jones, L. et al. (2012). *Prevalence and Risk of Violence against Children with Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies*, *Lancet* 380, 899-907.
443. Jones, L. et al. (2012). *Prevalence and Risk of Violence against Children with Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies*, *Lancet* 380, 899-907.
444. The African Child Policy Forum (2010). *Breaking the Silence: Violence against Children with Disabilities in Africa*. Extrait de <http://www.africanchildforum.org/en/index.php/en/resource-centre-2.html?pid=2&sid=117:breaking-the-silence-violence-against-children-with-disabilities-in-africa>.
445. Jones, L., Bellis, M., Wood, S., Hughes, K. McCoy, E., Eckley, L., & Bates, G. (2013). The State of the World's Children 2013, Children with Disabilities. Essays. Focus: *Violence against Children with Disabilities*. Extrait de https://www.unicef.org/sowc2013/focus_violence.html; Alriksson-Schmidt, A. I., Armour, B. S. & Thibadeau, J. K. (2010). Are Adolescent Girls With a Physical Disability at Increased Risk for Sexual Violence? *Journal of School Health*. 361-367; Groce, N. (2004). Adolescents and youth with disability: issues and challenges. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*. 13-32; Devries, Karen et al. (2014). Violence against primary school children with disabilities in Uganda: a cross-sectional study, *BMC Public Health* 14:1017.
446. Jones, L., Bellis, M., Wood, S., Hughes, K. McCoy, E., Eckley, L., & Bates, G. (2013). The State of the World's Children 2013, Children with Disabilities. Essays. Focus: *Violence against Children with Disabilities*. Extrait de https://www.unicef.org/sowc2013/focus_violence.html; Spencer, N., Devereux, E., Wallace, A., Sundrum, R., Shenoy, M., Bacchus, C. & Logan, S. (2005). Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population based study, *Paediatrics* 116: 609-613 ; et Suède, L'Institut national suédois de santé publique (Folkhälsoinstitutet) (2012). *Santé et bien-être des enfants et des jeunes handicapés (Hälsa och välfärd hos barn och unga med funktionsnedsättning)*. Pp. 39 et 50 ; cité dans Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (2015). *Violence against children with disabilities: legislation, policies and programmes in the EU*. Extrait de <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/children-disabilities-violence>.
447. Nations unies (2017). *Rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées, Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation*, A/72/133.
448. Dowse, L. et al. (2016). Mind the Gap: the extent of violence against women with disabilities in Australia, *Australian Journal of Social Issues* 51(3), 341-359.
449. Smith, D. (2008). Disability, gender and intimate partner violence: Relationships from the behavioral risk factor surveillance system, *Sexuality and Disability*. 15-28; Alriksson-Schmidt, A. I., Armour, B. S. & Thibadeau, J. K. (2010). Are Adolescent Girls With a Physical Disability at Increased Risk for Sexual Violence? *Journal of School Health*. 361-367.
450. Puri, M., Misra, G., & Hawkes, S. (2015). *Hidden Voices: prevalence and risk factors for violence against women with disabilities in Nepal*, *BMC Public Health* 15:261; Md. Tanvir Hasan, et al. (2014). 'Prevalence and Experiences of Intimate Partner Violence against Women with Disabilities in Bangladesh: Results of an Explanatory Sequential Mixed-Method Study' *Journal of Interpersonal Violence* 29(17), 3105-3126.
451. Puri, M., Misra, G., & Hawkes, S. (2015). *Hidden Voices: prevalence and risk factors for violence against women with disabilities in Nepal*, *BMC Public Health* 15:261; Md. Tanvir Hasan, et al. (2014). 'Prevalence and Experiences of Intimate Partner Violence against Women with Disabilities in Bangladesh: Results of an Explanatory Sequential Mixed-Method Study' *Journal of Interpersonal Violence* 29(17), 3105-3126 voir aussi Nations unies (2017). *Rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées, Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation*, A/72/133.
452. Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (2015). *Violence against children with disabilities: legislation, policies and programmes in the EU*, 55. Extrait de <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/children-disabilities-violence>.
453. Thiara, R. K., Hague, G., & Mullender, A. (2011). Losing out on both counts: disabled women and domestic violence. *Disability & Society*, 26(6), 759; Van der Heijden, I., Abrahams, N. & Harries, J. (2016). 'Additional Layers of Violence: The Intersections of Gender and Disability in the Violence Experiences of Women With Physical Disabilities in South Africa.' *Journal of Interpersonal Violence*.
454. Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (2015). *Violence against children with disabilities: legislation, policies and programmes in the EU*, 55. Extrait de <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/children-disabilities-violence>.
455. Voir par ex. O'Broin-Molloy, F. (2016). *What exactly is a Twin-Track Approach?*, retrieved from <https://medium.com/@socialbeings/what-exactly-is-a-twin-track-approach-dc33e17ce1a3> (18 juillet 2016)
456. ONU Femmes (2012). *Manuel pour les plans d'action nationaux sur la violence contre les femmes*. 69.
457. Les chercheurs n'ont surveillé aucune des pratiques décrites de façon indépendante et n'ont pas non plus évalué de manière indépendante leur durabilité ou leur mise en œuvre satisfaisante.
458. Hester, M & Lilley S. (2014). *Prévention contre la violence envers les femmes : Article 12 de la Convention d'Istanbul : Un recueil de documents sur la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique*, Conseil de l'Europe.
459. Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (2015). *Violence against children with disabilities: legislation, policies and programmes in the EU*. Extrait de <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/children-disabilities-violence>.

460. World Health Organisation. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*.
461. Hagemann-White, C., et al. (2009). *Factors at play in the perpetration of violence against women, violence against children and sexual orientation violence: A multi-level interactive model*. Développé pour la Commission européenne en 2009 et disponible sur http://ec.europa.eu/justice/funding/daphne3/multi-level_interactive_model/understanding_perpetration_start_unix.html. Notamment, le modèle Hagemann-White adopte une vision étroite de la violence à l'égard des femmes qui exclut de nombreuses formes de violence auxquelles les femmes et filles handicapées sont vulnérables.
462. Marcus, R. & Harper, C. (2014). *Justice de genre et normes sociales : Processes of Change for Adolescent Girls*, ODI.
463. Marcus, R. & Harper, C. (2014). *Gender Justice and Social Norms: Processes of Change for Adolescent Girls*, ODI.
464. Laura Haylock, et al. (2016). Shifting negative social norms rooted in unequal gender and power relationships to prevent violence against women and girls, *Gender & Development* 24(2), 231-244.
465. Laura Haylock, et al. (2016). Shifting negative social norms rooted in unequal gender and power relationships to prevent violence against women and girls, *Gender & Development* 24(2), 231-244.
466. Hester, M & Lilley S. (2014). *Prévention contre la violence envers les femmes : Article 12 de la Convention d'Istanbul : Un recueil de documents sur la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique*, Conseil de l'Europe.
467. Adapté de Hagemann-White et al. (2010). *Facteurs en jeu dans la perpétration de la violence contre les femmes, la violence contre les enfants et la violence à orientation sexuelle*.
468. Adapté de ONU Femmes (2015). *A Framework to Underpin Action to Prevent Violence Against Women*.
469. Voir, par exemple, Raja, D.S. (2016). *Comblant la fracture du handicap, document d'information du Groupe de la Banque mondiale sur le Rapport sur le développement dans le monde 2016 : Les dividendes du numérique*.
470. Marcus, R. & Harper, C. (2014). *Gender Justice and Social Norms: Processes of Change for Adolescent Girls*, ODI.
471. Ibis Reproductive Health (2017). Accessible à : <https://ibisreproductivehealth.org/mission>.
472. Mmoho (2017). About Us. Extrait de <http://www.mmoho.co.za/campaign/>.
473. Pour une liste partielle, voir ONU Femmes, OMS, FNUAP, PNUD et UNODC (2016). *Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence : Éléments fondamentaux et lignes directrices pour la qualité*. Extrait de <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/12/essential-services-package-for-women-and-girls-subject-to-violence>.
474. ONU Femmes, OMS, FNUAP, PNUD, et ONUDC (2016). *Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence : Éléments fondamentaux et lignes directrices pour la qualité*. Extrait de <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/12/essential-services-package-for-women-and-girls-subject-to-violence>.
475. Adapté du module 2 de *Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence : Éléments fondamentaux et lignes directrices pour la qualité*.
476. Division des politiques sociales et du développement social du Département des affaires économiques et sociales (2016). *Outils sur le handicap pour l'Afrique : des services de santé inclusifs pour les personnes handicapées*. Extrait de <http://www.un.org/esa/socdev/documents/disability/Toolkit/Inclusive-Health.pdf>.
477. Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU (2000). *Questions de fond concernant la mise en œuvre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. E/C.12/2000/4.
478. Comité des droits de l'enfant (2003). *Observation générale N° 4 La santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant*. CRC/GC/2003/4.
479. Germain, A. (2013). *Meeting Human Rights Norms for the Quality of Sexual and Reproductive Health Information and Services*, ICPD Beyond 2014 Discussion Paper.
480. Ce chapitre limitera la discussion aux services liés à la justice et aux services de police et aux services d'aide aux victimes. Les discussions sur l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive dans le contexte de la violence basée sur le genre seront incluses dans le chapitre 5.
481. Conseil de l'Europe (2017). *Droits de l'homme: une réalité pour tous - Stratégie du Conseil de l'Europe sur le Handicap 2017-2023*. 15. Extrait de <https://edoc.coe.int/fr/personnes-handicapees/7278-pdf-droits-de-l-homme-une-realite-pour-tous-strategie-du-conseil-de-leurope-sur-le-handicap-2017-2023.html>
482. Conseil de l'Europe (2017). *Droits de l'homme: une réalité pour tous - Stratégie du Conseil de l'Europe sur le Handicap 2017-2023*. 27-28. Extrait de <https://edoc.coe.int/fr/personnes-handicapees/7278-pdf-droits-de-l-homme-une-realite-pour-tous-strategie-du-conseil-de-leurope-sur-le-handicap-2017-2023.html>
483. SIDA (2015). *Disability Rights in Sub-Saharan Africa*. Extrait de <http://www.sida.se/globalassets/sida/eng/partners/human-rights-based-approach/disability/rights-of-persons-with-disabilities-sub-saharan-africa.pdf>.
484. Département des affaires sociales de la Commission de l'Union africaine (2009). *Plan d'action continental pour la décennie africaine des personnes handicapées 2010-2019*. 11 - 13.
485. Département des affaires sociales de la Commission de l'Union africaine (2009). *Plan d'action continental pour la décennie africaine des personnes handicapées 2010-2019*. 13.
486. Jessica Lenahan (Gonzalez) et al. (United States), Inter-Am. Comm. H.R. Rapport N° 80/11, Affaire 12 626 (2011).
487. Jessica Lenahan (Gonzalez) et al. (United States), Inter-Am. Comm. H.R. Rapport N° 80/11, Affaire 12 626 (2011) ; Paloma Angelica Escobar Ledezma et al. (Mexico), Inter-Am. Comm. H.R. Rapport N° 51/13, Affaire 12 551 (2013).
488. Claudina Velazquez Paiz et al. (Guatemala), Inter-Am. Comm. H.R. Rapport N° 53/13, Affaire 11 157 (2011).

489. ONU Femmes (n.d.) *Global Gender Equality Constitutional Database Dashboard*, disponible sur <http://constitutions.unwomen.org/en/dashboard>.
490. Klugman, J. (2017). *Gender-based Violence and the Law, Background Paper on Governance and the Law for World Development Report*.
491. Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la promotion de la femme (2010). *Manuel de législation sur la violence à l'égard des femmes*.
492. Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la promotion de la femme (2010). *Manuel de législation sur la violence à l'égard des femmes*.
493. de Silva de Alwis, R. & Klugman, J. (2015). *Freedom from Violence and the Law: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law, 2015*.
494. de Silva de Alwis, R. & Klugman, J. (2015). *Freedom from Violence and the Law: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law, 2015*.
495. de Silva de Alwis, R. & Klugman, J. (2015). *Freedom from Violence and the Law: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law, 2015*.
496. de Silva de Alwis, R. & Klugman, J. (2015). *Freedom from Violence and the Law: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law, 2015*. 36 et 44 ; ONU Femmes (2011). *Le progrès des femmes dans le monde : en quête de justice*.
497. Ministry of Law and Justice, The Criminal Law (Amendment) Act 2013, The Gazette of India, New Delhi, April 2, 2013/CHAITRA 12, 1935 (SAKA).
498. Ministry of Law and Justice, The Rights of Persons with Disabilities Act 2016, The Gazette of India, New Delhi, 28 December 2016/Pausha 17, 1938 (Saka).
499. Comité espagnol des représentants des personnes handicapées (CERMI) (n.d.). *Submission to the Study on 'State Responsibility for Eliminating Violence against Women' to be drawn up by the Special Rapporteur on Violence against Women*; Hester, M & Lilley S. (2014). *Prévention contre la violence envers les femmes : Article 12 de la Convention d'Istanbul : Un recueil de documents sur la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, Conseil de l'Europe*.
500. Comité espagnol des représentants des personnes handicapées (CERMI) (n.d.). *Soumission à l'étude sur la « responsabilité de l'État d'éliminer la violence à l'égard des femmes » à établir par le Rapporteur spécial sur la violence contre les femmes*.
501. Parlement européen (2013). *Direction générale des politiques internes, Rapport national sur l'Espagne pour l'étude sur les politiques des États membres en faveur des enfants handicapés*.
502. Parlement européen (2013). *Direction générale des politiques internes, Rapport national sur l'Espagne pour l'étude sur les politiques des États membres en faveur des enfants handicapés*.
503. de Silva de Alwis, R. & Klugman, J. (2015). *Freedom from Violence and the Law: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law, 2015*.
504. Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la promotion de la femme (2010). *Manuel de législation sur la violence à l'égard des femmes*.
505. de Silva de Alwis, R. & Klugman, J. (2015). *Freedom from Violence and the Law: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law, 2015*.
506. Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la promotion de la femme (2010). *Manuel de législation sur la violence à l'égard des femmes*.
507. de Silva de Alwis, R. & Klugman, J. (2015). *Freedom from Violence and the Law: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law, 2015*.
508. ONU Femmes (2011). *Le progrès des femmes dans le monde : en quête de justice*.
509. Nations unies (2017). *Rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées, Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation, A/72/133*.
510. Voir par ex. Sobsey, D. and Doe, T. (1991). Patterns of sexual abuse and assault, *Sexuality and Disability* 9, 243-259.
511. PROFAMILIA (Asociación Probienestar de la Familia) est une organisation privée à but non lucratif avec plus de 50 ans d'expérience dans la fourniture de services de santé sexuelle et reproductive à travers ses 28 cliniques situées dans 23 villes de la Colombie. PROFAMILIA traite annuellement environ 700 000 personnes et réalise environ 3 000 000 procédures et services de santé. Ces services comprennent la pratique des méthodes de contraception chirurgicale pour les hommes et les femmes, y compris les personnes handicapées.
512. ASDOWN Colombie (Association colombienne du syndrome de Down) a été fondée en 2005 en tant qu'association familiale pour promouvoir l'inclusion des personnes ayant des handicaps intellectuels ; elle travaille actuellement avec 16 organisations familiales en Colombie. ASDOWN fournit actuellement des conseils et soutient 1 500 familles.
513. LICA (Ligue colombienne de l'autisme) est une organisation à but non lucratif qui travaille pour les droits et l'amélioration de la qualité de vie des personnes autistes et de leurs familles. LICA travaille avec les personnes atteintes de troubles du spectre autistique (TSA), leurs familles, les professionnels, les organisations et tous ceux qui s'identifient aux besoins de la population avec TSA.
514. Le PAIS (Programme d'Action pour l'Égalité et l'Inclusion Sociale) a été fondé en 2007. Sa mission est d'offrir aux étudiants en droit la possibilité de s'engager dans la pratique des droits de l'homme, de l'égalité et de l'inclusion sociale des populations avec une protection constitutionnelle renforcée en vertu de la loi colombienne incluant les personnes handicapées et la population LGBTQI. Le travail du PAIS comprend le conseil direct et le contentieux stratégique devant les instances nationales

- et internationales, la recherche socio-juridique et le support technique dans la conception et la mise en œuvre des politiques publiques.
515. Cette discussion est basée sur une entrevue avec un chercheur en droits de l'homme de David W. Leebron (Columbia Law School) et utilise une traduction non officielle de la résolution pertinente.
 516. ONU Femmes (2012). *Manuel pour les plans d'action nationaux sur la violence contre les femmes*.
 517. Nations unies (2007). *Résolution adoptée par l'Assemblée générale : 61/106. Convention relative aux droits des personnes handicapées. A/RES/61/106. Articles 6 et 16.*
 518. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, ____ [vérifier les observations finales pour le Nigeria en 2017, également CEDAW/C/HTI/C/7, A/57/38, and A/55/38.]
 519. ONU Femmes (2012). *Manuel pour les plans d'action nationaux sur la violence contre les femmes*.
 520. ONU Femmes (2012). *Manuel pour les plans d'action nationaux sur la violence contre les femmes*.
 521. ONU Femmes (2012). *Manuel pour les plans d'action nationaux sur la violence contre les femmes*.
 522. Secrétariat du Forum des îles du Pacifique (2015). *Pacific Framework for the Rights of Persons with Disabilities 2016-2025: A regional framework to support national government actions on inclusive development for the rights of persons with disabilities*.
 523. Royaume du Cambodge (2014). *National Action Plan to Prevent Violence against Women 2014-2018*.
 524. Gouvernement de l'État de Victoria (Australie) (2017). *Free from Violence: Victoria's Strategy to Prevent Family Violence and all forms of Violence against Women*.
 525. Council of Australian Governments (2009). *National Plan to Reduce Violence against Women and Their Children 2010 - 2022*.
 526. Entretien avec un informateur clé du ministère du Développement social, Uruguay.
 527. ONU Femmes (2012). *Manuel pour les plans d'action nationaux sur la violence contre les femmes*.
 528. FNUAP (2014). *Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia: A Resource Package*.
 529. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes N° 24.
 530. OMS (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*.
 531. Women Enabled International & UNFPA (à paraître, 2018). *Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services to Address Gender-Based Violence and Sexual and Reproductive Health and Rights for Women and Young People with Disabilities*.
 532. de Silva de Alwis, R. & Klugman, J. (2015). *Freedom from Violence and the Law: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law, 2015*.
 533. Klugman, J. et al. (2014). *Voice and Agency: Empowering Women and Girls for Shared Prosperity*, La Banque mondiale.
 534. Voir, par exemple, Ortoleva, S. (2010). Inaccessible Justice: Human Rights, Persons with Disabilities and the Legal System, *ILSA Journal of International and Comparative Law* 17(2), 281 - 320.
 535. Entretien avec le porte-parole du Conseil Général de la Magistrature, Espagne.
 536. Entretien avec le porte-parole du Conseil Général de la Magistrature, Espagne.
 537. Entretien avec Angeles Carmona, présidente de l'Observatoire contre la violence domestique et la violence basée sur le genre.
 538. Informations provenant d'une interview avec l'informateur clé du Forum des personnes handicapées du Pacifique ; Voir aussi Handicap International (2015). *Making It Work Initiative on Gender and Disability Inclusion*.
 539. Dickman, B. & Roux, A. (2005). Complainants with learning disabilities in sexual abuse cases: A 10-year review of a psycho-legal project in Cape Town, South Africa, *British Journal of Learning Disabilities* 33, 138 - 144.
 540. Open Society Institute (2017). *Celebrating Little Victories: How Kenya Association of the Intellectually Handicapped is Changing Access to Justice Landscape for Persons with Intellectual Disabilities*.
 541. KAIH & COVAW (2017). *Breaking the silence around sexual and gender-based violence against boys and girls, women and men with intellectual disabilities in Kenya, with a specific focus on two counties. Making It Work, Handicap International*. Extrait de <https://www.makingitwork-crp.org/index.php/our-work/good-practices/breaking-silence-around-sexual-and-gender-based-violence-against-boys-and>.
 542. Voir, par exemple Kilonzo, N. et al. (2008). *Delivering post-rape care services: Kenya's experience in developing integrated services*, Bulletin of the World Health Organisation; Keesbury, J. & Askew, I. (2010). *Comprehensive responses to gender-based violence in low-resource settings: Lessons learned from implementation*, Population Council.
 543. DAWN (2017). Publication : National Accessibility and Accommodation Survey. Extrait de <http://www.dawnCanada.net/issues/issues/national-accessibility-and-accommodation-survey/>.
 544. Roberts, A. R., & BCETS, D. (Eds.) (2007). *Battered women and their families: Intervention strategies and treatment programmes*.
 545. Berk, R. A., Newton, P. J., & Berk, S. F. (1986). What a difference a day makes: An empirical study of the impact of shelters for battered women. *Journal of Marriage and the Family*, 481-490.
 546. VanNatta, M. (2010). Power and Control: Changing Structures of Battered Women's Shelters. *International Journal of Interdisciplinary Social Sciences*, 5(2).
 547. DAWN. (2017). Publication : National Accessibility and Accommodation Survey. Extrait de <http://www.dawnCanada.net/issues/issues/national-accessibility-and-accommodation-survey/>.

548. Vaughan, C., Zayas, J., Devine, A., Gill-Atkinson, L., Marella, M., Garcia, J., ... & Baker, S. (2015). W-DARE: un programme triennal de recherche-action participative visant à améliorer la santé sexuelle et reproductive des femmes handicapées aux Philippines. *BMC Public Health*, 15(1), 984.
549. Vaughan, C., Devine, A., Ignacio, R., Lacsamana, W., Jesusa Marco, M., Zayas, J., & Sobritchea, C. (2016). Renforcement des capacités pour une réponse inclusive à la violence basée sur le handicap envers les femmes et les filles : Expériences du projet W-DARE aux Philippines. *Gender & Development*, 24(2), 245 - 260.
550. Vaughan, C., Devine, A., Ignacio, R., Lacsamana, W., Jesusa Marco, M., Zayas, J., & Sobritchea, C. (2016). Renforcement des capacités pour une réponse inclusive à la violence basée sur le handicap envers les femmes et les filles : Expériences du projet W-DARE aux Philippines. *Gender & Development*, 24(2), 245 - 260.
551. Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la promotion de la femme (2010). *Manuel de législation sur la violence à l'égard des femmes*.
552. ONU Femmes (2012). *Manuel pour les plans d'action nationaux sur la violence contre les femmes*. 69.
553. Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la promotion de la femme (2010). *Manuel de législation sur la violence à l'égard des femmes*. 18.
554. ONU Femmes (2012). *Manuel pour les plans d'action nationaux sur la violence contre les femmes*. 69.
555. Australian Department of Foreign Affairs and Trade (2017). *Australian Aid Budget Summary 2017-2018*. Extrait de <http://dfat.gov.au/about-us/corporate/portfolio-budget-statements/Documents/2017-18-australian-aid-budget-summary.pdf>.
556. Australian Department of Foreign Affairs and Trade (2015). *Development for All 2015-2020. Strategy for strengthening disability-inclusive development in Australia's Aid Programme*. Extrait de <https://dfat.gov.au/about-us/publications/Documents/development-for-all-2015-2020.pdf>.
557. Astbury, J., & Walji, F. (2013). Triple Jeopardy: Violence basée sur le genre et violations des droits de l'homme vécues par les femmes handicapées au Cambodge. *Australie : AUSAID*.
558. Voir Republic of Rwanda, Gender Monitoring Office sur <http://gmo.gov.rw/>.
559. de Silva de Alwis, R. & Klugman, J. (2015). *Freedom from Violence and the Law: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law, 2015*.
560. OSCE (2012). *Handbook on National Human Rights Institutions on Women's Rights and Gender Equality*, Extrait de <http://www.osce.org/odihr/97756?download=true>.
561. Htun, M. & Weldon, S.L. (2012) The Civic Origins of Progressive Policy Change: Combating Violence against Women in Global Perspective, 1975-2005, *American Political Science Review* 106(3), 548.
562. de Silva de Alwis, R. & Klugman, J. (2015). *Freedom from Violence and the Law: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law, 2015*.
563. Entrevue avec un informateur clé de DAWN Canada.
564. Entrevue avec un informateur clé de DAWN Canada.
565. Entrevue avec un informateur clé de DAWN Canada.
566. Asia Pacific Forum (2017). *About Us*. Extrait de <http://www.asiapacificforum.net/about/building-stronger-nhris/>.
567. Asia Pacific Forum (2017). *Droits de l'homme et handicap : A Manual for NHRIs*. 43. Extrait de https://nhri.ohchr.org/EN/Themes/PersonsDisabilities/Documents/Human_Rights_and_Disability_Manual.pdf.
568. Asia Pacific Forum (2017). *Droits de l'homme et handicap : A Manual for NHRIs*. 74.
569. Asia Pacific Forum (2017). *Droits de l'homme et handicap : A Manual for NHRIs*. 108.
570. Organisation des États américains (2015). *Practical Guide to the System of Progress Indicators for Measuring the Implementation of the Belem do Para Convention, MESECVI*.
571. Nations unies (2016). *Le programme de développement durable*. Disponible en ligne : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/development-agenda/>.
572. Nations unies (2017). *Rapport du Secrétaire général, Situation des femmes et des filles handicapées et état de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et son Protocole facultatif*. A/72/227.
573. <https://dhsprogram.com/publications/publication-dhsqm-dhs-questionnaires-and-manuals.cfm>
574. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (2014) *Recommandation générale N° 32 sur les dimensions sexospécifiques du statut de réfugié, de l'asile, de la nationalité et de l'apatridie des femmes*. CEDAW/C/GV/32.
575. Pearce, E. (2015). « Je vois que cela est possible » : Renforcer les capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la violence basée sur le genre dans les environnements humanitaires. Women's Refugee Commission. Extrait de <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/945-building-capacity-for-disability-inclusion-in-gender-based-violence-gbv-programming-inhumanitarian-settings-overview>.
576. Pearce, E. (2015). « Je vois que cela est possible » : Renforcer les capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la violence basée sur le genre dans les environnements humanitaires. 24 - 25. Women's Refugee Commission.
577. Esmail, S., et al. (2010). Attitudes and perceptions towards disability and sexuality, *Disability and Rehabilitation* 32(14), 1148-1155; Hilberink, S.R., et al. (2013). A pilot implementation of an intervention to promote sexual health in adolescents and young adults in rehabilitation, *Sexuality & Disability* 31(4), 373-392.
578. Ballan, M. (2012). Parental perspectives of communication about sexuality in families of children with autism spectrum disorders, *Journal of Autism and Developmental Disorders* 42(5), 676-684; East, J.L., et

- Orchard, T.R. (2014). Somebody else's job: Experiences of sex education among health professionals, parents and adolescents with physical disabilities in Southwestern Ontario, *Sexuality and Disability* 32(3), 335-350.
579. Jahoda, A. & Pownall, J. (2014). Sexual understanding, sources of information and social networks: the reports of young people with intellectual disabilities and their non-disabled peers, *Journal of Intellectual Disability Research* 58(5), 430-441; Kassa, T.A., et al. (2014). Sexuality and sexual reproductive health of disabled young people in Ethiopia, *Sexually Transmitted Diseases* 41(10), 583-588.
580. Nations unies (2017). *Rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées, Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation*, A/72/133.
581. Kassa, T.A., et al. (2014) Sexuality and Sexual Reproductive Health of Disabled Young People in Ethiopia, *Sexually Transmitted Diseases* 41(10), 583-588 ; Oladunni, T.M. (2012). Access to sexuality information among adolescents with disability, *Ife Psychologia* 20(20), 142-149 ; Olaleye, A.O., et al. (2007). Sexual behaviors and reproductive health knowledge among in-school young people with disabilities in Ibadan, Nigeria, *Health Education* 107(2), 208-218.
582. Kassa, T.A. et al. (2016). Sexual and Reproductive Health of Young Persons with Disability in Ethiopia: A study on knowledge, attitude, and practice, *Globalisation and Health* 12(1); Aderemi, T.J., et al. (2014). Predictors of voluntary HIV counselling and testing services utilization among people with disabilities in Addis Ababa, Ethiopia, *AIDS Care* 26(12), 1461-1466.
583. Agarwal, U. and Muralidhar, S. (2016). A situational analysis of sexual and reproductive health issues in physically challenged people, attending a tertiary care hospital in New Delhi, *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases* 37(2), 1620166.
584. Ayiga N. & Kigozi, S. (2016). Access to and Uptake of Contraception by women with disabilities. *Journal of Social Sciences* 2016, 12 (4): 171,181.
585. Comité des droits économiques, sociaux et culturels (2016). *Observation générale no 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*. E/C.12/GC/22.
586. Tous les entretiens référencés se sont déroulés dans le cadre de l'étude globale pendant des visites sur le terrain.
587. Comme indiqué dans le chapitre 1, aux fins de cette étude, les jeunes handicapés sont définis comme des personnes ayant entre 10 et 24 ans.
588. Degener, T. (2014). A human rights model of disability. Dans *Routledge Handbook of Disability Law and Human Rights*. 10-12
589. Cité dans : Devine, A., Ignacio, R., Prenter, K., Temminghoff, L., Gill-Atkinson, L., Zayas, J., ... & Vaughan, C. (2017). 'Freedom to go where I want': improving access to sexual and reproductive health for women with disabilities in the Philippines. *Reproductive Health Matters*. 61.
590. Les exemples de pratiques nationales décrites ci-dessous ne sont donnés qu'à titre illustratif. Ces pratiques positives ont été identifiées lors d'une analyse littéraire qui incluait des rapports étatiques aux organes de suivi des traités internationaux et des procédures spéciales du Conseil des droits de l'homme, des visites sur le terrain et des communications avec les experts et activistes régionaux et nationaux. Les chercheurs de cette étude n'ont suivi de façon indépendante aucune des pratiques décrites, et n'ont pas évalué de manière indépendante leur durabilité ni si leur mise en œuvre a été satisfaisante.
591. Kismödi, E., et al. (2015). Advancing sexual health through human rights: The role of the law, *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice* 10(2), 252-267.
592. Rosenfeld, M. (1986). *Substantive Equality and Equal Opportunity: A Jurisprudential Appraisal*, 74 Cal. L. Rev. 1687.
593. Comité des droits économiques, sociaux et culturels (2016). *Observation générale no 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*. E/C.12/GC/22.
594. Comité des droits économiques, sociaux et culturels (2016). *Observation générale no 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*. E/C.12/GC/22.
595. FNUAP (2014). *Santé et droits en matière de sexualité et de reproduction : des engagements à l'action. Leçons tirées du premier cycle de l'examen périodique universel*.
596. FNUAP (2014). *Santé et droits en matière de sexualité et de reproduction : des engagements à l'action. Leçons tirées du premier cycle de l'examen périodique universel*.
597. Nations unies (2017). *Rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées, Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation*, A/72/133.
598. Nations unies (2017). *Rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées, Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation*, A/72/133.
599. Mprah, W.K. (2013). Perceptions about Barriers to Sexual and Reproductive Health Information and Services among Deaf People in Ghana, *Disability, CBR and Inclusive Development Journal* 24(3), 23-36.
600. Division des politiques sociales et du développement social du Département des affaires économiques et sociales (2016). *Outils sur le handicap pour l'Afrique : des services de santé inclusifs pour les personnes handicapées*. Extrait de <http://www.un.org/esa/socdev/documents/disability/Toolkit/Inclusive-Health.pdf>.
601. Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU (2000). *Questions de fond concernant la mise en œuvre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. E/C.12/2000/4.
602. Voir l'Observation générale n° 14, par. 12(a) du CESCR Nations Unies, Conseil des droits de l'homme (2012), Directives techniques sur l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme pour la mise en œuvre des politiques et programmes de réduction de la

- morbidité et de la mortalité maternelles évitables. U.N. Doc. A/HRC/21/22, para. 20.
603. Les médicaments essentiels sont définis comme « ceux qui répondent aux besoins prioritaires de la population en matière de soins de santé et qui sont destinés à être disponibles dans le cadre de systèmes de santé fonctionnels en quantités suffisantes, dans les formes posologiques appropriées, avec une qualité garantie, et un prix que l'individu et la communauté peuvent se permettre. » Observation générale n° 14 du CESCR ; OMS, Liste des médicaments essentiels (18e édition 2013).
604. Voir : Comité européen des Droits sociaux, IPPF v Italie, 2014.
605. OMS (2012). *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, 2ème édition. Extrait de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/.
606. Germain, A. (2013), *Meeting Human Rights Norms for the Quality of Sexual and Reproductive Health Information and Services, ICPD Beyond 2014 Discussion Paper*.
607. Voir par ex. OMS (2015). *Sexual health, human rights and the law*; Kismödi, E., et al. (2015). Advancing sexual health through human rights: The role of the law, *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice* 10(2), 252-267.
608. Nations unies (2017). *Rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées, Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation*, A/72/133.
609. OMS (2015). *Sexual health, human rights and the law*; Kismödi, E., et al. (2015). Advancing sexual health through human rights: The role of the law, *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice* 10(2), 252-267.
610. Ce qui suit est une adaptation de la publication de l'OMS *Sexual health, human rights and the law* (2015).
611. Comité des droits de l'enfant (2016). *Observation générale no 20 (2016) sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence, CRC/C/GC/20**; et, Comité des droits de l'enfant (2006) *Observation générale no 9 sur les droits des enfants handicapés, CRC/C/GC/9*.
612. KPMG, FNUAP et UKAID, (2017). *The right to access: Regional strategic guidance to increase access to sexual and reproductive health and rights (SRHR) for young persons with disabilities*.
613. Voir par ex., Germain, A., et al. (2015). Advancing sexual and reproductive health and rights in low- and middle-income countries: Implications for the post-2015 global development agenda, *Global Public Health* 10(2), 137-148; Kismödi, E., et al. (2015). Advancing sexual health through human rights: The role of the law, *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice* 10(2), 252-267.
614. Ministry of Law and Justice (2016). The Rights of Persons with Disabilities Act 2016, The Gazette of India, New Delhi, 28 December 2016/Pausha 17, 1938 (Saka).
615. Ministry of Law and Justice (2016). The Rights of Persons with Disabilities Act 2016, The Gazette of India, New Delhi, 28 December 2016/Pausha 17, 1938 (Saka). Paras. 4 et 5.
616. Ministry of Law and Justice (2016). The Rights of Persons with Disabilities Act 2016, The Gazette of India, New Delhi, 28 décembre 2016/Pausha 17, 1938 (Saka). Paras. 24(d) et 25(1)(b).
617. Ministry of Law and Justice (2016). The Rights of Persons with Disabilities Act 2016, The Gazette of India, New Delhi, 28 décembre 2016/Pausha 17, 1938 (Saka). Para. 25(2)(k).
618. Kismödi, E., et al. (2015). Advancing sexual health through human rights: The role of the law, *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice* 10(2), 252-267.
619. Gouvernement du Mozambique (2004). *Constitution of the Republic of Mozambique*; Casimiro, E., & Lopes, U. (2013) *Africa Disability Rights Yearbook*. Volume 1.
620. FNUAP (2014). *Santé et droits en matière de sexualité et de reproduction : des engagements à l'action. Leçons tirées du premier cycle de l'examen périodique universel*.
621. FNUAP (2014). *Santé et droits en matière de sexualité et de reproduction : des engagements à l'action. Leçons tirées du premier cycle de l'examen périodique universel*.
622. Kismödi, E., et al. (2015). Advancing sexual health through human rights: The role of the law, *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice* 10(2), 252-267. ; Union Africaine (2015). *The Maputo Plan of Action Review Report 2015* ; Ministers of Health and Education of Latin America and the Caribbean (2008). *Ministerial Declaration, Preventing through Education, 1st Meeting of Ministers of Health and Education to Stop HIV and STIs in Latin America and the Caribbean*.
623. Kismödi, E., et al. (2015). Advancing sexual health through human rights: The role of the law, *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice* 10(2), 252-267. ; Union Africaine (2015). *The Maputo Plan of Action Review Report 2015* ; Ministers of Health and Education of Latin America and the Caribbean (2008). *Ministerial Declaration, Preventing through Education, 1st Meeting of Ministers of Health and Education to Stop HIV and STIs in Latin America and the Caribbean*.
624. Republic of Kenya, Ministry of Health (2015). *National Adolescent Sexual and Reproductive Health Policy 2015*.
625. Republic of South Africa, Ministry of Social Development (2015). *National Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights Framework Strategy 2014-2019*.
626. Adapté de *Essential Packages Manual: Sexual and Reproductive Health and Rights Programmes for Young People (Edition 2016)* par Rutgers en collaboration avec STOP AIDS NOW!
627. Nations unies (2017). *Rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées, Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation*, A/72/133.
628. Mprah, W.K. (2013). Knowledge and use of contraceptive methods amongst deaf people in Ghana, *African Journal of Disability* 2(1), Art. 43.

629. Mprah, W.K. (2013). Knowledge and use of contraceptive methods amongst deaf people in Ghana, *African Journal of Disability* 2(1), Art. 43; Schiavo, S. (2007). *Health communication: From theory to practice*.
630. Informé par le Programme d'action adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (1994) et par le FNUAP : International Technical Guidance on Sexuality Education: An evidence-informed approach (2018).
631. Organisation mondiale de la Santé (2018). *Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities*. Extrait de : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272346/9789241565554-eng.pdf?ua=1>.
632. Organisation mondiale de la Santé et ONUSIDA (2015). *Global Standards for Quality Health-Care Services for Adolescents*. Extrait de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/.
633. Les directives seront rendues publiques sur les sites du FNUAP et de Women Enabled International.
634. UNESCO (2018). *International Technical Guidance on Sexuality Education: An evidence-informed approach*. Extrait de : <https://www.unfpa.org/publications/international-technical-guidance-sexuality-education>.
635. UNESCO (2018). *International Technical Guidance on Sexuality Education: An evidence-informed approach*. Extrait de : <https://www.unfpa.org/publications/international-technical-guidance-sexuality-education>.
636. Braathen, A., Rohleder, P. & Azalde, G. (2017). *Sexual and Reproductive Health and Rights of Girls with Disabilities: A review of the literature, and research cited therein*.
637. Braathen, A., Rohleder, P. & Azalde, G. (2017). *Sexual and Reproductive Health and Rights of Girls with Disabilities: A review of the literature, and research cited therein*.
638. Kassa, T.A. et al. (2016). Sexual and Reproductive Health of Young Persons with Disability in Ethiopia: A study on knowledge, attitude, and practice, *Globalisation and Health* 12(1).
639. UNESCO (2007). *Rapport mondial de suivi sur l'EPT : EPT. Un bon départ : protection et éducation de la petite enfance*.
640. Löfgren-Mårtenson, L. (2012). 'I want to do it right!' A pilot study of Swedish sex education and young people with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, 30(2), 209-225.
641. FNUAP (2014). *Orientations opérationnelles du FNUAP pour l'éducation complète à la sexualité : une approche centrée sur les droits de l'homme et l'égalité entre les sexes*.
642. Voir par exemple : Thomason, J. (2013). *An Evaluation of the Delivery of Sexuality Education in a Youth Development Context*. Extrait de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.914.8219&rep=rep1&type=pdf>.
643. Ngilangwa, D.P., et al. (2016). Accessibility to sexual and reproductive health and rights education among marginalised youth in selected districts of Tanzania, *The Pan African Medical Journal* 25(2).
644. Ngilangwa, D.P., et al. (2016). Accessibility to sexual and reproductive health and rights education among marginalised youth in selected districts of Tanzania, *The Pan African Medical Journal* 25(2).
645. Basé sur une entrevue avec une informatrice clé d'une organisation à but non lucratif centrée sur le handicap à Madrid, en Espagne.
646. Make the right real (2017). Ms. Lyazzat Kaltayeva, Chairperson, Central Asian Disability Forum, and Chairperson, Association of Women with Disabilities 'Shyrak,' Almaty, Kazakhstan. Extrait de <http://www.maketherightreal.net/champions/lyazzat-kaltayeva>.
647. Shyrak (2017). *Programme 'Reproductive rights of women with disabilities.'* Extrait de <http://shyrak.kz/eng/reproduktiv/>.
648. UNESCO (2018). *International Technical Guidance on Sexuality Education: An evidence-informed approach*. Extrait de : <https://www.unfpa.org/publications/international-technical-guidance-sexuality-education>.
649. Ces initiatives ont été identifiées par l'étude comme des pratiques innovantes qui, bien qu'elles n'aient pas été évaluées, comblent des lacunes majeures.
650. Par exemple, voir : Initiative d'accès au Web (2017). *Lignes directrices et techniques WAI*. Extrait de : <https://www.w3.org/WAI/guid-tech>.
651. Cornelius, J. B., & Appiah, J. A. (2016). Using mobile technology to promote safe sex and sexual health in adolescents: current practices and future recommendations. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 7, 43.
652. Cette initiative a été identifiée par l'étude comme une pratique innovante qui, bien qu'aucun rapport d'évaluation ne soit disponible publiquement, traite de lacunes importantes.
653. UNESCO (2015). *Emerging evidence, lessons, and practice in comprehensive sexuality education*. 28 Extrait de https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/CSE_Global_Review_2015.pdf.
654. Guttmacher Institute (2017). *Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health, 2017*.
655. Kassa, T.A., et al. (2014). Sexuality and sexual reproductive health of disabled young people in Ethiopia, *Sexually Transmitted Diseases* 41(10), 583-588.
656. Consulter Family Planning 2020 sur <http://www.familyplanning2020.org/microsite/about-us>.
657. Rugoho, T. & Maphosa, F. (2017). Challenges faced by women with disabilities in accessing sexual and reproductive health in Zimbabwe: The case of Chitungwiza town, *African Journal of Disability* 6(0), 252.
658. OMS et ONUSIDA, Une approche fondée sur les normes pour améliorer la qualité des services de santé destinés aux adolescents : Un guide pour la mise en œuvre d'une approche normative visant à améliorer la qualité des services de santé pour les adolescents (2015); voir aussi OMS (2002). Services de santé adaptés aux adolescents : Un programme pour le changement. WHO. Extrait de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/67923?locale-attribute=fr&>

659. Id.; voir aussi OMS (2012). Adapter les services de santé aux adolescents :
660. Organisation mondiale de la Santé et ONUSIDA (2015). *Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents*. Extrait de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/fr/
661. Tiré de : Organisation mondiale de la Santé et ONUSIDA (2015). *Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents*. Extrait de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/fr/
662. La prestation des services dans l'établissement doit être liée, le cas échéant, à la prestation des services dans les établissements de santé de référence, les écoles et autres établissements communautaires.
663. Voir, par ex., Mprah, W.K. (2013). Perceptions about Barriers to Sexual and Reproductive Health Information and Services among Deaf People in Ghana, *Disability, CBR and Inclusive Development Journal* 24(3), 21–26 (2013).
664. Anderson, P., & Kitchin, R. (2000). Disability, space and sexuality: Access to family planning services. *Social Science & Medicine*, 51(8), 1163–1173.
665. Marie Stopes Nepal (s.d.) *Rockets and Space*. ; les informations ont été confirmées pendant une interview avec le personnel de Marie Stopes Nepal le 28 septembre 2017.
666. Organisation mondiale de la Santé (2012). *Adapter les services de santé aux adolescents : Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents*. Extrait de apps.who.int/iris/bitstream/10665/252726/3/9789242549331-vol3-fre.pdf
667. Organisation mondiale de la Santé et ONUSIDA (2015). *Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents*. Extrait de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/fr/
668. Senderowitz, J. et al. (2003). *Clinic Assessment of Youth Friendly Services: a Tool for Assessing and Improving Reproductive Health Services for Youth*.
669. CBM (2012). *Inclusion Made Easy: A Quick Programme Guide to Disability in Development*. Extrait de <http://www.cbm.org/Inclusion-Made-Easy-329091.php>.
670. FNUAP (2007). *Community Pathways to Improved Adolescent Sexual and Reproductive Health*. Extrait de https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/asrh_pathways.pdf.
671. Voir l'Ethiopian Centre for Disability and Development sur <http://www.ecdd-ethiopia.org/about-us.html>.
672. Voir Nia Foundation sur <http://nia-foundation.org/>.
673. Cette initiative a été identifiée par l'étude comme une pratique innovante qui, bien qu'aucun rapport d'évaluation ne soit disponible publiquement, traite de lacunes importantes.
674. Restless Development (2017). *Youth-Led, Data-Driven Accountability: The Ghana Report*. Extrait de <http://restlessdevelopment.org/file/youth-led-data-driven-accountability-the-ghana-report-pdf>.
675. Dzikuna, R. (2017). 72ème assemblée générale des Nations unies. YouTube. (27 septembre 2017). Extrait de <https://www.youtube.com/watch?v=cUN-hJ9-7b4&t=250s>.
676. Entretien avec un informateur clé de Youth Empowerment Ghana.
677. Comité des droits économiques, sociaux et culturels (2016). *Observation générale no 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*. E/C.12/GC/22.
678. Gichane, M.W., et al. (2017). 'They must understand we are people' : Pregnancy and maternity service use among signing Deaf women in Cape Town, *Disability and Health Journal* 10, 434–439; Burke, E., et al. (2017). A qualitative study to explore the barriers and enablers for young people with disabilities to access sexual and reproductive health services in Senegal, *Reproductive Health Matters* 25(50), 43–54; Ganle, J.K., et al. (2016). Challenges women with disability face in accessing and using maternal healthcare services in Ghana: A qualitative study, *PLoS One* 11(6).
679. Gichane, M.W., et al. (2017). 'They must understand we are people' : Pregnancy and maternity service use among signing Deaf women in Cape Town, *Disability and Health Journal* 10, 434–439
680. Monika Mitra, et al. (2017). Barriers to providing maternity care to women with physical disabilities: Perspectives from health care practitioners, *Disability and Health Journal* 10, 445–450.
681. Morrison, J. et al. (2014). Disabled women's maternal and newborn health care in rural Nepal: A qualitative study, *Midwifery* 30, 1132–1139.
682. Monika Mitra, et al. (2017). Barriers to providing maternity care to women with physical disabilities: Perspectives from health care practitioners, *Disability and Health Journal* 10, 445–450.
683. Mselle, L.T., et al. (2011). 'I am nothing': Experiences of loss among women suffering from severe birth injuries in Tanzania, *BMC Women's Health* 2011, 11:49.
684. Interview d'un représentant d'AFANIAS, Madrid, Espagne.
685. CHRP (2016). 'Let our voices be heard' Rapport de l'enquête nationale sur la santé et les droits reproductifs de la Commission philippine des droits de l'homme (CHRP).
686. Every Woman Every Child (2015). *The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030)*.
687. Organisation mondiale de la Santé (2017). *Recommandations de l'OMS pour la santé maternelle : Lignes directrices approuvées par le comité d'examen des lignes directrices de l'OMS*.
688. Organisation mondiale de la Santé (2017). *Recommandations de l'OMS pour la santé maternelle : Lignes directrices approuvées par le comité d'examen des lignes directrices de l'OMS*; Tuncalp, O., et al. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision, *BJOG* 2015, 122 :1045–1049.

689. Basé sur un entretien avec un informateur clé portant sur la santé maternelle, néonatale et infantile et la santé sexuelle et reproductive, au siège de Handicap International.
690. Becker, H., Stuijbergen A., & Tinkle M. (1997). 'Reproductive health care experiences of women with physical disabilities: A qualitative study.' *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 26-33.
691. Bremer, K., Cockburn, L. Ruth, A. (2010). Reproductive health experiences among women with physical disabilities in the Northwest Region of Cameroon, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 211-213.
692. Yousafzi, A., Edwards, K. (2004). *Double Burden : A situation analysis of HIV/AIDS and young persons with disabilities*. Extrait de <http://www.aidsfreeworld.org/our-issues/disability/-/media/3648549c13e249179e8e46c3021d59a3.pdf>.
693. Hanass-Hancock, J., & Nixon, S. A. (2009). The fields of HIV and disability: Past, present and future. *Journal of the International AIDS Society*, 12(1),28.
694. ONUSIDA (2012). *Sénégal : A success story of AIDS investment and impact*. Extrait de <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2012/october/20121011senegal>.
695. ONUSIDA (2016). *Sénégal : HIV and AIDS estimates*. Extrait de <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/senegal>.
696. Von Muriel, Mac-Sieng. (2015). *Access to HIV and AIDS Care: Persons with disabilities still left behind*. Extrait de <http://www.medicusmundi.ch/de/bulletin/mms-bulletin/people-are-still-left-behind/still-left-behind-die-vernachlaessigten-aspekte-der-epidemie/access-to-hiv-and-aids-care-persons-with-disabilities-still-left-behind>.
697. Handicap International (2014). *Including disability in HIV policy and programming: Good practices drawn from country-based evidence*.15-21. Extrait de http://dhatregional.org/docs/internal/DisabilityAndHIV_Best%20Practice%20Document%20LLO7%281%29.pdf.
698. Organisation mondiale de la Santé (2017). *Adolescent Health Epidemiology*. Extrait de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/.
699. Groce, N. E., & Trasi, R. (2004). Rape of individuals with disability: AIDS and the folk belief of virgin cleansing. *The Lancet*, 363(9422), 1663-1664.
700. Morrow, M., Arunkumar, M. C., Pearce, E., & Dawson, H. E. (2007). Fostering disability-inclusive HIV/AIDS programmes in northeast India: A participatory study. *BMC Public Health*, 7(1), 125.
701. RBC & UPHLS (2015). *Training Manual on Disability and HIV & AIDS*.
702. Republic of Rwanda Ministry of Health & RBC (2012) *Inclusion Guide of Peoples with Disabilities in HIV and AIDS Response*.
703. USAID (2016). *Collaboration yields new disability questionnaire module*. Extrait de <https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/Disability-Module-Announcement-11302016.pdf>.
704. Sirbu, L, Comendant, R., Sagaidac, I., Salaru, V., & Vieru, V. (2016). *Situation analysis of the issues confronting women and girls with locomotor disability in Moldova in exercising their sexual and reproductive rights*. The Reproductive Health Training Centre.
705. The Reproductive Health Training Centre (2017). *Resolution from the First National Conference on the Sexual and Reproductive Rights of Women with Disabilities in Moldova*. Extrait de https://www.sanataefemeii.md/wp-content/uploads/2017/05/Resolution_RHTC-Conference-29-May-2017.pdf.
706. Cohen, J. L., & Arato, A. (1992). *Civil Society and Political Theory*. Cambridge, MA : MIT Press.
707. Corry, O. (2010). *Defining and Theorising the Third Sector*. Third Sector Research. 11-20; Etzioni, A. (1973). *The third sector and domestic missions*. Public Administration Review, 33(4). 314-323.
708. United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (2008). *Working with the United Nations Human Rights Programme: A Handbook for Civil Society*.
709. Brinkerhoff, D. W. (1999). Exploring State-Civil Society Collaboration: Policy Partnerships in Developing Countries. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 28 (No. 4. Supplement 1999.). 59-86.
710. Charlton, J. I. (1998). *Nothing About Us Without Us: Disability Oppression and Empowerment* (1 ed.).
711. Malinga, J.T. and Gumbo, T. (2016). Advocacy and lobbying: The road map from charity to human rights. *Disability and human rights: Global perspectives*. 49-67.
712. Barnartt, S.N. & Scotch, R.K. (2001). *Disability protests: Contentious politics 1970-1999*.
713. Oliver, M.J. (2004). Capitalism, disability, and ideology. *Special Educational Needs and Inclusive Education: Systems and contexts*, 1.82.
714. Voir, par exemple, Uvin, P. (2007). From the Right to Development to the Rights-Based Approach: How 'human rights' entered development. *Development in Practice* 17(4/5). 597-606; and Hickey, S., Sen, K. & Bukenya, B. (2015). *The Politics of Inclusive Development*.
715. Markham, S. (2013). *Women as agents of change: Having voice in society and influencing policy*. Banque mondiale.
716. Meyers, S., Karr, V. & Pineda, V. (2014). Youth with Disabilities in Law and Civil Society: Exclusion and inclusion in public policy and NGO networks in Cambodia and Indonesia, *Disability and the Global South Journal* 1(1). 5-28.
717. Voir : <http://aywdn.org/vision-and-mission/>.
718. Women Enabled International (2016). *Enabling a Global Human Rights Movement for Women and Girls with Disabilities: Global Disabled Women's Rights Advocacy Report*.
719. Kayess, R., Sands, T. & Fisher, K. R. (2014). International Power and Local Action-Implications for the Intersectionality of the Rights of Women with Disability. *Australian Journal of Public Administration*, 73(3). 383-396.

720. Kayess, R., Sands, T. & Fisher, K. R. (2014). International Power and Local Action—Implications for the Intersectionality of the Rights of Women with Disability. *Australian Journal of Public Administration*, 73(3). 383-396.
721. Kayess, R., Sands, T. & Fisher, K. R. (2014). International Power and Local Action—Implications for the Intersectionality of the Rights of Women with Disability. *Australian Journal of Public Administration*, 73(3). 383-396.
722. Merry, S.E. (2006). *Human Rights & Gender Violence: Translating International Law into Local Justice*.
723. Howell, J. & Mulligan, D. (2004). *Gender and civil society*. Routledge.
724. Division des politiques sociales et du développement social du Département des affaires économiques et sociales (2016). *Outils sur le handicap pour l'Afrique : des services de santé inclusifs pour les personnes handicapées*. Extrait de <http://www.un.org/esa/socdev/documents/disability/Toolkit/Inclusive-Health.pdf>.
725. Power, A., Lord, J.E. & DeFranco, A.S. (2013). *Active citizenship and disability: Implementing the personalisation of support*.
726. Nosek, M.A., Foley, C.C., Hughes, R.B. & Howland, C.A. (2001). Vulnerabilities for abuse among women with disabilities. *Sexuality and Disability*, 19(3). 177-189.
727. iDi & UNFPA. *Decímelo a mí!* Extrait de www.decimeloami.com.
728. International Women's Rights Action Watch Asia Pacific (2017). Voir : <https://www.iwraw-ap.org/>.
729. New Tactics in Human Rights (2009). *Using Shadow Reports for Advocacy*. Extrait de <https://www.newtactics.org/using-shadow-reports-advocacy/using-shadow-reports-advocacy>.
730. Cole, W. (2009). Hard and Soft Commitments to Human Rights, 1966-2000. *Sociological Forum*. 24(3). 563-588.
731. Craven, M. (1995). *The International Covenant on Economic Social, and Cultural Rights: A Perspective on Its Development*.
732. Donnelly, J. (1986). International Human Rights: A Regime Analysis. *International Organisation*. 40: 599-642.
733. Hayes, C. (2010). *A Lever for Change: Using the Optional Protocol to the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*. UK: Equality and Human Rights Commission.
734. Abraham, S. (2003). Child Soldiers and the Capacity of the Optional Protocol to Protect Children in Conflict. *Human Rights Brief* 10(3). 15-19.
735. Women Enabled International, Legal Defense and Assistance Fund, Advocacy for Women with Disability Initiative, and Inclusive Friends (2016). *NGO Submission to the CEDAW Committee Pre-Sessional Working Group for Nigeria*.
736. Ikelegbe, A. (2013). *The State and Civil Society in Nigeria: Towards a Partnership for Sustainable Development*.
737. ONU Femmes (2014). *UN Trust Fund Grantees*. Extrait de <http://www.unwomen.org/en/trust-funds/un-trust-fund-to-end-violence-against-women/grantees/2014>.
738. Voir : Arstein-Kerslake, A. & Flynn, E. (2017). The right to legal agency: domination, disability and the protections of Article 12 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *International Journal of Law in Context*, 13(1). 22-38; Liebel, D., Powers, B., Salo, J. & Burgen, D. (2016). A Nurse Communication Training Programme in Homecare to Provide Integrated Depression/Disability, *GERONTOLOGIST* Vol. 56. 462-462; Carney, T. & Beupert, F. (2013). Public and Private Bricolage—Challenges Balancing Law, Services and Civil Society in Advancing CRPD Supported Decision-Making. *UNSWLJ*, 36. 175.
739. Mejias, N.J., Gill, C.J. & Shpigelman, C.N. (2014). Influence of a support group for young women with disabilities on sense of belonging. *Journal of counselling psychology*, 61(2). 208.
740. ONU Femmes, OMS, FNUAP, PNUD, et ONUDC (2016). *Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence : Éléments fondamentaux et lignes directrices pour la qualité*. Extrait de <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/12/essential-services-package-for-women-and-girls-subject-to-violence>.
741. Agbetor, E. (2016). *Inclusive financial services; the pathway to economic empowerment of women*. Extrait de <https://www.ghanaweb.com/GhanaHomePage/features/Inclusive-financial-services-the-pathway-to-economic-empowerment-of-women-437391>.
742. United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (2008). *Working with the United Nations Human Rights Programme: A Handbook for Civil Society*.
743. Herbert, S. (2015). *Restricting space for civil society*. (GSDRC Helpdesk Research Report 1266).
744. International Centre for Not-for-Profit Law (2012). *Defending Civil Society Report*. Seconde édition. Juin 2012. Extrait de http://www.icnl.org/research/resources/dcs/DCS_Report_Second_Edition_English.pdf.
745. Humanitarian Policy Group (2015). *Humanitarian Policy Group, Annual Report 2014-2015*. Extrait de <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9790.pdf>.
746. CIVICUS (2017). *2017 State of Civil Society Report*. Disponible sur : <https://www.civicus.org/index.php/state-of-civil-society-report-2017>.
747. Voir par exemple : CIVICUS. (2017). *2017 State of Civil Society Report*. Extrait de <https://www.civicus.org/index.php/state-of-civil-society-report-2017>.
748. Sabatello, M. (2013). 'A Short History of the International Disability Rights Movement.' In M. Sabatello and M. Schulze (eds.). *Human Rights and Disability Advocacy*. 13-24.
749. Cole, W. (2009). Hard and Soft Commitments to Human Rights, 1966-2000. *Sociological Forum*. 24(3). 563-588.
750. Hayes, C. (2010). *A Lever for Change: Using the Optional Protocol to the Convention on the Elimination of All Forms of*

- Discrimination against Women*. UK: Equality and Human Rights Commission.
751. Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência (2006). *Anais da 1a Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Análise No. 1 de la conférence)*, 402. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência. Extrait de <http://www.sdh.gov.br/assuntos/conferenciasdh/4a-conferencia-nacional-dos-direitos-da-pessoacom-deficiencia/documentos/anais-da-1a-cndpd>.
752. Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência (2006). *Anais da 1a Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Análise No. 1 de la conférence)*, 402. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência. Extrait de <http://www.sdh.gov.br/assuntos/conferenciasdh/4a-conferencia-nacional-dos-direitos-da-pessoacom-deficiencia/documentos/anais-da-1a-cndpd>.
753. Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência (2008). *Anais da 2a Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Análise No. 2 de la conférence)*, 224. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência. Extrait de <http://www.sdh.gov.br/assuntos/conferenciasdh/4a-conferencia-nacional-dos-direitos-da-pessoacom-deficiencia/documentos/anais-da-2a-cndpd>.
754. Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência (2013). *Anais da 3a Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Rapport analytique No. 3)*, 156. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência. Extrait de <http://www.sdh.gov.br/assuntos/conferenciasdh/4a-conferencia-nacional-dos-direitos-da-pessoacom-deficiencia/documentos/anais-da-3a-cndpd>.
755. Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência (2015). *IV Conferência Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência - Minuta Texto Base e Orientativo*. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência. Extrait de <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/conade/iv-conferencia-nacional>.
756. Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência (2013). *Anais da 3a Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Rapport analytique No. 3)*, 156. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência. Extrait de <http://www.sdh.gov.br/assuntos/conferenciasdh/4a-conferencia-nacional-dos-direitos-da-pessoacom-deficiencia/documentos/anais-da-3a-cndpd>.
757. Palmer, M. (2011). Disability and poverty: A conceptual review. *Journal of Disability Policy Studies*, 21(4). 210-218.
758. Mori, S., Reyes, C.M. & Yamagata, T. (Eds.) (2014). *Poverty Reduction of the Disabled: Livelihood of persons with disabilities in the Philippines*.
759. Devandas Aguilar, C. (2017). Social protection and persons with disabilities. *International Social Security Review*, 70(4). 45-65.
760. Rutzen, D. (2015). Civil society under assault. *Journal of Democracy*, 26(4). 28-39.
761. Christensen, D. & Weinstein, J. M. (2013). Defunding dissent: Restrictions on aid to NGOs. *Journal of Democracy*, 24(2). 77-91.
762. Par exemple, le Planning familial basé les droits et le Maternal Health Project (Muskoka) de la Coopération allemande pour le développement au Cambodge inclut une composante pour développer la capacité des DPO au Cambodge pour engager leurs membres dans les SRHR. Source : Gartrell, A. (2015). *The intimate worlds of men and women with disabilities in Cambodia: Disability, sexual and reproductive health*. Extrait de http://www.health.bmz.de/events/ln_focus/my_needs_are_the_same/Study_on_disability_and_SRHR_GIZ_Cambodia_2016.pdf.
763. Wazakili, M., Chataika, T., Mji, G., Dube, A.K. & MacLachlan, M. (2011). Social inclusion of people with disabilities in poverty reduction policies and instruments: Initial impressions from Malawi and Uganda. *Disability & poverty: A global challenge*. 15-30.
764. OCDE (2017). *Development Cooperation Report 2017: Data for Development*.
765. Heinicke-Motsch, K. & Sygall, S. (2004). *Building an inclusive development community. A manual on including people with disabilities in international development programmes*.
766. USAID (2010). *Guide on how to integrate disability into gender assessments and analyses*. Extrait de https://www.usaid.gov/sites/default/files/Guide_How_Integrate_Disability_Gender_Assessments_2010.pdf.
767. Shakespeare, T. (2000). Disabled sexuality: toward rights and recognition. *Sexuality and disability*, 18(3).159-166.
768. Voir, par exemple : Ingstad, B. (1995). *Mpho ya Modimo—A Gift from God: Perspectives on 'Attitudes' toward Disabled Persons*. In Ingstad and Whyte (Eds.) (1995). *Disability and culture*. 246-263.
769. Danseco, E.R. (1997). Parental beliefs on childhood disability: Insights on culture, child development and intervention. *International Journal of Disability, Development and Education*, 44(1). 41-52.
770. Matt, S. B. (2014). Perceptions of disability among caregivers of children with disabilities in Nicaragua: Implications for future opportunities and health care access. *Disability Studies Quarterly*, 34(4).
771. de Boer, A., Pijl, S.J. & Minnaert, A. (2012). Students' attitudes towards peers with disabilities: A review of the literature. *International Journal of Disability, Development and Education*, 59(4). 379-392.
772. Bossaert, G., Colpin, H., Pijl, S.J. & K. (2011). The attitudes of Belgian adolescents towards peers with disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2). 504-509.
773. Meyers, S., Karr, V. & Pineda, V. (2014). Youth with Disabilities in Law and Civil Society: Exclusion and inclusion in public policy and NGO networks in Cambodia and Indonesia. *Disability and the Global South Journal* 1(1). 5-28.
774. Voir par exemple : Cornish, F. & Campbell, C. (2009). The social conditions for successful peer education: a comparison of two HIV prevention programmes run by sex workers in India and South Africa. *American journal of community psychology*, 44(1-2).123-135; Speizer, I.S., Magnani, R.J. & Colvin, C.E. (2003). The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: a review of the evidence. *Journal of Adolescent Health*, 33(5). 324-348; Strange, V., Forrest, S. & Oakley, A. (2002). Peer-led sex education—characteristics of peer

- educators and their perceptions of the impact on them of participation in a peer education programme. *Health Education Research*, 17(3). 327-337.
775. Visser, M.J. (2007). HIV/AIDS prevention through peer education and support in secondary schools in South Africa. *Sahara-J : Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 4(3). 678-694.
776. Voir par exemple : Hainsworth, G., & Zilhao, I. (2009). *From inception to large scale: The Geração Biz Programme in Mozambique*. Pathfinder International/World Health Organisation.
777. International Disability Alliance (2018). *Youth with Disabilities Programme*. Extrait de www.internationaldisabilityalliance.org/youth.
778. Women Enabled International (2017). *Women Enabled International's accountability toolkit: A guide to Using U.N Human Rights Mechanisms to Advance the Rights of Women and Girls with Disabilities*. Extrait de <https://www.womenenabled.org/atk.html>.
779. Département des affaires économiques et sociales des Nations unies (2017). *Disability WPAY*. Extrait de <https://www.un.org/development/desa/youth/disability-wpay.html>.
780. U.S. International Council on Disabilities (2014). *Towards a Latin American Network of Youth and Inclusive Development*. Extrait de http://www.usicd.org/index.cfm/news_towards-a-latin-american-network-of-youth-and-inclusive-development.
781. Kazakunova, G. & Kabylova, A. (2008). *Observance of the Rights of Patients with Disabilities in Issyk-Kul Province*. Extrait de https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/raven_20081120_0.pdf.
782. Le Paquet de services essentiels a été créé par le Programme mondial commun des Nations Unies sur les services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence, avec le soutien et le financement des gouvernements espagnol et australien. Les agences des Nations Unies participantes incluent : FNUAP, ONU FEMMES, OMS, PNUD, et ONUDC.
783. Ces directives sont prévues à la publication pour l'été 2018 et seront rendues publiques.
784. Klugman, J. (2017). *Gender-based Violence and the Law, Background Paper on Governance and the Law for World Development Report*.
785. van der Heijden, I. (2014). *What works to prevent violence against women with disabilities. (Qu'est-ce qui fonctionne pour prévenir la violence contre les femmes handicapées.)* What Works to Prevent Violence: A Global Programme to Prevent Violence against Women and Girls.
786. Hughes, C. (2017). *Legislative Wins, Broken Promises: Gaps in implementation of laws on violence against women and girls*, Oxfam Research Reports.
787. Hughes, C. (2017). *Legislative Wins, Broken Promises: Gaps in implementation of laws on violence against women and girls*, Oxfam Research Reports.
788. Le Paquet de services essentiels présente des conseils pour la coordination entre les différents secteurs pour la prévention et les interventions concernant la VBG. Voir : ONU Femmes, OMS, FNUAP, PNUD, et ONUDC (2016). *Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence : Éléments fondamentaux et lignes directrices pour la qualité*. Extrait de <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/12/essential-services-package-for-women-and-girls-subject-to-violence>.
789. van der Heijden, I. (2014). *What works to prevent violence against women with disabilities. (Qu'est-ce qui fonctionne pour prévenir la violence contre les femmes handicapées.)* What Works to Prevent Violence: A Global Programme to Prevent Violence against Women and Girls.
790. Hughes, C. (2017). *Legislative Wins, Broken Promises: Gaps in implementation of laws on violence against women and girls*, Oxfam Research Reports.
791. Hughes, C. (2017). *Legislative Wins, Broken Promises: Gaps in implementation of laws on violence against women and girls*, Oxfam Research Reports.
792. Hughes, C. (2017). *Legislative Wins, Broken Promises: Gaps in implementation of laws on violence against women and girls*, Oxfam Research Reports.
793. Htun, M. & Weldon, S.L. (2012) *The Civic Origins of Progressive Policy Change: Combating Violence against Women in Global Perspective, 1975-2005*, *American Political Science Review* 106(3), 548.
794. Organisation mondiale de la Santé (2018). *Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities*. Extrait de : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272346/9789241565554-eng.pdf?ua=1>.
795. Organisation mondiale de la santé et ONUSIDA (2015). *Global Standards for Quality Health-care Services for Adolescents: A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents*.

// ALTERNATIVES TEXTUELLES DES GRAPHIQUES

Les versions complètes du texte pour chaque graphique présenté dans ce résumé succinct sont disponibles ci-dessous.

HANDICAP CONTRE INCLUSION

En termes simples, le handicap peut être défini comme la relation entre la personne ayant un handicap et son environnement. **Lorsque des environnements inclusifs et globalement accessibles sont disponibles, une déficience seule ne devrait pas mener au handicap. CBM a établi deux équations afin de simplifier cette relation complexe.** La première équation spécifie « déficience plus obstacle égale handicap ». Le graphique indique que la seconde équation suivante est meilleure que la première et spécifie « déficience plus environnement accessible égale inclusion ».

Source : CBM International (2017). *Accountability Inclusive Development Toolkit*.

CAUSES POTENTIELLES DE VIOLENCE À L'ÉGARD DES ENFANTS HANDICAPÉS

Ce graphique est tiré d'un rapport de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne où les causes de la violence à l'égard des enfants handicapés ont été identifiées par les participants, dont des professionnels, des parties prenantes essentielles d'OPH, d'organisations de parents et d'organisations non-gouvernementales, ainsi que des législateurs de 13 États membres de l'Union européenne : Autriche, Bulgarie, Croatie, République Tchèque, Danemark, Italie, Lituanie, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Slovaquie, Suisse et Royaume-Uni.

Les causes potentielles de violence à l'égard des enfants handicapés données par les participants sont

représentées ci-dessous (sans ordre spécifique) :

1. Personnel de soin surchargé et non formé.
2. Surcharge des parents et manque de soutien.
3. Manque de connaissances sur les handicaps.
4. Attitudes sociales basées sur les préjugés et la peur de « l'altérisme ».
5. Isolement et ségrégation de la communauté.
6. Facteurs de risque liés aux auteurs voyant les enfants handicapés comme des « proies faciles ».

Source : Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (2015). *La violence à l'égard des enfants handicapés : législation, politiques et programmes dans l'UE*.

TAUX RÉGIONAUX DE VIOLENCE CONJUGALE DANS LE MONDE

Ce graphique présente une carte du monde selon les régions du Groupe de la Banque mondiale. Les données pour les pays d'Europe occidentale et du Nord, et du Groenland sont grisées, ce qui indique que les informations ne sont pas disponibles.

- L'Amérique du Nord a un taux de 21 % de violence conjugale.
- L'Australie et la Nouvelle Zélande ont un taux de 28 % de violence conjugale.
- L'Europe et l'Asie centrale ont un taux de 29 % de violence conjugale.
- L'Asie de l'Est et le Pacifique ont un taux de 30 % de violence conjugale.
- L'Amérique latine et les Caraïbes ont un taux de 33 % de violence conjugale.
- Le Moyen orient et l'Afrique du Nord ont un taux de 40 % de violence conjugale.
- L'Afrique sub-saharienne a un taux de 40 % de violence conjugale.

- L'Asie du Sud a un taux de 43 % de violence conjugale.

Source : Preliminary analysis of the World Health Organisation global prevalence database (2013) comme présenté dans Voice and Agency: Empowering Women and Girls for Shared Prosperity (2014) par Klugman et al.

NOMBRE ET PAR DES FILLES ÂGÉES DE 10 À 17 ANS QUI NE SONT PAS PROTÉGÉES CONTRE LE MARIAGE D'ENFANTS DANS 112 PAYS

Ce graphique présente le pourcentage de filles Entre 10 et 17 ans qui ne sont pas protégées contre le mariage d'enfants. Les pays sont divisés par groupes de revenu et l'étude source inclut 22 pays à revenu faible, 35 pays à revenu moyen, 3 pays à revenu moyen supérieur, et 22 pays à revenu supérieur. Les estimations sont basées sur le nombre de filles âgées de 10 à 17 ans, qui sont en dessous de l'âge minimum de mariage dans leur pays. Trois définitions de l'âge de mariage dans chaque pays sont utilisées : la première est l'âge légal de mariage sans le consentement des parents ou d'un organisme judiciaire, la seconde est l'âge minimum avec le consentement parental, la troisième est l'âge minimum avec l'autorisation d'organismes judiciaires.

Le graphique compare les changements entre 2015 et 2017, avec des données disponibles seulement pour 2017 dans certains cas. Le graphique démontre qu'une partie significative des filles ne sont pas protégées contre le mariage d'enfants, ni légalement, ni en termes de consentement parental ou judiciaire. Les chiffres sont compris entre 2 % et 38 %, selon l'année, le groupe de revenu du pays, ou le type de protection.

Le graphique utilise des données sur les lois pour l'âge minimum de mariage recueillies par le programme Les Femmes, l'entreprise et le droit de la Banque mondiale. Les quatre tableaux suivants présentent les données du graphique.

Tableau un : part des filles qui ne sont pas protégées contre le mariage d'enfant (en pourcentage) par âge minimum de sans le consentement des parents ou d'un organisme judiciaire.

ANNÉE	GROUPES DE REVENU ANNUEL (DES PAYS)			
	Faible	Moyen inférieur	Moyen supérieur	Élevé
2015	2,0	10,0	5,7	1,1
2017	2,0	10,0	5,7	1,1

Tableau deux : part des filles qui ne sont pas protégées contre le mariage d'enfants (pourcentage) en raison des exceptions d'âge minimum avec consentement parental.

ANNÉE	GROUPES DE REVENU ANNUEL (DES PAYS)			
	Faible	Moyen inférieur	Moyen supérieur	Élevé
2015	12,2	21,1	22,5	18,0
2017	8,1	22,5	15,9	17,7

Tableau trois : part des filles qui ne sont pas protégées contre le mariage d'enfants (pourcentage) en raison des exceptions d'âge minimum avec consentement judiciaire.

ANNÉE	GROUPES DE REVENU ANNUEL (DES PAYS)			
	Faible	Moyen inférieur	Moyen supérieur	Élevé
2017	16,8	35,1	33,7	26,3

Tableau quatre : part des filles qui ne sont pas protégées contre le mariage d'enfants (pourcentage) en raison des exceptions d'âge minimum avec consentement parental ou judiciaire.

ANNÉE	GROUPES DE REVENU ANNUEL (DES PAYS)			
	Faible	Moyen inférieur	Moyen supérieur	Élevé
2017	20,3	38,1	36,3	35,5

Source : Wodon, Q., Tavares, P., Fiala, O., Le Nestour, A., et Wise, L. (2017). *Ending Child Marriage: Legal Age for Marriage, Illegal Child Marriages, and the Need for Interventions.*

LIEN ENTRE LE HANDICAP ET LA PAUVRETÉ : COMMENT LE HANDICAP PEUT EXACERBER LES CONDITIONS QUI MÈNENT À DES NIVEAUX ACCRUS DE PAUVRETÉ POUR LES POPULATIONS VULNÉRABLES

Le graphique représente le lien entre le handicap et la pauvreté en présentant le cycle suivant, qui n'a pas de début ni de fin :

Le handicap peut augmenter les risques d'exclusion sociale et culturelle, et de stigmatisation, ainsi que le déni d'opportunités pour le développement économique, social et humain. Réciproquement, cela peut entraîner la pauvreté, qui mène à un déficit en termes de droits économiques, sociaux et culturels. La pauvreté peut augmenter les risques de participation réduite dans la prise de décision et le déni des droits civils et politiques, ce qui à son tour peut causer une augmentation de la vulnérabilité à la pauvreté et à une mauvaise santé. Le cycle revient alors au handicap, puis à la pauvreté et encore à la vulnérabilité à la pauvreté et à une mauvaise santé.

Source : DFID (2000), *Disability, poverty, and development. (Handicap, pauvreté et développement).*

CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES ET SON PROTOCOLE OPTIONNEL : SIGNATURES ET RATIFICATIONS

Le graphique établit une liste des pays ayant signé la Convention relative aux droits des personnes handicapées, des pays ayant ratifié la Convention, des pays ayant signé le Protocole optionnel, des pays ayant ratifié le Protocole optionnel, et des pays qui n'ont signé ni la Convention ni le Protocole optionnel.

En résumé, 162 pays ont signé la Convention, 178 pays ont ratifié la Convention, 94 pays ont signé le Protocole optionnel, 93 pays ont ratifié le Protocole optionnel, et 11 pays n'ont pas signé.

Les informations concernant quels pays ont signé ou ratifié la Convention ou le Protocole optionnel

sont accessibles dans la Base de données du Bureau des affaires juridiques des Nations unies sur untreaty.un.org/ola. Ce graphique inclut des données en date du 19 février 2018.

LIENS ENTRE LES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE ET LES ARTICLES DE LA CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES

Ce graphique est tiré de CBM International et représente l'interconnectivité des Objectifs de développement durable et des articles de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH). Les paragraphes suivants résument le lien entre les Objectifs de développement durable et la CDPH pour chaque Objectif de développement durable pertinent :

Objectif 1 : PAS DE PAUVRETÉ : mettre fin à la pauvreté sous toutes ses formes partout dans le monde : cet objectif est étayé par le droit à la vie (Article 10), le contrôle des ressources propres en garantissant une reconnaissance égale devant la loi (Article 12), un niveau de vie adapté et une protection sociale (Article 28). Les Articles 5, 6, 7, 9, 31 et 32 sont également applicables.

Objectif 2 : PAS DE FAMINE : mettre un terme à la famine, obtenir la sécurité alimentaire et une nutrition améliorée, et promouvoir l'agriculture durable : cet objectif est étayé par le droit à une alimentation adaptée, dont la sécurité alimentaire, la protection, et un niveau de vie adapté (Article 28), le contrôle du territoire, de la propriété et de l'héritage peuvent être garantis par une reconnaissance égale devant la loi (Article 12). Les Articles 5, 6, 7, 9, 31 et 32 sont également applicables.

Objectif 3 : BONNE SANTÉ ET BIEN ÊTRE : Assurer une qualité de vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges : cet objectif repose sur le droit à la vie (Article 10), l'accès aux services

de santé sexuelle et reproductive reconnu par le droit à la jouissance du plus haut niveau de santé pouvant être atteint sans discrimination basée sur le handicap (Article 25), le planning familial, les informations et l'éducation assurés par le respect pour le foyer et la famille (Article 23). Les Articles 6, 7, 9, 11, 31 et 32 sont également applicables.

Objectif 4 : ÉDUCATION DE QUALITÉ : Assurer une éducation de qualité inclusive et équitable, et promouvoir des opportunités d'apprentissage tout au long de la vie pour tous : cet objectif étagé par l'Article 24 de la CDPH qui promeut un système éducatif inclusif à tous les niveaux sur la base de l'égalité des chances et de l'absence d'exclusion, l'Article 27 qui stipule que les personnes handicapées doivent avoir un accès effectif aux programmes généraux d'orientation technique et professionnelle, aux services de placement et à la formation professionnelle et continue, et l'Article 16 qui stipule que des environnements d'apprentissage sûrs et non violents peuvent être rendus possibles par la protection contre l'exploitation, la violence et les abus en dehors du foyer. Les Articles 5, 6, 7, 9, 31 et 32 sont également applicables.

Objectif 5 : ÉGALITÉ DES SEXES : Parvenir à l'égalité des sexes et émanciper toutes les femmes et les jeunes filles : cet objectif est étagé par l'Article 6 de la CDPH qui reconnaît que les femmes et les filles handicapées sont victimes de discriminations multiples, l'Article 16 qui stipule que l'élimination de pratiques néfastes exige des lois et des politiques efficaces axées sur les femmes et les enfants, l'Article 28 concernant la mise en place de politiques de protection sociale, l'Article 29 relatif au droit de participer à la vie politique et publique, l'Article 25 qui reconnaît le droit à la même gamme, à la même qualité et au même niveau de services gratuits ou abordables liés à la santé sexuelle et reproductive, l'Article 23 qui garantit que le droit à la planification reproductive et familiale se fasse par le respect du foyer et de la famille, l'Article 12 sur le droit à la reconnaissance égale devant la loi qui admet le droit des femmes

de posséder des terres, à la propriété et à l'héritage, l'Article 21 concernant le droit à l'information et aux communications accessibles pour les femmes et les filles, et l'Article 8 sur la sensibilisation qui traite de la promotion de l'égalité des sexes pour les femmes et les filles handicapées. Les Articles 5, 7, 9, et 31 sont également applicables.

Objectif 6 : EAU POTABLE ET SERVICES SANITAIRES : assurer la disponibilité et la gestion durable de l'eau et des services sanitaires pour tous : l'Article 28 de la CDPH reconnaît le droit à l'amélioration continue des conditions de vie, l'accès à de l'eau potable et la promotion du droit à un niveau de vie adapté pour les personnes handicapées. Les Articles 5, 6, 7, 9, 11, 31 et 32 sont également applicables.

Objectif 7 : ÉNERGIE PROPRE ET ABORDABLE : assurer l'accès à une énergie moderne, durable, fiable et abordable pour tous : l'accès universel, particulièrement pour les pays en développement et la nécessité de mesurer les progrès réalisés concernant les personnes handicapées couverts par les Articles 9, 31 et 32.

Objectif 8 : TRAVAIL DÉCENT ET CROISSANCE ÉCONOMIQUE Promouvoir une croissance économique continue inclusive et durable, un plein emploi productif et un travail décent pour tous : l'Article 27 reconnaît le droit des personnes handicapées au travail sur un pied d'égalité avec les autres et de gagner leur vie par un travail librement choisi, et de recevoir une rémunération égale pour un travail de valeur égale et d'avoir des conditions de travail sécuritaires, l'Article 12 stipule que l'accès égal aux services bancaires, d'assurance et financiers peut être rendu possible par l'application du droit à la reconnaissance égale devant la loi, et l'Article 16 concernant les droits liés à la protection contre l'exploitation, la violence et les abus, tels que le travail forcé, l'esclavage moderne et la traite des êtres humains. Les Articles 5, 6, 9, et 31 sont également applicables.

Objectif 9 : INDUSTRIE, INNOVATION ET INFRASTRUCTURES : construire des infrastructures résistantes, promouvoir une industrialisation inclusive et durable : l'Article 12 concernant la reconnaissance égale devant la loi inclut l'accès aux services financiers dont le crédit abordable, l'Article 20, s'il est mis en œuvre, peut garantir la mobilité personnelle avec la plus grande indépendance possible pour les personnes handicapées, l'Article 21 concernant la liberté d'accès à l'information sur un pied d'égalité avec les autres et par toutes les formes de communication, et l'Article 27 sur la promotion des opportunités d'emploi indépendant, de l'esprit d'entreprise, du développement de coopératives et d'établir sa propre entreprise. Les Articles 5, 6, 7, 9, 31 et 32 sont également applicables.

Objectif 10 : RÉDUCTION DES INÉGALITÉS Réduire les inégalités au sein et entre les pays : assurer une meilleure représentation des personnes handicapées dans la prise de décision comme stipule l'Article 4, promouvoir les perceptions positives et une plus grande sensibilisation sociale envers les personnes handicapées afin de favoriser l'inclusion comme mentionné dans l'Article 8, faciliter la migration et la mobilité en toute sécurité peut protéger les personnes handicapées contre l'exploitation comme indiqué dans l'Article 16, assurer l'accès à la protection sociale et à des programmes de réduction de la pauvreté comme garanti par l'Article 28. De plus, les Articles 5, 6, 7, 9, 11, 31 et 32 s'appliquent.

Objectif 11 : VILLES ET COMMUNAUTÉS DURABLES : rendre les villes et les établissements humains inclusifs, sûrs, résistants et durables : le droit des personnes à un niveau de vie suffisant pour elles-mêmes et leur famille, dont un logement adéquat, doit être appliqué conformément à l'Article 28, les personnes handicapées doivent bénéficier d'une mobilité personnelle de la manière et au moment de leur choix et à un coût abordable (Article 20), les villes et établissements sûrs doivent assurer la protection contre la violence (Article 16),

l'environnement et les transports publics doivent être accessibles sur un pied d'égalité avec les autres, dans les zones urbaines et rurales (Article 9), et la planification et la gestion participative doivent être respectées (Article 4). Les Articles 5, 6, 7, 11, 31 et 32 sont également applicables.

Objectif 13 : MESURES CLIMATIQUES : prendre des mesures urgentes pour lutter contre le changement climatique et ses impacts : les personnes handicapées exposées à des catastrophes naturelles ou d'autres situations à risque doivent être incluses dans tous les mécanismes de protection et de sécurité (Article 11), et la planification et la gestion liée au climat doivent être inclusives et accessibles aux personnes handicapées (Article 32). Les Articles 5, 6, 7, 9, et 31 sont également applicables.

Objectif 16 : PAIX, JUSTICE ET INSTITUTIONS FORTES : Promouvoir des sociétés pacifiques et inclusives pour un développement durable, assurer l'accès à la justice pour tous et développer des institutions efficaces, responsables et inclusives à tous les niveaux : les taux de mortalité doivent être réduits par la jouissance effective du droit à la vie (Article 10), l'absence de violence, d'exploitation et d'abus doit être maintenue (Article 16), de même que la protection contre la torture, les traitements cruels, inhumains ou dégradants, ou sanctions (Article 15), l'accès à la justice sur un pied d'égalité avec les autres, y compris en fournissant des aménagements procéduraux et adaptés à l'âge, doit être mis en place (Article 13), une prise de décision inclusive qui consulte étroitement et implique activement les personnes handicapées à travers leurs organisations représentatives (Article 4), les régimes décisionnels bénéficiant d'un soutien doivent être disponibles (Article 12), le droit à une identité juridique comme stipulé dans l'Article 18, les personnes handicapées doivent pouvoir jouir de tous les droits de l'Homme et de toutes les libertés fondamentales (Article 1) et ne doivent être privées de leur liberté de manière illégale (Article 14). Les Articles 5, 6, 7, 9, 31 et 32 sont également applicables.

Objectif 17 : PARTENARIATS POUR PARVENIR AUX OBJECTIFS : renforcer les moyens de mise en œuvre et revitaliser le partenariat mondial pour le développement durable : améliorer l'utilisation des technologies habilitantes, en particulier les technologies de l'information et de la communication, pour les personnes handicapées en mettant en œuvre l'Article 21 afin d'assurer l'accessibilité, la collecte de données fiables, de haute qualité, en temps opportun, désagrégées par handicap, directement liée à l'Article 31 sur les statistiques et la collecte de données. Les Articles 9 et 32 concernant les partenariats avec des organisations de personnes handicapées et facilitant l'accès au transfert de technologie sont également applicables.

Source : CBM International (2016). *Graphique CDPH et VBG*. Extrait de <https://www.cbm.org/New-resources-on-Agenda-2030-and-the-CRPD-501728.php>.

LE CADRE DAAQ ET LES SERVICES D'INTERVENTION POUR LES JEUNES HANDICAPÉS VICTIMES DE VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE

Acceptabilité : les établissements, les biens et services doivent être respectueux de l'éthique médicale et culturellement appropriés.

Disponibilité : les établissements, les biens et services doivent être disponibles en quantité suffisante et continuellement fournis.

Accessibilité : les établissements, les biens et services doivent être accessibles à tous (physiquement, économiquement, informations, non-discrimination).

Qualité : les établissements, les biens et services doivent être de bonne qualité.

Source : Adapté du Comité des droits économiques, sociaux et culturels (2000). *Observation générale 14, Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*. U.N. Doc. E/C.12/2000/4.

NOMBRE CUMULÉ DE PAYS AYANT UNE LÉGISLATION CONTRE LA VIOLENCE CONJUGALE, DE 1976 À 2016

Ce graphique indique l'augmentation du nombre de pays ayant une législation contre la violence domestique.

En 1976, le nombre de pays ayant une législation contre la violence conjugale était de zéro. En 1994, le nombre était d'environ 10 pays. Deux ans plus tard, ce nombre a augmenté à presque 20. Trente pays avaient une législation contre la violence domestique en 2000. Depuis 2000, le nombre de pays a continué d'augmenter avec 70 pays ayant une législation contre la violence domestique, dix ans plus tard, en 2010. Entre 2013 et 2016, le nombre de pays ayant une législation contre la violence domestique a augmenté de 75 à plus de 140.

Source : Banque mondiale (2015). *Women Business and the Law: Getting to Equal and the Women and Business and the Law database* (mise à jour 2016).

NOMBRE DE PAYS AVEC OU SANS CERTAINES DISPOSITIONS EN MATIÈRE D'ÉGALITÉ DES SEXES

Le nombre total de pays inclus est de 189 et les informations ont été mises à jour pour la dernière fois en août 2016.

140 pays ont une législation sur la violence domestique tandis que 49 pays n'en ont pas.

144 pays ont une législation qui traite spécifiquement du harcèlement sexuel tandis que 45 pays n'en ont pas.

Il existe un âge minimum de mariage égal pour les hommes et les femmes dans 167 pays. 18 pays n'ont pas d'âge minimum de mariage égal pour les hommes et les femmes, et les informations n'étaient pas disponibles pour 4 pays.

149 pays ont des lois qui interdisent ou invalident les mariages d'enfants ou précoces. 39 pays n'ont pas de lois qui interdisent ou invalident les mariages

d'enfants ou précoces, et les informations n'étaient pas disponibles pour un pays.

103 pays ont des peines incluent dans leurs lois pour l'autorisation ou sciemment prendre part à un mariage d'enfant ou précoce. 85 pays n'ont pas de telles peines ou lois. Un pays n'avait aucune information disponible.

Dans 76 pays, la législation criminalise explicitement le viol conjugal. La législation dans les 113 pays restants ne criminalisent pas explicitement le viol conjugal.

Dans 13 pays, les auteurs sont exemptés d'accusations criminelles de viol s'ils épousent la victime. Les 176 pays restants n'exemptent pas les auteurs d'accusations criminelles de viol s'ils épousent la victime.

Source : Source : Banque mondiale (2016). *Projet sur les femmes, les affaires et la loi* (dernière mise à jour en août 2016). Disponible à l'adresse : wbl.worldbank.org.

LE CADRE DAAQ ET LES DROITS ET SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES JEUNES HANDICAPÉS

Acceptabilité : Tous les établissements, biens, informations et services liés à la SSR doivent être respectueux de la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés et sensibles au genre, à l'âge, au handicap, à la diversité sexuelle et aux exigences du cycle de vie.

Disponibilité : Un nombre suffisant d'établissements, de services, de biens et de programmes de santé adaptés doivent être disponibles pour fournir à la population la gamme la plus complète possible de soins liés à la SSR.

Accessibilité : les établissements, biens, informations et services liés à la santé sexuelle et reproductive, doivent être accessibles à tous les individus et groupes sans discrimination et sans obstacles. L'accessibilité comprend l'accessibilité physique, l'abordabilité et l'accessibilité à l'information.

Qualité : Les établissements, biens, informations et services liés à la SSR doivent être de bonne qualité, c'est-à-dire fondés sur des données probantes, scientifiquement et médicalement appropriés et à jour.

Source : Comité des droits économiques, sociaux et culturels (2016). *Observation générale no 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative* (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels).

NEUF COMPOSANTES ESSENTIELLES DES PROGRAMMES D'ÉDUCATION SEXUELLE COMPLÈTE MODIFIÉES POUR LES JEUNES HANDICAPÉS

Composante un : qu'elle soit basée sur les valeurs universelles fondamentales des droits de l'Homme, y compris les droits des personnes handicapées.

L'éducation sexuelle complète peut être utilisée non seulement pour promouvoir les droits à la santé sexuelle et reproductive, mais également pour promouvoir l'égalité des sexes et les droits de l'Homme pour tous. L'éducation sexuelle complète peut présenter les enfants en âge d'être scolarisés, les adolescents et les jeunes avec et sans handicaps aux idées de l'égalité de personnes handicapées et aux droits de l'Homme des personnes handicapées en même temps qu'ils apprennent l'importance du respect de leur propre sexualité et de celle des autres, l'égalité des sexes et les droits de l'Homme.

Composante deux : Égalité des sexes

Pour que l'éducation sexuelle complète soit efficace et conforme aux normes internationales, elle doit également promouvoir l'égalité des sexes. Étant donné que les handicaps aggravent souvent les inégalités entre les sexes, il est particulièrement important pour les participants à l'éducation sexuelle complète de comprendre et d'observer les thèmes principaux concernant le genre du point de vue des personnes handicapées.

Composante trois : des informations complètes et scientifiquement exactes

Des informations complètes et exactes sont essentielles pour que les jeunes puissent profiter

pleinement de leurs droits à la santé sexuelle et reproductive. Il existe de nombreuses idées fausses concernant la sexualité et le handicap, dont des croyances sociales néfastes qui mènent à la stigmatisation et l'isolement social. L'éducation sexuelle complète doit également aborder les croyances erronées, telles que la croyance que les personnes handicapées sont non sexuelles, dans un contexte culturel approprié.

Composante quatre : un environnement d'apprentissage sûr, sain et inclusif des handicaps

Pour qu'une personne participe pleinement à l'éducation sexuelle complète, elle doit se dérouler dans un environnement accessible, sûr et sain. Les personnes handicapées, particulièrement les jeunes handicapés, sont souvent la cible de harcèlement, de discrimination et même de violence de la part des enseignants et de leurs pairs. Par conséquent, il est particulièrement important que les éducateurs en éducation sexuelle complète disposent de politiques d'inclusion des handicaps solides qui indiquent clairement qu'aucune forme de discrimination ne sera tolérée. Ceci doit inclure une formation de sensibilisation au handicap pour tous les participants et les parties prenantes, et des politiques de suivi qui garantissent que les participants handicapés puissent dénoncer de façon confidentielle toute discrimination ou abus.

Composante cinq : établir un lien avec les services de santé sexuelle et reproductive et d'autres initiatives qui traitent du genre, du handicap, de l'égalité, de l'autonomisation et de l'accès aux ressources éducatives, sociales et économiques pour les jeunes.

Les programmes d'éducation sexuelle complète doivent être liés à des initiatives complémentaires qui soutiennent les droits à la santé sexuelle et reproductive spécifiquement et des facteurs sociaux plus importants qui affectent les droits à la santé sexuelle et reproductive des jeunes handicapés. En faisant le lien avec ces initiatives, les programmes d'éducation sexuelle complète doivent être inclusifs

afin que les jeunes handicapés puissent participer sur un pied d'égalité. Les initiatives complémentaires peuvent inclure des programmes visant à créer des politiques liées aux services de santé sexuelle adaptées aux jeunes, des centres de santé sexuelle accessibles aux handicapés, des campagnes de sensibilisation visant à changer les normes néfastes basées sur le genre, et l'inclusion des droits à la santé sexuelle et reproductive dans les lois et politiques relatives au handicap.

Composante six : des méthodes d'enseignement participatives pour la personnalisation de l'information et des compétences renforcées de communication, de prise de décision et d'esprit critique

Les participants à l'éducation sexuelle complète doivent acquérir les compétences nécessaires pour être à même de réfléchir concernant leurs décisions sexuelles et être capables de communiquer efficacement avec les autres. Les programmes d'éducation sexuelle complète doivent être attentifs au fait que de nombreux jeunes handicapés peuvent avoir grandi dans des foyers surprotecteurs et peuvent ne pas avoir développé le même niveau d'autonomie concernant la prise de décision et d'auto-défense que leurs pairs. Ainsi, les programmes d'éducation sexuelle complète doivent mettre en place des leçons ciblées afin d'assurer que les jeunes handicapés puissent pleinement développer ces compétences, ainsi que des leçons interactives qui incluent les participants avec ou sans handicap.

Composante sept : renforcer la défense des droits des jeunes et l'engagement civique

Les programmes d'éducation sexuelle complète doivent impliquer les jeunes avec et sans handicap dans la conception de programmes et encourager la participation des jeunes aux activités positives de changement social, dont la sensibilisation et le plaidoyer concernant les droits à la santé sexuelle et reproductive. Inclure les jeunes handicapés dans la conception des activités de programmes aidera à faire en sorte que la perspective du handicap

soit incluse dans le programme et que toutes les activités de plaidoyer et d'engagement civique soient inclusives des handicaps. Les programmes d'éducation sexuelle complète doivent également assurer que les partenaires de la société civile disposent de politiques d'inclusion des handicaps et que les organisations de personnes handicapées, en particulier celles représentant les jeunes, participent pleinement en conseillant et évaluant les politiques et programmes liés à l'éducation sexuelle complète.

Composante huit : pertinence culturelle dans la lutte contre les violations des droits de l'Homme et les inégalités liées au genre et au handicap

Étant donné que les attitudes et croyances concernant le genre et le handicap sont souvent profondément ancrées dans les normes socioculturelles, tous les programmes d'éducation sexuelle complète doivent être conçus de manière culturellement adaptée, en respectant les normes internationales. Ceux-ci doivent explicitement aborder les mythes et les idées fausses concernant le genre, les handicaps, et d'autres formes de discrimination présentes au sein du contexte local. L'implication des parties prenantes et d'autres personnes connaissant le contexte local est essentielle à la conception de programmes promouvant les droits de l'Homme, l'égalité des sexes et l'égalité des personnes handicapées, d'une manière qui soit sensible aux cultures, afin d'assurer que ces concepts soient compris, acceptés et perpétués.

Composante neuf : atteindre les secteurs formels et informels, à travers les groupes d'âge

Les programmes d'éducation sexuelle complète efficaces utilisent des informations adaptées à l'âge afin d'impliquer les jeunes de tous âges dans divers contextes, dont les jeunes scolarisés et ceux non-

scolarisés. Les programmes d'éducation sexuelle complète doivent également mettre en place des stratégies afin d'identifier spécifiquement et d'inviter les jeunes handicapés socialement isolés et qui peuvent ne pas être au courant ou à l'aise pour participer à l'éducation sexuelle complète sans encouragement et intervention spécifiques, dont la sensibilisation de leurs parents et des autres participants à l'éducation sexuelle complète.

OBSTACLES RENCONTRÉS PAR LES JEUNES HANDICAPÉS LORS DE LEUR PARTICIPATION À LA SOCIÉTÉ CIVILE

Obstacles sociétaux : les attitudes sociales et croyances culturelles amplifient les autres obstacles.

Obstacles systémiques : échec des organisations ordinaires de la société civile à inclure des jeunes handicapés en tant que membres ou à représenter leurs intérêts, exclusion des organisations de personnes aux handicaps multiples des organisations ordinaires de la société civile.

Obstacles individuels : parents surprotecteurs ou contrôle marital, exclusion de la formation professionnelle, défaut de mise en œuvre des politiques contre les discriminations sur le marché du travail.

Obstacles collectifs : interdictions sur la liberté d'association (un droit civil et politique fondamental).

Ces quatre obstacles (obstacles sociétaux, systémiques, individuels et collectifs) à la participation à la société civile représentent des violations des droits de l'Homme des jeunes handicapés.

ANNEXES

// ANNEXE 1

GLOSSAIRE DES TERMES PRINCIPAUX

APPROCHE DUALE	La Convention relative aux droits des personnes handicapées demande aux États parties d'incorporer des mesures tenant compte des handicaps dans la prestation de services ordinaires et de fournir des services spécifiques aux personnes handicapées qui sont nécessaires pour favoriser l'inclusion et la participation des personnes handicapées. Ceci est souvent désigné comme une approche duale du handicap.
AUTONOMISATION	L'autonomisation, telle que définie par l'UNESCO, implique des personnes, hommes et femmes, qui prennent le contrôle de leur vie : établir leurs propres objectifs, acquérir des compétences, renforcer la confiance en soi, résoudre les problèmes et développer l'indépendance. Personne n'est à même d'autonomiser quelqu'un d'autre : seul l'individu peut s'autoriser à faire des choix ou à s'exprimer. Toutefois, les institutions, dont les agences de coopération internationale, peuvent soutenir des procédures qui peuvent favoriser l'autonomisation des individus ou des groupes.
DROITS REPRODUCTIFS	Le Programme d'action de la CIPD stipule que « [...] les droits reproductifs englobent certains droits de l'Homme déjà reconnus dans les lois nationales, les documents internationaux relatifs aux droits de l'Homme et d'autres documents de consensus pertinents des Nations unies. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et individus de décider librement et de façon responsable du nombre, de l'intervalle et du moment pour avoir leurs enfants et d'avoir l'information et les moyens de le faire, et le droit d'atteindre les plus hauts standards de la santé sexuelle et reproductive. Ceci inclut également le droit de chacun de prendre des décisions concernant la reproduction sans discrimination, coercition ni violence, telles qu'exprimées dans les documents relatifs aux droits de l'Homme. Concernant l'application de ce droit, les personnes doivent prendre en compte les besoins de leurs enfants vivants et futurs et leurs responsabilités envers la communauté. ».
ÉDUCATION SEXUELLE COMPLÈTE	Dans leur édition révisée du <i>Guide technique international sur l'éducation sexuelle : une approche factuelle</i> , l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) définit l'éducation sexuelle complète (ESC) comme une « approche de l'éducation sexuelle basée sur les droits et axée sur les genres, dans un contexte scolaire ou extrascolaire, visant à ce que les enfants et les jeunes aient des connaissances, des compétences, des attitudes et des valeurs qui leur permettront de considérer leur santé, leur bien-être et leur dignité, de développer des relations sociales et sexuelles, de prendre en compte comment leurs choix peuvent avoir un impact sur leur propre bien-être et sur celui des autres, ainsi que de comprendre et d'assurer la protection de leurs droits toute leur vie. ».
ÉGALITÉ DES SEXES	L'égalité des sexes, telle que définie par l'UNESCO, signifie que les femmes et les hommes ont des conditions égales pour réaliser pleinement leurs droits humains et pour contribuer au développement économique, social, culturel et politique et en bénéficier. L'égalité des sexes est donc une valeur égale pour la société pour les similitudes et les différences entre les hommes et les femmes et les rôles qu'ils jouent. Il repose sur le fait que les femmes et les hommes sont des partenaires à part entière dans leur foyer, leur communauté et leur société.
GENRE	Le UNFPA définit le genre comme les attributs et les opportunités économiques, sociaux et culturels associés au fait d'être un homme ou une femme. Dans la plupart des sociétés, être un homme ou une femme n'est pas simplement une question de caractéristiques biologiques et physiques différentes. Les hommes et les femmes font face à des attentes différentes quant à la façon dont ils doivent s'habiller, se comporter ou travailler. Les relations entre les hommes et les femmes, que ce soit au sein de la famille, sur le lieu de travail ou dans la sphère publique, reflètent également la compréhension des talents, des caractéristiques et des comportements appropriés aux femmes et aux hommes. Le genre diffère donc du sexe par sa nature sociale et culturelle plutôt que biologique. Les attributs et les caractéristiques liés au genre, englobant, entre autres, les rôles que jouent les hommes et les femmes et les attentes qui leur sont imposées, varient considérablement d'une société à l'autre et évoluent au fil du temps.
LES JEUNES HANDICAPÉS	Aux fins de la présente étude, le terme « jeunes handicapés » comprend les personnes handicapées âgées de 10 à 24 ans.

SANTÉ REPRODUCTIVE	<p>Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) indique que la santé reproductive implique que les personnes puissent avoir une vie sexuelle satisfaisante et saine et qu'elles aient la capacité de se reproduire et la liberté de décider de l'opportunité et du moment de le faire, ainsi que du nombre de fois. Implicite dans cette dernière condition est le droit des hommes et des femmes à être informés et avoir accès à des méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix pour la régulation de la fertilité qui ne sont pas contre la loi, et le droit d'accès à des services de soins de santé appropriés qui permettront aux femmes de traverser la grossesse et l'accouchement en toute sécurité et qui offrent aux couples les meilleures chances d'avoir un nourrisson en bonne santé. ...</p> <p>Cela comprend également la santé sexuelle, dont le but est l'amélioration de la vie et des relations personnelles, et non pas simplement le conseil et les soins liés à la reproduction et aux maladies sexuellement transmissibles.</p>
SANTÉ ET DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS	<p>Les droits liés à la santé sexuelle et reproductive (DSSR) est un terme générique désignant la santé sexuelle et reproductive, les services et les droits dans le domaine de la santé et de la reproduction. Dans le Programme d'action de la CIPD, la santé reproductive est définie comme « un état de bien-être physique, mental et social vis à vis de tout ce qui concerne le système reproducteur et de ses fonctions et processus. ». Ceci inclut la santé sexuelle, dont la capacité d'avoir une vie sexuelle sûre et satisfaisante, ainsi que la capacité de se reproduire et la liberté de décider si l'on souhaite le faire, du moment opportun et de la fréquence. Ce dernier critère inclut le droit d'être informé et d'avoir accès à des méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de planification familiale et de contraception, ainsi que l'accès à des services de santé adaptés. Les droits reproductifs inclut le droit fondamental des individus et des couples d'atteindre le plus haut niveau de santé sexuelle et reproductive, ce qui implique leur droit de prendre des décisions concernant leur propre reproduction, notamment la capacité de décider du nombre, de l'espacement et du moment d'avoir des enfants, sans coercition, discrimination ni violence.</p>
SANTÉ SEXUELLE	<p>Selon la définition actuelle établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé sexuelle est : « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social par rapport à la sexualité, qui n'est pas simplement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et protégées, sans coercition, discrimination ni violence. Pour que la santé sexuelle soit atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et appliqués. ».</p>
SEXUALITÉ	<p>Selon la définition actuelle établie par l'OMS, la sexualité est : « un aspect central de l'être humain tout au long de la vie, qui englobe le sexe, les identités et les rôles des genres, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées simultanément. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, juridiques, historiques, religieux et spirituels. ».</p>
VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE	<p>Le Comité permanent interorganisations définit la violence basée sur le genre (VBG) comme un terme générique désignant tout acte préjudiciable commis contre la volonté d'une personne et fondé sur les différences sociales (c'est-à-dire le genre) entre hommes et femmes. Ceci inclut les actes pouvant entraîner des dommages physiques, sexuelles ou psychologiques, ou des souffrances, ainsi que les menaces de tels actes, la coercition ou la privation de liberté. Il est important de noter que les hommes comme les femmes peuvent être victimes de VBG, bien que les femmes et les filles soient majoritairement victimes de la violence des hommes, la violence conjugale et la violence sexuelle étant parmi les formes les plus répandues de VBG.</p>
VIOLENCE CONTRE LES FEMMES ET LES FILLES	<p>Les Nations unies définissent la violence contre les femmes (dont les filles) comme « tout acte de violence basée sur le genre qui entraîne ou risque d'entraîner un préjudice physique, sexuel ou psychologique, ou une souffrance pour les femmes [dont les filles], y compris des menaces de commettre de tels actes, la coercition ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. ».</p>
VIOLENCE CONJUGALE	<p>La violence conjugale, telle que définie par l'OMS, désigne « tout comportement dans une relation intime qui cause un préjudice physique, psychologique ou sexuel à ceux qui sont dans la relation ». Les exemples incluent les actes de violence physique tels que gifles, coups, coups de pied et coups, la violence sexuelle, y compris les rapports sexuels forcés et d'autres formes de coercition sexuelle, les abus émotionnels (psychologiques) tels que les insultes, la dépréciation, l'humiliation constante, l'intimidation (par exemple, la destruction d'objets), les menaces de préjudice ou les menaces de prendre les enfants, et les comportements de contrôle, notamment isoler une personne de sa famille et de ses amis, surveiller ses déplacements et restreindre l'accès aux ressources financières, à l'emploi, à l'éducation ou aux soins médicaux.</p>
VIOLENCES SEXUELLES	<p>L'OMS définit la violence sexuelle comme : « Tout acte sexuel, tentative d'obtenir un acte sexuel, commentaires ou avances sexuels non désirés ou actes de trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne par le biais de coercition, par toute personne indépendamment de leur relation avec la victime, dans n'importe quel cadre, y compris et non limité au domicile et au travail ».</p>

LISTE DES ACRONYMES

ACJM	Association mozambicaine de la coalition des jeunes	DFID	Department for International Development (Royaume-uni)
AECID	Agence espagnole de coopération internationale pour le développement	DSSR	Droits liés à la santé sexuelle et reproductive
AMODEFA	Association mozambicaine pour le développement de la famille (Associação Moçambicana para Desenvolvimento da Família)	DUDH	Déclaration universelle des droits de l'Homme
APF	Forum Asie Pacifique	GREVIO	Groupe d'experts sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique
ASEAN	Association des nations de l'Asie du Sud-Est	HCDH	Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'Homme
AusAID	Agence australienne pour le développement international	IDA	International Disability Alliance
Cadre	Cadre de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité	iiDi	Institut interaméricain pour le développement inclusif des personnes handicapées (Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo)
CARICOM	Communauté caribéenne	INDH	Institution nationale des droits de l'Homme
CDE	Convention relative aux droits de l'enfant	IRC	International Rescue Committee (Comité de secours international)
CDPH	Convention relative aux droits des personnes handicapées	Irish Aid	Agence du gouvernement irlandais pour le développement international
CEFD	Convention pour l'élimination de toutes les formes de violences contre les femmes	IST	Infection sexuellement transmissible
CERMI	Comité espagnol des représentants des personnes handicapées (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad)	KAIH	Association kenyane pour les handicapés intellectuels (Kenyan Association for the Intellectually Handicapped)
CESCR	Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU	LGBTQI	Lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, queer ou en questionnement, et intersexe
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement	MENA	Moyen-Orient et Afrique du Nord (Middle East and North Africa)
CNIG	Conseil national pour l'égalité des genres (Équateur)	MGF	Mutilation génitale féminine
CONADIS	Conseil national pour l'égalité des personnes handicapées (Équateur)	NGO	Organisation non gouvernementale
COVAW	Coalition on Violence against Women (Kenya)	NTPP	Partenariat national pour la grossesse chez les adolescentes (Afrique du Sud) (National Teenage Pregnancy Partnership)
DAAQ	et de qualité		
DAWN	DisAbled Women's Network (Canada)		

OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques	UE	Union européenne
ODA	Aide au développement à l'étranger (Overseas development assistance)	UKAid	Voir DFID
ODD	Objectifs de développement durable	UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)
OMS	Organisation mondiale de la santé	UNFPA (FNUAP)	Fonds des Nations Unies pour la population
ONU	Organisation des Nations Unies	UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds pour l'enfance des Nations Unies)
ONU Femmes	Entité des Nations unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	UNODC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (United Nations Office on Drugs and Crime)
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH / SIDA	UPHLS	Organisations générale de personnes handicapées dans la lutte contre le VIH / SIDA et pour la promotion de la santé (Rwanda) (Umbrella Organisations of Persons with Disabilities in the Fight against HIV/AIDS and for Health Promotion)
OPH	Organisation de personnes handicapées	USAID	Agence des États-unis pour le développement international (United States Agency for International Development)
OSC	Organisation de la société civile	VALID	The Victorian Advocacy League for People with Intellectual Disabilities (Australie)
PIDCP	Pacte international relatif aux droits civils et politiques	VBG	Violence basée sur le genre
PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels	VCFF	Violence contre les femmes et les filles
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement	VIH / SIDA	Infection par le virus de l'immunodéficience humaine et syndrome d'immunodéficience acquise
RBC	Centre biomédical rwandais (Rwanda Biomedical Centre)	WEI	Women Enabled International
RHTC	Centre de formation de santé reproductive (Moldavie) (Reproductive Health Training Centre)	WRC	Women's Refugee Commission
RIADIS	Réseau latino-américain des organisations non gouvernementales de personnes handicapées et leurs familles (Red LatinAmericana de organizaciones no gubernamentales de personas con discapacidad y sus familias)		
SSR	Santé sexuelle et reproductive		
TIC	Technologies de l'information et de la communication		

// ANNEXE 2

LISTE DES RESSOURCES

Cette annexe présente les ressources, dont les bases de données, les guides et les outils identifiés au cours de l'étude. Bien que l'équipe de recherche n'ait pas évalué de manière indépendante chaque ressource, cette liste présente des options à explorer prochainement, dans les domaines des droits à la santé sexuelle et reproductive (DSSR) et de la prévention de la violence basée sur le genre (VBG) pour les jeunes handicapés.

Action Canada pour la santé et les droits sexuels

- *Un manuel pour les prestataires de services de santé travaillant avec des clients provenant de communautés diverses.*
Extrait de : www.srhweek.ca/wp-content/uploads/2017/02/SRH2017-Handbook-EN.pdf

Banteay Srei (Cambodian Disabled People's Organisation), CBM Australia, the International Women's Development Agency, et Monash University

- *Challenging Discrimination against Women with Disabilities: A Community Toolkit.*
Extrait de : www.banteaysrei.info/wp-content/uploads/2013/03/A-Community-Training-Toolkit-EN.pdf

Baxley, DiAnn et Zendell, Anna

- *Sexuality Across the Lifespan: Sexuality Education for Children and Adolescents with Developmental Disabilities. An Instructional Manual for Educators of Individuals with Developmental Disabilities (First Edition 2005/Revised 2011).*
Extrait de : www.fddc.org/sites/default/files/file/publications/Sexuality%20Guide-Educators-English.pdf

CBM

- *Disability Inclusive Development Toolkit (Boîte à outil de développement de l'inclusion des personnes handicapées).*

Extrait de : www.cbm.org/article/downloads/54741/CBM-DID-TOOLKIT-accessible.pdf

Gender-based Violence Information Management System (GBVIMS)

- Disponible à l'adresse : www.gbvims.com

Illinois Imagines Project

- *Our Rights, Right Now: Women with Disabilities and Sexual Violence Education Guide.*
Extrait de : www.icasa.org/docs/illinois%20imagines/mini%20module%204%20education%20guide.pdf

Inter-Agency Standing Committee (Comité permanent inter-agences)

- *Directives pour l'intégration des interventions de lutte contre la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire : réduire les risques, promouvoir la résilience et aider au rétablissement. (Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing Risk, Promoting Resilience, and Aiding Recovery.)*
Extrait de : www.interagencystandingcommittee.org/system/files/2015-iasc-gender-based-violence-guidelines_lo-res.pdf

L'institut Interaméricain pour le développement inclusif et le handicap (L'Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo, iiDi) et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA)

- Decímelo a mí! (Dis-le moi!) (Informations sur la SSR en langue des signes, élaborées par des jeunes sourds d'Argentine, du Costa Rica et d'Uruguay).
Extrait de : www.decimeloami.com

International Disability Alliance

- *Boîte à outils pour l'engagement des organisations de personnes handicapées (OPH) dans le processus d'examen national volontaire. (Toolkit for Engagement of Organisations of Persons with Disabilities (DPO) in the Voluntary National Review Process.)*

Extrait de : www.internationaldisabilityalliance.org/toolkitvnr

Forum du handicap du Pacifique

- *Boîte à outils sur l'élimination de la violence contre les femmes et les filles handicapées aux Fidji. (Toolkit on Eliminating Violence against Women and Girls with Disabilities in Fiji.)*

Extrait de : www.pacificdisability.org/getattachment/Resourses/PDF-Resourses/Toolkit-on-Eliminating-Violence-Against-Women-And-Girls-With-Disabilities-In-Fiji1.pdf.aspx

Plan international

- *Protect us! (Protégez-nous !) Inclusion des enfants handicapés dans la protection de l'enfance. (Inclusion of Children with Disabilities in Child Protection.)*

Extrait de : www.plan-international.org/publications/protect-us

Programme d'éducation sexuelle (ANEP-CODICEN), Institut Interaméricain pour le développement inclusif et le handicap (iiDi), UNFPA, UNICEF

- *Es Parte de la Vida: Material de Apoyo sobre Sexual y Discapacidad para Compartir en Familia* (Espagnol uniquement. Traduction française : *Ça fait partie de la vie : documentation de soutien à l'éducation sexuelle et au handicap à partager en famille*).

Extrait de : www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/972_pdf.pdf

Source : International online resource centre on disability and inclusion (Géré par Humanity & Inclusion)

- *Handicap et sexualité.*

Extrait de : www.asksource.info/topics/social-inclusion/disability-and-sexuality

- *VIH, SIDA et handicap.*

Extrait de : www.asksource.info/topics/health-and-functional-rehabilitation/hiv-and-aids-and-disability

Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division du développement social inclusif

- *Boîte à outils sur le handicap pour l'Afrique*

Extrait de : www.un.org/development/desa/technical-cooperation/2016/11/18/toolkit-on-disability-for-africa/

Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)

- *Guide technique international sur l'éducation sexuelle : une approche factuelle.*

Extrait de : www.unfpa.org/publications/international-technical-guidance-sexuality-education

Entité des Nations unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU Femmes)

- *Base de données internationale sur la violence contre les femmes.*

Disponible à l'adresse : www.evaw-global-database.unwomen.org/en/countries

- *Ensemble de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence : Éléments de base et directives de qualité* (en partenariat avec le UNFPA, l'OMS, le Programme des Nations Unies pour le développement, et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime).
Extrait de : www.unfpa.org/essential-services-package-women-and-girls-subject-violence

Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'Homme

- *Rapporteur spécial sur les Droits des personnes handicapées*
Disponible à l'adresse : www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/SRDisabilitiesIndex.aspx
- *Comité sur les droits des personnes handicapées.*
Disponible à l'adresse : www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx

Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA)

- *Normes minimales pour la prévention et les interventions face à la violence basée sur le genre dans les situations d'urgence. (Normes minimales pour la prévention et la réponse à la violence sexiste dans les situations d'urgence.)*
Extrait de : www.unfpa.org/featured-publication/gbvie-standards
- *Les droits reproductifs sont des droits de l'Homme : Un manuel pour les institutions nationales des droits de l'homme.*
Extrait de : www.unfpa.org/publications/reproductive-rights-are-human-rights
- *Orientations opérationnelles de l'UNFPA pour l'éducation complète à la sexualité : une approche centrée sur les droits de l'Homme et l'égalité entre les sexes.*
Extrait de : www.unfpa.org/publications/international-technical-guidance-sexuality-education
- *Boîte à outils sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents pour les situations humanitaires : un compagnon du Manuel de terrain inter-agences sur la santé génésique dans les situations humanitaires. (Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings.)*
Extrait de : www.unfpa.org/publications/

[adolescent-sexual-and-reproductive-health-toolkit-humanitarian-settings](http://www.unfpa.org/publications/adolescent-sexual-and-reproductive-health-toolkit-humanitarian-settings)

Groupe de Washington des statistiques du handicap

- Disponible à l'adresse : www.washingtongroup-disability.com

Women Enabled International

- *accountABILITY Toolkit (Boîte à outils accountABILITY).*
Extrait de : www.womenenabled.org/atk.html
- *Enabling a Global Human Rights Movement for Women and Girls with Disabilities: Global Disabled Women's Rights Advocacy Report.*
Extrait de : www.womenenabled.org/mapping.html

Commission des femmes pour les réfugiés

- *Inclusion des personnes handicapées dans les programmes de protection de l'enfance et de lutte contre la violence basée sur le genre. (Disability Inclusion in Child Protection and Gender-Based Violence Programmes.)*
Extrait de : womensrefugeecommission.org/gbv/resources/1620-disability-inclusion-in-child-protection-and-gender-based-violence-programs
- *Gender-based Violence against Children and Youth with Disabilities Toolkit: A Toolkit for Child Protection Actors.*
Extrait de : www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1289-youth-disabilities-toolkit
- *Gender-based Violence against Children and Youth with Disabilities Toolkit: A Toolkit for Child Protection Actors (2016), Child- and Youth-led Participatory Assessment on Gender-based Violence and Disability.*
Extrait de : www.womensrefugeecommission.org/disabilities/resources/1322-

VBG-youth-disabilities-toolkit-participatory-assess

- *Je vois que c'est possible : Renforcement des capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes de lutte contre la violence basée sur le genre dans les contextes humanitaires.*
Extrait de : www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/945-building-capacity-for-disability-inclusion-in-gender-based-violence-gbv-programming-in-humanitarian-settings-overview
- *« Je vois que c'est possible » boîte à outils sur la violence basée sur le genre : Inclusion du handicap dans la programmation sur la violence basée sur le genre (VBG). ('I See That It Is Possible' Gender-based Violence Disability Toolkit: Disability Inclusion in Gender-based Violence (GBV) Programming.)*
Extrait de : www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/1173-gbv-disability-toolkit-all-in-one-book
- *Renforcer le rôle des femmes handicapées dans les actions humanitaires : guide de l'animateur. (Strengthening the Role of Women with Disabilities in Humanitarian Action: A Facilitator's Guide.)*
Extrait de : www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1443-humanitarian-facilitators-guide

Women with Disabilities Australia

- *Boîte à outils sur les droits de l'Homme pour les femmes et les filles handicapées, première édition. (Human Rights Toolkit for Women and Girls with Disability, First Edition.)*
Extrait de : www.wwda.org.au/wp-content/uploads/2016/10/WWDA-Human-Rights-Toolkit-Final.pdf

Banque mondiale

- *Gender Data Portal.*
Disponible à l'adresse : datatopics.worldbank.org/gender

Organisation mondiale de la santé (OMS)

- *Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health.*
Extrait de : www.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/90369/9789241506243_eng.pdf?sequence=1

Organisation mondiale de la santé (OMS) et UNFPA

- *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities: WHO/UNFPA Guidance Note.*
Extrait de : www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/srh_for_disabilities.pdf
- *Garantir les droits de l'Homme dans le cadre de la prestation de services de contraception : guide de mise en œuvre. (Ensuring Human Rights within Contraceptive Service Delivery: Implementation Guide.)*
Extrait de : www.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/158866/9789241549103_eng.pdf?sequence=1

// ANNEXE 3

UN MODÈLE POUR L'UTILISATION DE L'APPROCHE DUALE DANS LA CONCEPTION D'UNE ÉDUCATION SEXUELLE COMPLÈTE CONFORMÉMENT AU GUIDE TECHNIQUE INTERNATIONAL DE L'UNESCO SUR L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ¹

Composante 1 : basée sur les valeurs universelles fondamentales des droits de l'Homme

Le guide technique recommande que l'éducation sexuelle complète (ESC) soit utilisée non seulement pour promouvoir les droits à la santé sexuelle et reproductive (DSSR), mais également pour promouvoir l'égalité des sexes et les droits fondamentaux des femmes et des filles. À ce titre, l'ESC constitue également un instrument stratégique de promotion de l'égalité des personnes handicapées et des droits fondamentaux des jeunes handicapés. Bien que des progrès significatifs ont été réalisés ces dernières années dans la promotion des droits des personnes handicapées, les DSSR des personnes handicapées ont souvent été laissés de côté et ont reçu moins d'attention. Par exemple, de nombreux États parties à la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), ainsi que des organisations non gouvernementales (ONG) et des organisations de personnes handicapées (OPH) ont mené des campagnes de sensibilisation aux droits de l'Homme des personnes handicapées. Toutefois, nombreuses de ces campagnes soulignent des

problèmes tels que la discrimination basée sur le handicap sur le lieu de travail ou l'inaccessibilité des transports publics, bien plus qu'elles ne mettent en avant les DSSR.² Cependant, l'éducation sexuelle complète présente une occasion de tirer parti des messages des campagnes pour l'égalité et concernant les droits des personnes handicapées, en soulignant explicitement que les personnes handicapées ont les mêmes droits que les personnes non handicapées. L'avantage de l'ESC en tant que plateforme est qu'elle présente la possibilité d'initier les enfants en âge d'être scolarisés, les adolescents et les jeunes avec et sans handicaps aux idées de l'égalité de personnes handicapées et aux droits de l'Homme des personnes handicapées en même temps qu'ils apprennent l'importance du respect de leur propre sexualité et de celle des autres, de l'égalité des sexes et des droits de l'Homme.

Composante 2 : Égalité des sexes

Afin que l'ESC soit efficace et réponde aux exigences internationales, elle doit également promouvoir l'égalité des sexes dans son programme afin que les participants comprennent le rôle que jouent les normes liées genre dans la détermination de l'accès et de la jouissance des DSSR. L'intégration de l'égalité des sexes dans l'enseignement et la formation tout au long de la vie offre également une possibilité importante d'intégrer l'intersection du genre et du handicap dans le programme d'études. Le handicap exacerbe souvent les inégalités entre les sexes, ainsi il est d'autant plus important que les bénéficiaires d'ESC comprennent comment le genre s'applique aux personnes handicapées. En tant que tels, les programmes d'ESC pourraient offrir une perspective du point de vue du handicap lorsqu'ils examinent les thèmes principaux concernant le genre, tels que les normes de genre masculin / féminin, la

1 UNESCO. 2018. Guide technique international sur l'éducation sexuelle : une approche factuelle. Extrait de : <https://www.unfpa.org/publications/international-technical-guidance-sexuality-education>.

2 La campagne de sensibilisation aux droits des personnes handicapées menée par le Conseil de l'Europe constitue une exception notable qui souligne que la santé sexuelle et reproductive est l'un de ses principaux piliers, au même titre que d'autres domaines. Source : Dekoninck, K. (2017). *Sensibilisation aux droits des personnes handicapées : Contribution à la stratégie du Conseil de l'Europe sur les droits des personnes handicapées*. Extrait de <https://rm.coe.int/final-study-awareness-raising/168072b421>.

manière dont les garçons et les filles sont socialisés, l'impact des normes liées au genre sur leur vie, etc. Le fait d'inclure une perspective du point de vue du handicap dans le genre présente également une opportunité de mettre en évidence des sujets tels que les rapports sexuels protégés, les risques et la prévention du VIH. L'intégration d'une perspective du point de vue du handicap et du genre au sein de l'ESC met également en avant le fait que toutes les personnes handicapées, indépendamment de leur identité de genre ou de leur orientation sexuelle, doivent pouvoir accéder aux mêmes DSSR que les personnes non handicapées et en bénéficier. Une éducation sexuelle complète peut également sensibiliser les jeunes femmes et les jeunes hommes à une programmation transformatrice de genre. Par exemple, l'ESC peut inclure des leçons sur la lutte contre les masculinités nuisibles qui peuvent porter les jeunes hommes à croire que « agir comme un homme » signifie ne pas avoir ou exprimer des émotions, agir durement et être physiquement fort ou contrôler.

Composante 3 : des informations complètes et scientifiquement exactes

Des informations complètes et exactes sont essentielles pour que les jeunes puissent profiter pleinement de leurs DSSR. Les deux questions liés au handicap et à la sexualité sont sujettes à la désinformation. Les idées fausses et la désinformation, y compris les croyances et les pratiques peu propices aux droits de l'Homme, peuvent conduire à la stigmatisation et à l'isolement social des personnes handicapées. Par conséquent, il est particulièrement important que seules des informations précises et adaptées à l'âge soient fournies d'une manière adaptée à la culture, et que les idées fausses soient corrigées lors de discussions sur la sexualité et le handicap.

Composante 4 : un environnement d'apprentissage sûr et sain

Pour qu'une personne participe pleinement à l'ESC, celle-ci doit se dérouler dans un environnement sûr

et sain. Les personnes handicapées, particulièrement les jeunes handicapés, sont souvent la cible de harcèlement, de discrimination et même de violence de la part des enseignants et de leurs pairs. Par conséquent, il est particulièrement important que les éducateurs en ESC disposent de politiques d'inclusion des handicaps solides qui indiquent clairement qu'aucune forme de discrimination ne sera tolérée. Ceci doit inclure une formation sur la sensibilisation au handicap pour tous les enseignants, le personnel et les étudiants. Les prestataires d'éducation sexuelle complète doivent également mettre en place des politiques de suivi, incluant la capacité des participant handicapés à déposer des rapports confidentiels de discrimination et d'abus. Il est également important que l'ESC se déroule au sein d'un établissement sûr et que les participants puissent accéder à l'environnement d'apprentissage en toute sécurité depuis leur domicile. La sécurité et la salubrité de l'environnement d'apprentissage doivent s'étendre au foyer, où les participants à l'ESC peuvent retourner avec des informations et des cours. Ainsi, les programmes d'ESC doivent également sensibiliser les parents et autres soignants et membres de la famille des jeunes handicapés afin d'assurer qu'ils soient à même de participer à des cours d'ESC en dehors de leur foyer et qu'ils puissent retourner à leur domicile avec des informations et des cours sans crainte de discrimination ou de harcèlement.

Composante 5 : établir un lien avec les services de santé sexuelle et reproductive et d'autres initiatives qui traitent du genre, du handicap, de l'égalité, de l'autonomisation et de l'accès aux ressources éducatives, sociales et économiques pour les jeunes.

Les programmes d'éducation sexuelle complète doivent être liés à des programmes et initiatives complémentaires soutenant spécifiquement les DSSR et les facteurs sociaux plus vastes qui affectent l'application et la jouissance des DSSR (par exemple, des initiatives visant à créer des politiques

de santé sexuelle et reproductive adaptées aux jeunes, des campagnes de sensibilisation visant à changer normes liées au genre peu propices aux droits de l'Homme ou le plaidoyer en faveur de lois et de politiques plus réactives). Lorsqu'ils établissent des liens avec des programmes et des initiatives complémentaires, les programmes d'ESC doivent veiller à ce que ces programmes complémentaires soient axés sur le handicap et encouragent les jeunes handicapés à participer sur un pied d'égalité avec les autres. De même, les programmes d'ESC doivent être liés à des programmes et initiatives complémentaires visant spécifiquement à promouvoir les droits des personnes handicapées, dont des services de santé sexuelle et reproductive accessibles, l'inclusion des DSSR dans les lois et politiques sur le handicap, etc.

Composante 6 : des méthodes d'enseignement participatives pour la personnalisation de l'information et des compétences renforcées de communication, de prise de décision et d'esprit critique

Des méthodes d'enseignement diversifiées et interactives sont importantes pour tout sujet et le sont particulièrement pour l'ESC. Le sujet de la sexualité peut être profondément personnel, mais également intégré aux relations. Ainsi, les participants à l'éducation sexuelle complète doivent acquérir les compétences nécessaires pour être à même de réfléchir concernant leurs décisions sexuelles et être capables de communiquer efficacement avec les autres. Les programmes d'éducation sexuelle complète doivent être attentifs au fait que de nombreux jeunes handicapés peuvent avoir grandi dans des foyers surprotecteurs et peuvent ne pas avoir développé le même niveau d'autonomie concernant la prise de décision et d'auto-défense que leurs pairs. Ainsi, les programmes d'ESC doivent mettre en place des leçons ciblées afin d'assurer que les jeunes handicapés puissent pleinement développer ces compétences. Les leçons interactives qui incluent à la fois les participants avec et sans handicap sont également particulièrement utiles pour lutter contre la stigmatisation liée au handicap

en facilitant les interactions positives entre les personnes handicapées et non handicapées. Pour les jeunes handicapés avec des déficiences spécifiques qui affectent leur capacité à communiquer avec les autres, la pratique de la communication est particulièrement importante, y compris le plaidoyer en faveur des adaptations nécessaires pour leurs besoins de communication.

Composante 7 : renforcer la défense des droits des jeunes et l'engagement civique

Les programmes d'éducation sexuelle complète doivent impliquer les jeunes dans la conception de programmes et encourager la participation de ceux-ci aux activités positives de changement social, dont la sensibilisation et le plaidoyer concernant les DSSR. Les jeunes handicapés sont souvent exclus des initiatives de développement participatif et de la société civile. Par conséquent, il est particulièrement important que les jeunes handicapés soient inclus dans la conception des programmes afin d'assurer que la perspective du handicap soit incluse dans les programmes et que toutes les initiatives de plaidoyer et d'engagement civique soient axées sur le handicap. Ceci peut inclure des leçons sur la manière de planifier l'accessibilité lors d'événements publics ou d'activités bénévoles. Les programmes d'éducation sexuelle complète doivent également garantir que tous les partenaires de la société civile, tels que les organisations de jeunesse, aient des politiques d'inclusion des personnes handicapées, en particulier celles représentant les jeunes, au sein des comités consultatifs et d'autres forums de participation directe à la planification et à l'évaluation des politiques et des programmes d'ESC.

Composante 8 : Pertinence culturelle dans la lutte contre les violations des droits de l'Homme et contre l'inégalité entre les sexes

Étant donné que les attitudes et croyances liées au genre et aux handicaps sont souvent ancrées dans des normes socio-culturelles, tous les programmes d'ESC doivent être établis d'une manière qui soit

sensible aux cultures et conforme aux normes internationales. Ceux-ci doivent explicitement aborder les mythes et les idées fausses concernant le genre, les handicaps, et d'autres formes de discrimination présentes au sein du contexte local. L'implication des parties prenantes et d'autres personnes connaissant le contexte local est essentielle à la conception de programmes promouvant les droits de l'Homme, l'égalité des sexes et l'égalité des personnes handicapées, d'une manière qui soit sensible aux cultures, afin d'assurer que ces concepts soient compris, acceptés et perpétués.

Composante 9 : atteindre les secteurs formels et informels, à travers les groupes d'âge

Les programmes d'ESC efficaces impliquent les jeunes de tous âges dans divers contextes, dont les jeunes scolarisés et ceux non-scolarisés. Il est important les adolescents plus âgés et les jeunes ne soient pas les seuls à avoir accès à l'ESC, car les jeunes adolescents et les enfants peuvent tirer parti d'une ESC adaptée à leur âge. Ceci est particulièrement important car les enfants, en particulier les enfants handicapés, courent le risque d'être victime d'abus sexuels. Comme dans le cas de tous les groupes marginalisés ou exclus, les jeunes handicapés sont moins susceptibles d'être scolarisés. Il est donc important que l'ESC ne soit pas seulement enseignée dans les écoles, notamment les classes et les écoles d'éducation spécialisée, mais dans des établissements communautaires où les jeunes qui ne sont pas scolarisés peuvent être impliqués. Dans les établissements scolaires et extrascolaires, une attention particulière doit être accordée à la garantie que les établissements utilisés soient physiquement accessibles à tous et que les informations soient présentées dans plusieurs formats accessibles. Les

programmes d'éducation sexuelle complète doivent également mettre en place des stratégies afin d'identifier spécifiquement et d'inviter les jeunes handicapés socialement isolés et qui peuvent ne pas être au courant ou à l'aise pour participer à l'ESC sans encouragement et intervention spécifiques, dont la sensibilisation de leurs parents et des autres participants à l'ESC.

L'une des stratégies visant à garantir l'accès des jeunes handicapés aux programmes d'ESC et leur intégration consiste à fournir l'ESC par le biais des technologies mobiles et d'Internet. De nombreux prestataires d'ESC ont développé des sites Web ou des services de messagerie pour atteindre les populations marginalisées et exclues, telles que les jeunes non scolarisés. Internet et les technologies mobiles sont également utiles pour renforcer les messages de l'ESC et permettre aux utilisateurs de poser des questions de manière anonyme ou de demander des informations spécifiques aux professionnels de l'ESC ou aux bénévoles formés, via des salons de discussion, des messageries et d'autres forums. L'anonymat que présentent ces services en font un outil particulièrement efficace pour encourager les jeunes à poser des questions qu'ils ne sont pas à l'aise de poser devant leurs pairs ou en face à face avec un prestataire des services de santé. L'utilisation des services d'apprentissage en ligne et de messagerie a été présentée comme un moyen pour les jeunes d'accéder aux DSSR et d'obtenir des réponses dans des contextes où les normes culturelles locales entravent la mise en œuvre de l'ESC dans les écoles ou les campagnes de sensibilisations grand public, telles que des annonces à la radio ou des affiches, fournissant des informations sur l'utilisation du préservatif ou la planification familiale.³

3 UNESCO (2015). *Preuves, leçons et pratiques émergentes liées à l'éducation sexuelle complète : une analyse mondiale* (Emerging evidence, lessons, and practice in comprehensive sexuality education: A global review). Extrait de : https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/CSE_Global_Review_2015.pdf.

// ANNEXE 4

ANNEXE STATISTIQUE

TABLEAU 1 INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

PAYS ET ZONES	POPULATION (MILLIERS) 2016			TAUX DE CROISSANCE ANNUELLE DE LA POPULATION (%)		TAUX BRUT DE MORTALITÉ			TAUX BRUT DE NATALITÉ			ESPÉRANCE DE VIE			TAUX DE FÉCONDITÉ TOTAL
	Total	Moins de 18 ans	Moins de 5 ans	1990-2016	2016-2030 ^a	1970	1990	2016	1970	1990	2016	1970	1990	2016	2016
Afghanistan	34 656	17 744	5 233	4,0	2,1	28	16	7	52	49	33	37	50	64	4,6
Afrique du Sud	56 015	19 428	5 705	1,5	1,0	12	8	10	38	29	21	56	62	63	2,5
Albanie	2 926	659	177	-0,4	0,0	8	6	7	32	25	12	67	72	78	1,7
Algérie	40 606	13 495	4 699	1,7	1,3	17	6	5	47	32	23	50	67	76	2,8
Allemagne	81 915	13 103	3 557	0,1	0,0	12	12	11	14	10	9	71	75	81	1,5
Andorre	77	13	3	1,3	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	28 813	15 416	5 277	3,3	3,1	27	23	9	53	53	42	37	42	62	5,7
Anguilla	15	4	1	2,2	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua et Barbuda	101	30	8	1,6	0,9	7	7	6	31	19	16	66	71	76	2,1
Arabie Saoudite	32 276	9 641	2 966	2,6	1,4	15	5	4	47	36	20	53	69	75	2,5
Argentine	43 847	13 076	3 736	1,1	0,8	9	8	8	23	22	17	66	72	77	2,3
Arménie	2 925	685	202	-0,7	0,0	6	8	10	23	22	13	70	68	75	1,6
Australie	24 126	5 433	1 551	1,3	1,1	9	7	7	20	15	13	71	77	83	1,8
Autriche	8 712	1 489	412	0,5	0,2	13	11	10	16	11	10	70	76	82	1,5
Azerbaïdjan	9 725	2 653	891	1,1	0,7	9	9	7	32	29	18	63	65	72	2,1
Bahamas	391	97	28	1,6	0,8	6	5	6	26	24	14	66	71	76	1,8
Bahreïn	1 425	334	107	4,1	2,5	7	3	2	38	29	15	63	72	77	2,0
Bangladesh	162 952	56 869	15 236	1,6	0,9	19	10	5	48	35	19	48	58	72	2,1
Barbade	285	66	17	0,3	0,1	10	10	11	22	16	12	66	71	76	1,8
Bélarus	9 480	1 821	579	-0,3	-0,2	9	11	13	16	14	12	71	71	73	1,7

PAYS ET ZONES	POPULATION (MILLIERS) 2016			TAUX DE CROISSANCE ANNUEL DE LA POPULATION (%)		TAUX BRUT DE MORTALITÉ			TAUX BRUT DE NATALITÉ			ESPÉRANCE DE VIE			TAUX DE FÉCONDITÉ TOTAL
	Total	Moins de 18 ans	Moins de 5 ans	1990-2016	2016-2030 ^a	1970	1990	2016	1970	1990	2016	1970	1990	2016	2016
Belgique	11 358	2 309	643	0,5	0,4	12	11	10	14	12	11	71	76	81	1,8
Belize	367	141	40	2,6	1,8	8	5	5	42	36	23	66	71	70	2,5
Bénin	10 872	5 379	1 775	3,0	2,6	24	15	9	47	46	37	42	54	61	5,0
Bhoutan	798	259	70	1,5	1,0	24	13	6	49	39	18	40	53	70	2,1
Bolivie (État plurinational de)	10 888	4 150	1 189	1,8	1,4	20	13	7	42	35	23	46	55	69	2,9
Bosnie Herzégovine	3 517	628	157	-0,9	-0,2	7	8	11	24	15	9	66	71	77	1,4
Botswana	2 250	840	259	1,9	1,6	13	8	7	46	34	24	55	62	67	2,7
Brésil	207 653	56 235	14 919	1,3	0,6	10	7	6	35	25	14	59	65	76	1,7
Brunei Darussalam	423	120	34	1,9	1,0	6	4	4	37	29	16	67	73	77	1,9
Bulgarie	7 131	1 183	324	-0,8	-0,7	9	12	15	16	12	9	71	71	75	1,6
Burkina Faso	18 646	9 724	3 221	2,9	2,7	25	17	9	47	47	39	39	49	60	5,4
Burundi	10 524	5 372	1 901	2,6	2,9	21	18	11	47	50	42	44	48	57	5,7
Cabo Verde	540	200	55	1,8	1,2	14	8	6	42	40	21	54	65	73	2,3
Cambodge	15 762	5 854	1 761	2,2	1,3	20	13	6	43	42	23	42	54	69	2,6
Cameroun	23 439	11 578	3 804	2,7	2,4	19	15	10	45	45	36	46	52	58	4,7
Canada	36 290	6 999	1 929	1,0	0,8	7	7	7	17	14	11	73	77	82	1,6
Chili	17 910	4 462	1 184	1,2	0,7	10	6	6	30	22	13	62	74	80	1,8
Chine	1 403 500	295 112	85 866	0,7	0,2	11	7	7	36	22	12	59	69	76	1,6
Chypre	1 170	241	66	1,6	0,7	7	7	7	19	19	11	73	77	81	1,3
Colombie	48 653	14 055	3 712	1,3	0,6	9	6	6	38	26	15	61	68	74	1,9
Comores	796	369	119	2,5	2,1	19	12	7	46	43	33	46	57	64	4,3
Congo	5 126	2 489	824	2,9	2,5	14	12	7	43	38	35	53	56	65	4,7
Costa Rica	4 857	1 296	346	1,7	0,8	7	4	5	33	27	14	66	76	80	1,8
Côte d'Ivoire	23 696	11 689	3 861	2,5	2,4	21	14	12	52	43	37	44	52	54	4,9
Croatie	4 213	756	196	-0,5	-0,6	11	11	13	15	11	9	68	72	78	1,5
Cuba	11 476	2 260	636	0,3	0,0	7	7	8	29	17	11	70	75	80	1,7

PAYS ET ZONES	POPULATION (MILLIERS) 2016			TAUX DE CROISSANCE ANNUEL DE LA POPULATION (%)		TAUX BRUT DE MORTALITÉ			TAUX BRUT DE NATALITÉ			ESPÉRANCE DE VIE			TAUX DE FÉCONDITÉ TOTAL
	Total	Moins de 18 ans	Moins de 5 ans	1990-2016	2016-2030 ^a	1970	1990	2016	1970	1990	2016	1970	1990	2016	2016
Danemark	5 712	1 157	285	0,4	0,4	10	12	9	15	12	10	73	75	81	1,7
Djibouti	942	356	102	1,8	1,3	15	11	8	45	40	23	49	57	62	2,8
Égypte	95 689	36 997	12 876	2,0	1,6	16	8	6	42	34	26	52	65	71	3,3
El Salvador	6 345	2 153	577	0,7	0,5	13	8	7	43	31	19	55	64	74	2,1
Émirats Arabes Unis	9 270	1 498	464	6,2	1,3	7	3	2	37	26	10	62	72	77	1,7
Équateur	16 385	5 606	1 611	1,8	1,3	12	6	5	41	30	20	58	69	76	2,5
Érythrée	4 955	2 397	744	1,8	2,2	21	16	7	47	42	32	43	50	65	4,1
Espagne	46 348	8 135	2 065	0,6	0,0	9	8	9	20	10	9	72	77	83	1,4
Estonie	1 312	247	68	-0,7	-0,3	11	13	12	15	14	11	70	69	78	1,6
eSwatini	1 343	592	180	1,7	1,5	18	9	10	49	43	29	48	60	58	3,1
État de Palestine	4 791	2 231	712	3,2	2,4	13	5	3	50	46	32	56	68	73	4,0
États-Unis	322 180	73 928	19 607	0,9	0,7	10	9	8	16	16	13	71	75	79	1,9
Éthiopie	102 403	49 500	15 177	2,9	2,2	21	18	7	48	48	32	43	47	65	4,2
ex-République yougoslave de Macédoine	2 081	425	118	0,2	0,0	7	8	10	25	18	11	66	71	76	1,5
Fédération de Russie	143 965	28 642	9 561	-0,1	-0,2	9	12	13	15	14	13	69	68	71	1,8
Fidji	899	303	87	0,8	0,5	8	6	7	34	29	19	60	66	70	2,5
Finlande	5 503	1 078	297	0,4	0,3	10	10	10	14	13	11	70	75	81	1,8
France	64 721	14 080	3 842	0,5	0,3	11	9	9	17	13	12	72	77	83	2,0
Gabon	1 980	822	274	2,8	1,9	20	11	8	37	37	30	47	61	66	3,8
Gambie	2 039	1 065	360	3,1	2,8	26	14	8	50	47	39	38	52	61	5,4
Géorgie	3 925	875	271	-1,2	-0,3	9	9	13	20	17	13	67	70	73	2,0
Ghana	28 207	12 689	4 085	2,5	2,0	16	11	8	47	39	31	49	57	63	4,0
Grèce	11 184	1 937	474	0,3	-0,3	10	9	11	18	11	8	71	77	81	1,3
Grenade	107	34	10	0,4	0,3	9	9	7	28	28	19	64	69	74	2,1
Guatemala	16 582	7 047	2 023	2,2	1,8	14	9	5	45	39	25	53	62	73	3,0

PAYS ET ZONES	POPULATION (MILLIERS) 2016			TAUX DE CROISSANCE ANNUEL DE LA POPULATION (%)		TAUX BRUT DE MORTALITÉ			TAUX BRUT DE NATALITÉ			ESPÉRANCE DE VIE			TAUX DE FÉCONDITÉ TOTAL
	Total	Moins de 18 ans	Moins de 5 ans	1990-2016	2016-2030 ^a	1970	1990	2016	1970	1990	2016	1970	1990	2016	2016
Guinée	12 396	6 082	1 983	2,8	2,5	27	17	9	45	47	36	37	50	60	4,9
Guinée équatoriale	1 221	521	182	4,0	3,0	26	18	10	42	42	34	40	48	58	4,7
Guinée-Bissau	1 816	872	291	2,2	2,3	22	17	11	43	46	37	42	49	57	4,6
Guyana	773	277	76	0,2	0,5	9	8	8	36	28	21	62	63	67	2,5
Haïti	10 847	4 296	1 233	1,6	1,0	18	13	9	39	37	24	47	55	63	2,9
Honduras	9 113	3 541	951	2,3	1,4	15	7	5	48	39	22	53	67	74	2,5
Hongrie	9 753	1 694	436	-0,2	-0,4	11	14	13	15	12	9	69	69	76	1,4
Île Maurice	1 262	295	68	0,7	0,1	7	6	8	29	21	11	63	69	75	1,4
Îles Cook	17	6	2	-0,2	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iles Marshall	53	19	5	0,4	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Salomon	599	275	83	2,5	1,8	13	11	5	45	40	29	54	57	71	3,9
Îles Turques-et-Caïques	35	10	3	4,3	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	31	9	3	2,4	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	1 324 171	448 314	119 998	1,6	1,0	17	11	7	39	32	19	48	58	69	2,3
Indonésie	261 115	85 965	24 822	1,4	0,9	13	8	7	40	26	19	55	63	69	2,4
Iran (République Islamique de)	80 277	22 149	6 823	1,4	0,7	16	7	5	42	33	17	51	64	76	1,7
Iraq	37 203	17 460	5 738	2,9	2,6	12	7	5	46	38	33	58	66	70	4,4
Irlande	4 726	1 197	344	1,1	0,7	11	9	6	22	14	14	71	75	81	2,0
Islande	332	80	22	1,0	0,7	7	7	6	21	17	13	74	78	83	1,9
Israël	8 192	2 672	841	2,3	1,4	7	6	5	26	22	20	72	77	83	3,0
Italie	59 430	9 761	2 482	0,2	-0,2	10	10	10	17	10	8	72	77	83	1,5
Jamaïque	2 881	820	205	0,7	0,1	8	7	7	35	25	17	68	72	76	2,0
Japon	127 749	20 051	5 343	0,1	-0,4	7	7	11	19	10	8	72	79	84	1,5
Jordanie	9 456	3 959	1 227	3,8	1,2	10	5	4	51	35	26	60	70	74	3,4
Kazakhstan	17 988	5 566	1 997	0,3	0,9	9	9	9	26	23	21	63	67	70	2,6

PAYS ET ZONES	POPULATION (MILLIERS) 2016			TAUX DE CROISSANCE ANNUEL DE LA POPULATION (%)		TAUX BRUT DE MORTALITÉ			TAUX BRUT DE NATALITÉ			ESPÉRANCE DE VIE			TAUX DE FÉCONDITÉ TOTAL
	Total	Moins de 18 ans	Moins de 5 ans	1990-2016	2016-2030 ^a	1970	1990	2016	1970	1990	2016	1970	1990	2016	2016
Kenya	48 462	23 094	7 023	2,8	2,3	15	10	6	51	42	31	52	58	67	3,9
Kirghizistan	5 956	2 167	760	1,2	1,2	11	8	6	32	32	25	60	66	71	3,0
Kiribati	114	47	14	1,8	1,5	13	10	7	35	37	28	54	60	66	3,7
Koweït	4 053	989	316	2,5	1,3	6	3	3	48	23	16	66	72	75	2,0
La Dominique	74	22	6	0,1	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	2 204	932	286	1,2	1,2	17	10	13	43	35	28	49	59	54	3,1
Lettonie	1 971	350	97	-1,2	-0,9	11	13	15	14	14	10	70	69	75	1,5
Liban	6 007	1 743	483	3,1	-0,8	8	7	5	32	25	15	66	70	80	1,7
Libéria	4 614	2 249	715	3,0	2,4	24	18	8	49	45	34	39	47	63	4,6
Libye	6 293	2 111	627	1,3	1,1	13	5	5	51	29	20	56	69	72	2,3
Liechtenstein	38	7	2	1,0	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	2 908	519	152	-0,9	-0,5	9	11	14	17	15	11	71	71	75	1,7
Luxembourg	576	115	32	1,6	1,1	12	10	7	13	12	11	70	75	82	1,6
Madagascar	24 895	11 988	3 769	2,9	2,6	21	15	6	48	44	33	45	51	66	4,2
Malaisie	31 187	9 350	2 612	2,1	1,2	7	5	5	34	28	17	64	71	75	2,0
Malawi	18 092	9 265	2 908	2,5	2,7	25	19	7	54	49	37	41	47	63	4,6
Maldives	428	117	39	2,5	1,3	21	9	3	50	41	18	44	61	77	2,1
Mali	17 995	9 806	3 332	2,9	2,9	32	20	10	50	49	43	32	46	58	6,1
Malte	429	75	21	0,6	0,2	9	8	9	16	15	10	71	76	81	1,5
Maroc	35 277	11 491	3 508	1,3	1,1	14	7	5	43	29	20	53	65	76	2,5
Mauritanie	4 301	1 996	655	2,9	2,5	16	11	8	46	41	34	49	58	63	4,7
Mexique	127 540	41 600	11 581	1,5	1,0	10	5	5	44	29	18	61	71	77	2,2
Micronésie (États Fédérés de)	105	43	12	0,3	0,8	9	7	6	41	34	24	62	66	69	3,1
Monaco	38	7	2	1,0	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	3 027	1 017	368	1,3	1,2	15	10	6	44	32	24	55	60	69	2,8
Monténégro	629	139	36	0,1	0,0	7	7	10	22	16	11	70	75	77	1,7

PAYS ET ZONES	POPULATION (MILLIERS) 2016			TAUX DE CROISSANCE ANNUEL DE LA POPULATION (%)		TAUX BRUT DE MORTALITÉ			TAUX BRUT DE NATALITÉ			ESPÉRANCE DE VIE			TAUX DE FÉCONDITÉ TOTAL
	Total	Moins de 18 ans	Moins de 5 ans	1990-2016	2016-2030 ^a	1970	1990	2016	1970	1990	2016	1970	1990	2016	2016
Montserrat	5	2	0	-2,8	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	28 829	14 929	4 950	3,0	2,8	25	21	10	48	46	39	39	43	58	5,2
Myanmar	52 885	17 485	4 538	1,0	0,8	15	10	8	39	27	18	51	59	67	2,2
Namibie	2 480	1 076	344	2,2	1,9	15	9	7	43	38	29	52	62	64	3,4
Nauru	11	4	1	0,8	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	28 983	11 190	2 756	1,7	1,0	23	13	6	43	39	20	41	54	70	2,1
Nicaragua	6 150	2 174	597	1,5	1,0	13	7	5	46	36	20	54	64	75	2,2
Niger	20 673	11 752	4 218	3,6	3,8	28	23	10	57	56	48	36	44	60	7,2
Nigeria	185 990	93 965	31 802	2,6	2,5	23	19	12	46	44	39	41	46	53	5,5
Nioué	2	1	0	-1,4	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	5 255	1 130	306	0,8	0,9	10	11	8	17	14	12	74	77	82	1,8
Nouvelle Zélande	4 661	1 109	304	1,2	0,8	8	8	7	22	17	13	71	75	82	2,0
Oman	4 425	1 118	401	3,4	2,1	16	5	3	48	38	19	50	67	77	2,7
Ouganda	41 488	22 807	7 699	3,3	3,1	17	18	9	49	50	42	49	46	60	5,6
Ouzbékistan	31 447	10 386	3 184	1,7	1,1	10	8	6	37	35	21	62	66	71	2,3
Pakistan	193 203	79 005	24 963	2,2	1,7	15	11	7	43	40	28	53	60	66	3,5
Palaos	22	8	2	1,4	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	4 034	1 324	388	1,9	1,4	8	5	5	38	26	20	66	73	78	2,5
Papouasie Nouvelle Guinée	8 085	3 449	1 033	2,4	1,9	16	9	7	41	35	28	49	59	66	3,7
Paraguay	6 725	2 404	672	1,8	1,1	7	6	6	37	34	21	65	68	73	2,5
Pays-Bas	16 987	3 425	894	0,5	0,3	8	9	9	18	13	11	74	77	82	1,7
Pérou	31 774	10 454	3 033	1,4	1,1	14	7	6	42	30	19	53	66	75	2,4
Philippines	103 320	39 204	11 530	2,0	1,4	9	7	7	39	33	23	61	65	69	2,9
Pologne	38 224	6 785	1 819	0,0	-0,3	8	10	10	17	15	9	70	71	78	1,3
Portugal	10 372	1 764	431	0,2	-0,3	11	10	11	21	11	8	67	74	81	1,2
Qatar	2 570	417	130	6,5	1,6	5	2	2	36	22	10	68	75	78	1,9

PAYS ET ZONES	POPULATION (MILLIERS) 2016			TAUX DE CROISSANCE ANNUEL DE LA POPULATION (%)		TAUX BRUT DE MORTALITÉ			TAUX BRUT DE NATALITÉ			ESPÉRANCE DE VIE			TAUX DE FÉCONDITÉ TOTAL
	Total	Moins de 18 ans	Moins de 5 ans	1990-2016	2016-2030 ^a	1970	1990	2016	1970	1990	2016	1970	1990	2016	2016
République Arabe Syrienne	18 430	8 231	2 100	1,5	2,6	11	5	6	46	36	21	59	71	70	2,9
République centrafricaine	4 595	2 326	730	1,7	2,1	23	17	14	43	41	36	42	49	52	4,9
République de Corée	50 792	8 678	2 226	0,6	0,3	9	6	6	30	15	9	61	72	82	1,3
République de Moldova	4 060	768	218	-0,3	-0,4	10	10	11	20	19	10	65	68	72	1,2
République Démocratique du Congo	78 736	41 553	14 494	3,2	3,0	20	17	10	47	46	42	44	49	60	6,1
République démocratique populaire lao	6 758	2 674	766	1,8	1,2	18	14	7	43	43	24	46	54	67	2,7
République Dominicaine	10 649	3 750	1 060	1,5	0,9	11	6	6	42	30	20	58	68	74	2,4
République populaire démocratique de Corée	25 369	6 452	1 726	0,9	0,4	10	6	9	37	21	14	60	70	72	1,9
République Tchèque	10 611	1 881	534	0,1	-0,1	12	12	11	16	12	10	70	72	79	1,5
République Unie de Tanzanie	55 572	28 698	9 655	3,0	2,9	18	15	7	48	44	38	47	50	66	5,0
Roumanie	19 778	3 667	944	-0,7	-0,5	10	11	13	21	14	10	68	70	75	1,5
Royaume-Uni	65 789	13 785	4 000	0,5	0,5	12	11	9	15	14	12	72	76	82	1,9
Rwanda	11 918	5 593	1 740	1,9	2,1	20	32	6	50	47	31	44	34	67	3,9
Sainte Lucie	178	43	11	1,0	0,3	9	6	8	39	28	12	63	71	75	1,5
Saint-Kitts-et-Nevis	55	16	5	1,1	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Marin	33	6	1	1,2	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	1	0	0	0,2	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Vincent-et-les-Grenadines	110	32	8	0,1	0,2	9	7	7	40	25	16	65	70	73	1,9

PAYS ET ZONES	POPULATION (MILLIERS) 2016			TAUX DE CROISSANCE ANNUEL DE LA POPULATION (%)		TAUX BRUT DE MORTALITÉ			TAUX BRUT DE NATALITÉ			ESPÉRANCE DE VIE			TAUX DE FÉCONDITÉ TOTAL
	Total	Moins de 18 ans	Moins de 5 ans	1990-2016	2016-2030 ^a	1970	1990	2016	1970	1990	2016	1970	1990	2016	2016
Samoa	195	85	23	0,7	0,6	11	7	5	41	33	25	55	65	75	4,0
Sao Tomé et Príncipe	200	100	31	2,2	2,1	13	10	7	41	40	34	56	62	67	4,5
Sénégal	15 412	7 616	2 544	2,7	2,6	25	11	6	50	43	36	39	57	67	4,8
Serbie	8 820	1 780	469	-0,3	-0,4	9	10	13	19	15	11	68	71	75	1,6
Seychelles	94	24	8	1,1	0,3	9	7	8	35	23	16	66	71	74	2,3
Sierra Leone	7 396	3 638	1 141	2,1	2,0	30	26	13	49	47	35	35	37	52	4,5
Singapour	5 622	1 062	265	2,4	0,9	5	4	5	23	18	9	68	76	83	1,2
Slovaquie	5 444	996	281	0,1	-0,1	9	10	10	18	15	10	70	71	77	1,4
Slovénie	2 078	363	107	0,1	-0,1	10	10	10	17	11	10	69	73	81	1,6
Somalie	14 318	7 642	2 617	2,5	2,9	23	20	11	47	48	43	41	45	56	6,3
Soudan	39 579	18 971	5 940	2,6	2,3	15	12	7	47	42	33	52	56	64	4,5
Soudan du Sud	12 231	5 944	1 925	2,9	2,5	28	21	11	51	47	36	36	44	57	4,9
Sri Lanka	20 798	6 020	1 602	0,7	0,2	8	6	7	31	21	15	64	70	75	2,0
Suède	9 838	2 006	584	0,5	0,6	10	11	9	14	14	12	74	78	82	1,9
Suisse	8 402	1 499	434	0,9	0,7	9	9	8	16	12	10	73	78	83	1,5
Suriname	558	179	50	1,2	0,7	9	7	7	37	28	18	63	67	71	2,4
Tadjikistan	8 735	3 581	1 183	1,9	1,8	12	10	5	42	41	29	60	63	71	3,4
Tchad	14 453	7 854	2 666	3,4	2,8	23	19	13	47	51	43	41	47	53	5,9
Thaïlande	68 864	14 961	3 768	0,8	0,1	10	6	8	38	19	10	59	70	75	1,5
Timor Leste	1 269	650	206	2,0	2,1	23	16	6	43	43	35	40	48	69	5,5
Togo	7 606	3 668	1 176	2,7	2,3	19	12	9	48	42	34	47	56	60	4,5
Tokélaou	1	0	0	-0,9	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	107	46	13	0,5	0,9	7	6	6	36	31	24	65	70	73	3,6
Trinité-et-Tobago	1 365	335	95	0,4	0,0	7	8	10	27	21	14	65	68	71	1,8
Tunisie	11 403	3 205	1 052	1,3	0,8	16	6	6	41	26	18	51	69	76	2,2
Turkménistan	5 663	2 021	709	1,7	1,3	12	9	7	38	35	25	58	63	68	2,9

PAYS ET ZONES	POPULATION (MILLIERS) 2016			TAUX DE CROISSANCE ANNUEL DE LA POPULATION (%)		TAUX BRUT DE MORTALITÉ			TAUX BRUT DE NATALITÉ			ESPÉRANCE DE VIE			TAUX DE FÉCONDITÉ TOTAL
	Total	Moins de 18 ans	Moins de 5 ans	1990-2016	2016-2030 ^a	1970	1990	2016	1970	1990	2016	1970	1990	2016	2016
Turquie	79 512	24 162	6 775	1,5	0,8	15	8	6	40	26	16	52	64	76	2,1
Tuvalu	11	4	1	0,8	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ukraine	44 439	7 948	2 334	-0,6	-0,5	9	13	15	15	13	11	71	70	72	1,5
Uruguay	3 444	884	240	0,4	0,3	10	10	9	21	18	14	69	73	77	2,0
Vanuatu	270	114	34	2,4	1,9	14	8	5	42	36	26	52	63	72	3,3
Venezuela (République Bolivarienne de)	31 568	10 493	2 974	1,8	1,1	7	5	6	37	29	19	65	70	75	2,3
Vietnam	94 569	25 780	7 761	1,3	0,8	12	6	6	36	29	17	60	71	76	2,0
Yémen	27 584	12 957	4 075	3,2	2,1	25	11	6	53	52	32	41	58	65	4,0
Zambie	16 591	8 647	2 820	2,8	2,9	17	18	8	50	45	38	49	45	62	5,0
Zimbabwe	16 150	7 726	2 539	1,8	2,1	13	10	8	47	37	33	55	58	61	3,8
RÉCAPITULATIF															
Afrique de l'Est et du Sud	542 206	261 901	83 757	2,6	2,4	19	16	8	47	43	34	47	51	63	4,4
Afrique de l'Ouest et Centrale	491 947	249 631	84 220	2,8	2,6	23	17	11	47	45	39	42	49	57	5,4
Afrique Sub-Saharienne	1 034 153	511 533	167 977	2,7	2,5	21	16	9	47	44	36	45	50	60	4,8
Amérique du Nord	358 469	80 927	21 535	0,9	0,7	9	9	8	16	16	12	71	75	80	1,8
Amérique latine et les Caraïbes	633 773	193 378	53 227	1,4	0,8	10	7	6	37	27	17	60	68	76	2,1
Asie du Sud	1 765 989	619 518	169 895	1,7	1,0	17	11	7	40	33	20	48	58	69	2,5
Est de l'Asie et Pacifique	2 291 492	545 358	156 758	0,9	0,4	11	7	7	35	22	14	60	69	75	1,8
Europe de l'Est et Asie Centrale	416 914	100 514	31 087	0,2	0,2	10	11	11	21	18	15	66	68	73	1,9
Europe de l'Ouest	491 247	91 234	24 691	0,3	0,1	11	10	10	16	12	10	71	75	81	1,6

PAYS ET ZONES	POPULATION (MILLIERS) 2016			TAUX DE CROISSANCE ANNUEL DE LA POPULATION (%)		TAUX BRUT DE MORTALITÉ			TAUX BRUT DE NATALITÉ			ESPÉRANCE DE VIE			TAUX DE FÉCONDITÉ TOTAL
	Total	Moins de 18 ans	Moins de 5 ans	1990-2016	2016-2030 ^a	1970	1990	2016	1970	1990	2016	1970	1990	2016	2016
Europe et Asie Centrale	908 161	191 748	55 778	0,3	0,2	10	11	10	18	15	12	69	72	77	1,8
Moyen-Orient et Afrique du Nord	435 225	152 698	49 143	2,1	1,5	15	7	5	44	34	23	53	66	74	2,8
Pays les moins développés	979 388	454 924	142 971	2,5	2,2	21	15	8	47	42	32	44	52	64	4,1
Monde	7 427 263	2 295 160	674 314	1,3	1,0	13	9	8	33	26	19	59	65	72	2,4

Pour une liste complète des pays et zones des régions, sous-régions et catégories de pays, consultez le site data.unicef.org/regionalclassifications. Il est déconseillé de comparer des données issues d'éditions consécutives de La situation des enfants dans le monde. (The State of the World's Children)/

Remarques :

- Données non disponibles

α Basé sur des projections variables de fertilité moyenne.

x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles spécifiées dans l'en-tête de la colonne. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales, à l'exception des données de 2005-2006 provenant de l'Inde. Les estimations des années antérieures à 2000 ne sont pas indiquées.

y Les données diffèrent de la définition standard ou ne concernent qu'une partie d'un pays. Si elles se situent dans la période de référence indiquée, ces données sont incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

* Les données font référence à l'année la plus récente disponible pendant la période indiquée dans l'en-tête de la colonne.

** Exclut la Chine.

Définitions des indicateurs :

Taux brut de mortalité, nombre annuel de décès pour 1000 habitants.

Taux brut de natalité, nombre annuel de naissances pour 1000 habitants.

Espérance de vie, nombre d'années que vivraient les nouveau-nés s'ils étaient exposés aux risques de mortalité prévalant dans la section transversale de la population au moment de leur naissance.

Taux de fécondité total, nombre d'enfants qui seraient nés par femme si elle vivait jusqu'à la fin de ses années de procréation et si elle avait des enfants à chaque âge en fonction des taux de fécondité par âge.

Principales sources de données :

Population, Division de la population des Nations Unies. Taux de croissance calculés par l'UNICEF à partir des données de la Division de la population des Nations Unies.

Taux de natalité et de mortalité bruts, Division de la population des Nations Unies.

Espérance de vie, Division de la population des Nations Unies.

Taux de fécondité total, Division de la population des Nations Unies.

TABLEAU 2 INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES (SUITE)

PAYS ET ZONES	POPULATION URBANISÉE (%)			TAUX D'ALPHABÉTISATION DES JEUNES (15-24 ANS) (%)				NOMBRE PAR 100 HABITANTS				PARTICIPATION À L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE						
	TAUX DE CROISSANCE ANNUEL MOYEN DE LA POPULATION URBAINE (%)											TAUX NET DE SCOLARISATION (%)		TAUX D'ASSIDUITÉ NET (%)				
	2016	1990-2016	2016-2030 ^a	2011-2016 ^a				2016				2011-2016 ^a		2010-2016 ^a				
Afghanistan	27	5,5	3,6	62		32		66		11		62		38		48		28
Afrique du Sud	65	2,3	1,2	99		99		142		54		-		-		-		- x
Albanie	58	1,5	1,4	99		99		105		66		91		90		90	x	92
Algérie	71	3,0	1,7	96	x	92	x	117		43		-		-		82		85
Allemagne	76	0,2	0,0	-		-		115		90		-		-		-		-
Andorre	85	1,1	0,2	100		100		87		98		-		-		-		-
Angola	45	5,3	4,2	85		71		55		13		-		-		32		31
Anguilla	100	2,2	0,5	-		-		178	x	82		-		-		-		-
Antigua et Barbuda	23	0,0	0,3	-		-		194		73		78		82		-		-
Arabie Saoudite	83	2,7	1,3	99		99		158		74		76		70		-		-
Argentine	92	1,2	0,8	99		99		151		70		-		-		75		77
Arménie	63	-0,9	0,1	100		100		115		62		-		-		97		98
Australie	90	1,5	1,2	-		-		110		88		-		-		-		-
Autriche	66	0,5	0,6	-		-		166		84		-		-		-		-
Azerbaïdjan	55	1,2	1,2	100		100		106		78		85		82		-		-
Bahamas	83	1,8	1,1	-		-		92		80		-		-		-		-
Bahreïn	89	4,0	1,3	99	x	98	x	217		98		90		88		-		-
Bangladesh	35	3,8	2,7	91		94		78		18		61		75		51		60
Barbade	31	0,3	0,7	-		-		115		80		80		87		89		89
Bélarus	77	0,2	-0,2	100	x	100	x	124		71		-		-		94		97
Belgique	98	0,5	0,3	-		-		111		87		85		87		-		-
Belize	44	2,2	2,0	-		-		64		45		70		73		-		-

PAYS ET ZONES	POPULATION URBANISÉE (%)			TAUX DE CROISSANCE ANNUEL MOYEN DE LA POPULATION URBAINE (%)				TAUX D'ALPHABÉTISATION DES JEUNES (15-24 ANS) (%)				PARTICIPATION À L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE			
	2016		2016-2030 ^a	2011-2016 [*]				2016				TAUX NET DE SCOLARISATION (%)		TAUX D'ASSIDUITÉ NET (%)	
	2016	1990-2016									2011-2016 ⁺			2010-2016 ⁺	
Bénin	44	4,1	3,4	64		41		80		12		49	41	40	34
Bhoutan	39	4,8	2,3	90		84		89		42		57	67	52	54
Bolivie (État plurinational de)	69	2,8	1,9	99		99		91		40		64	66	-	-
Bosnie Herzégovine	40	-0,6	0,6	100		100		89		69		-	-	94	96
Botswana	58	2,8	1,4	92	x	96	x	159		39		46	57	-	-
Brésil	86	1,8	0,8	98		99		119		60		76	80	-	-
Brunei Darussalam	78	2,6	1,3	99		100		121		75		-	-	-	-
Bulgarie	74	-0,4	-0,5	98		98		127		60		81	78	-	-
Burkina Faso	31	5,9	4,7	57		44		84		14		27	26	19	17
Burundi	12	5,3	5,1	85		75		48		5		21	25	12	11
Cabo Verde	66	3,0	1,5	98		99		122		48		66	75	-	-
Cambodge	21	3,3	2,7	88	x	86	x	125		26		44	49	47	54
Cameroun	55	3,9	3,2	85	x	76	x	68		25		44	40	51	49
Canada	82	1,3	1,0	-		-		84		90		-	-	-	-
Chili	90	1,5	0,8	99		99		127		66		75	82	-	-
Chine	57	3,7	1,6	100	x	100	x	97		53		-	-	-	-
Chypre	67	1,6	0,8	100		100		134		76		94	95	-	-
Colombie	77	2,0	1,3	98		99		117		58		72	78	74	81
Comores	28	2,6	2,8	74		70		58		8		38	42	45	52
Congo	66	3,4	3,0	86		77		113		8		-	-	65	61
Costa Rica	78	3,6	1,6	99		99		159		66		74	76	71	73
Côte d'Ivoire	55	3,5	3,1	59		47		126		27		39	28	26	20
Croatie	59	-0,1	0,2	100		100		104		73		91	92	-	-

PAYS ET ZONES	POPULATION URBANISÉE (%)		TAUX DE CROISSANCE ANNUEL MOYEN DE LA POPULATION URBAINE (%)		TAUX D'ALPHABÉTISATION DES JEUNES (15-24 ANS) (%)			NOMBRE PAR 100 HABITANTS		PARTICIPATION À L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE					
	2016	1990-2016	2016-2030 ^a	2011-2016 ^a			2016		2011-2016 ^a		2010-2016 ^a				
Cuba	77	0,4	-0,1	100		100		35	39	91	95	-	-		
Danemark	88	0,5	0,6	-		-		123	97	89	94	-	-		
Djibouti	77	1,8	1,3	-		-		38	13	44	37	-	-		
Dominique	70	0,5	0,7	-		-		107	67	-	-	-	-		
Égypte	43	1,6	1,8	94		90		114	39	83	88	84	86		
El Salvador	67	1,9	1,0	97		98		141	29	67	72	69	73		
Émirats Arabes Unis	86	6,8	1,9	94	x	97	x	204	91	76	83	-	-		
Équateur	64	2,4	1,7	99		99		84	54	74	78	-	-		
Érythrée	23	4,3	4,4	91	x	83	x	7	1	20	19	63	y	55	
Espagne	80	1,0	0,4	100		100		110	81	-	-	-	-		
Estonie	67	-1,0	-0,3	100		100		149	87	-	-	-	-		
eSwatini	21	1,3	1,6	92	x	95	x	76	29	20	31	33	48		
État de Palestine	75	3,5	2,6	99		99		77	61	83	87	92	97		
États-Unis	82	1,3	0,9	-		-		127	76	87	90	-	-		
Éthiopie	20	4,6	4,3	63	x	47	x	51	15	35	33	21	26		
ex-République yougoslave de Macédoine	57	0,1	0,3	-		98	x	101	72	78	76	86	85		
Fédération de Russie	74	-0,1	-0,2	100	x	100	x	163	76	97	98	-	-		
Fidji	54	1,8	0,9	-		-		103	47	87	91	-	-	y	
Finlande	84	0,6	0,4	-		-		134	88	96	97	-	-		
France	80	0,8	0,7	-		-		103	86	-	-	-	-		
Gabon	87	3,4	2,2	87		89		144	48	-	-	51	59		
Gambie	60	4,8	3,6	66		56		140	19	35	41	32	32		

PAYS ET ZONES	POPULATION URBANISÉE (%)	TAUX DE CROISSANCE ANNUEL MOYEN DE LA POPULATION URBAINE (%)		TAUX D'ALPHABÉTISATION DES JEUNES (15-24 ANS) (%)				NOMBRE PAR 100 HABITANTS			PARTICIPATION À L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE							
		2016	1990-2016	2016-2030 ^a	2011-2016 [*]				2016			TAUX NET DE SCOLARISATION (%)		TAUX D'ASSIDUITÉ NET (%)				
					2011	2012	2013	2014	2015	2016	2011-2016 ⁺	2010-2016 ⁺	2010-2016 ⁺	2011-2016 ⁺	2010-2016 ⁺			
Géorgie	54	-1,0	-0,1	100		100		129		50		93		91		99	y	99
Ghana	55	4,0	2,7	88	x	83	x	139		35		50		50		33		35
Grèce	78	0,7	0,2	99		99		113		69		95		94		-		-
Grenade	36	0,7	0,4	-		-		111		56		79		82		-		- y
Guatemala	52	3,3	3,0	95		93		115		35		47		46		54		50
Guinée	38	4,0	3,5	57		37		85		10		35		24		32		26
Guinée équatoriale	40	3,6	3,0	98	x	97	x	66		24		22		24		-		-
Guinée-Bissau	50	4,5	3,2	71		50		70		4		-		-		10		9
Guyana	29	0,3	1,1	96		97		66		36		77		75		92		95
Haïti	60	4,4	2,2	74	x	70	x	61		12		-		-		19		26
Honduras	55	3,4	2,5	95		97		91		30		43		50		48		57
Hongrie	72	0,1	0,2	-		-		119		79		90		89		-		-
Île Maurice	40	0,3	0,3	98		99		144		53		82		86		-		-
Îles Cook	75	1,7	0,7	-		-		56	x	54		90		91		-		-
Iles Marshall	73	0,9	0,9	98		99		29	x	30		58		64		-		-
Îles Salomon	23	4,5	3,4	-		-		70		11		23		25		-		-
Îles Turques-et-Caïques	93	5,1	1,3	-		-		100	x	0		-		-		-		-
Îles Vierges britanniques	47	3,0	1,4	-		-		199	x	38	x	-		-		-		-
Inde	33	2,5	2,2	90		82		87		30		64		69		-		- y
Indonésie	54	3,6	1,9	100		100		149		25		74		79		85	y	89
Iran (République Islamique de)	74	2,4	1,4	98		98		100		53		90		92		-		-
Iraq	70	2,8	2,6	57		49		82		21		-		-		51		47

PAYS ET ZONES	POPULATION URBANISÉE (%)	TAUX DE CROISSANCE ANNUEL MOYEN DE LA POPULATION URBAINE (%)		TAUX D'ALPHABÉTISATION DES JEUNES (15-24 ANS) (%)				NOMBRE PAR 100 HABITANTS		PARTICIPATION À L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE					
		2016	1990-2016	2016-2030 ^a	2011-2016 ^a				2016		TAUX NET DE SCOLARISATION (%)		TAUX D'ASSIDUITÉ NET (%)		
											2011-2016 ^a	2016 ^a	2010-2016 ^a	2016 ^a	
Irlande	64	1,6	1,3	-		-		104	82	-	-	-	-		
Islande	94	1,3	0,9	-		-		118	98	96	98	-	-		
Israël	92	2,3	1,4	-		-		132	80	-	-	-	-		
Italie	69	0,4	0,3	100		100		140	61	-	-	-	-		
Jamaïque	55	1,1	0,9	-		-		116	45	68	78	92	92		
Japon	94	0,9	-0,1	-		-		130	92	-	-	-	-		
Jordanie	84	3,8	1,5	99		99		196	62	82	83	92	94		
Kazakhstan	53	0,0	1,0	100	x	100	x	150	77	-	-	99	100		
Kenya	26	4,5	4,0	87		86		81	26	-	-	38	46		
Kirghizistan	36	0,9	2,0	100	x	100	x	131	35	88	87	98	98		
Kiribati	44	2,5	1,9	-		-		51	14	68	88	-	-		
Koweït	98	2,2	2,0	99		99		147	78	81	88	-	-		
Lesotho	28	3,8	2,6	80		94		107	27	22	39	20	37		
Lettonie	67	-1,2	-0,5	100		100		131	80	-	-	-	-		
Liban	88	2,6	0,3	99	x	99	x	96	76	67	67	-	-		
Libéria	50	2,6	3,2	63	x	37	x	83	7	7	6	14	15		
Libye	79	1,7	1,4	-		-		120	20	-	-	-	-		
Liechtenstein	14	0,4	1,1	-		-		116	98	90	84	-	-	x	
Lituanie	67	-0,9	-0,2	100		100		141	74	97	96	-	-		
Luxembourg	90	1,8	1,2	-		-		148	97	83	87	-	-		
Madagascar	36	4,6	4,2	78		75		42	5	28	31	22	x	25	x
Malaisie	75	3,7	1,8	98	x	98	x	141	79	85	89	-	-		
Malawi	16	3,8	4,2	72		73		40	10	29	30	25	31		
Maldives	47	4,3	2,6	99		99		223	59	70	67	64	x	78	
Mali	41	5,0	4,7	61		39		120	11	33	28	34	26		

PAYS ET ZONES	POPULATION URBANISÉE (%)		TAUX DE CROISSANCE ANNUEL MOYEN DE LA POPULATION URBAINÉ (%)		TAUX D'ALPHABÉTISATION DES JEUNES (15-24 ANS) (%)				NOMBRE PAR 100 HABITANTS		PARTICIPATION À L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE			
	2016	1990-2016	2016-2030 ^a	2011-2016 ^a				2016		TAUX NET DE SCOLARISATION (%)		TAUX D'ASSIDUITÉ NET (%)		
				2011	2012	2013	2014	2016	2016	2011-2016 ^a	2016 ^a	2010-2016 ^a	2016 ^a	
Malte	96	0,8	0,2	98		99		125	77	96	96	-	-	
Maroc	61	2,1	1,6	95		88		121	58	62	63	-	-	
Mauritanie	60	4,2	2,9	66	x	48	x	87	18	22	21	21	20	
Mexique	80	1,9	1,2	99		99		88	60	79	82	86	89	
Micronésie (États Fédérés de)	22	-0,2	1,6	-		-		22	33	49	56	-	-	
Monaco	100	1,0	0,9	-		-		86	95	-	-	-	-	
Mongolie	73	2,1	1,7	98	x	99	x	114	22	-	-	91	95	
Monténégro	64	1,2	0,2	99		99		167	70	93	93	93	96	
Montserrat	9	-4,0	1,0	-		-		97	x 55	x	-	-	-	
Mozambique	33	3,8	3,5	80	x	57	x	66	18	17	19	15	17	
Myanmar	35	2,3	2,0	85		84		89	25	53	52	67	71	
Namibie	48	4,2	3,1	93		95		109	31	41	55	54	67	
Nauru	100	0,4	0,5	-		-		97	54	x 66	71	-	-	
Népal	19	4,7	2,9	90		80		112	20	55	53	42	46	
Nicaragua	59	2,1	1,7	85	x	89	x	122	25	-	-	-	-	
Niger	19	4,5	5,7	35		15		49	4	23	16	21	17	
Nigeria	49	4,5	3,9	76	x	58	x	82	26	-	-	50	49	
Nioué	43	-1,1	0,2	-		-		38	x 80	x	-	-	-	
Norvège	81	1,2	1,1	-		-		110	97	99	99	-	-	
Nouvelle Zélande	86	1,3	0,9	-		-		125	88	97	98	-	-	
Oman	78	4,0	1,4	99		99		159	70	81	86	-	-	
Ouganda	16	4,8	5,1	86		82		55	22	-	-	15	20	
Ouzbékistan	36	1,1	1,7	100		100		77	47	94	92	-	-	

PAYS ET ZONES	POPULATION URBANISÉE (%)	TAUX DE CROISSANCE ANNUEL MOYEN DE LA POPULATION URBAINE (%)		TAUX D'ALPHABÉTISATION DES JEUNES (15-24 ANS) (%)				NOMBRE PAR 100 HABITANTS		PARTICIPATION À L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE									
		2016	1990-2016	2016-2030 ^a	2011-2016 ^a				2016		TAUX NET DE SCOLARISATION (%)		TAUX D'ASSIDUITÉ NET (%)						
											2011-2016 ^a			2010-2016 ^a					
Pakistan	39	3,0	2,6	80		66		71		16		58		48		36		34	
Palaos	88	2,2	1,3	98		99		91	x	-		33		38		-		-	
Panama	67	2,7	1,8	98	x	97	x	172		54		71		74		78		86	
Papouasie Nouvelle Guinée	13	1,9	2,8	69	x	64	x	49		10		17		14		-		-	
Paraguay	60	2,8	1,9	98		99		105		51		58		63		-		-	
Pays-Bas	91	1,6	0,5	-		-		130		90		-		-		-		-	
Pérou	79	1,9	1,4	99		99		117		45		71		72		85		87	
Philippines	44	1,6	1,8	97		99		109		56		58		70		-		-	
Pologne	61	0,0	0,1	-		-		146		73		93		94		-		-	
Portugal	64	1,4	0,6	99		99		109		70		-		-		-		-	
Qatar	99	6,5	1,0	98		100		147		94		76		83		-		-	y
République Arabe Syrienne	58	3,0	2,6	95	x	90	x	54		32		53		52		-		-	
République centrafricaine	40	2,3	2,8	49	x	27	x	25		4		16		9		17		13	
République de Corée	83	1,0	0,5	-		-		123		93		98		97		-		-	
République de Moldova	45	-1,1	-0,2	99		100		111		71		83		82		96		97	
République Démocratique du Congo	43	4,2	3,6	91		80		39		6		-		-		39		31	
République démocratique populaire lao	40	5,6	3,3	77		67		55		22		55		57		40		44	
République Dominicaine	80	2,9	1,5	97		98		81		61		48		58		58		72	

PAYS ET ZONES	POPULATION URBANISÉE (%)			TAUX DE CROISSANCE ANNUEL MOYEN DE LA POPULATION URBAINE (%)				TAUX D'ALPHABÉTISATION DES JEUNES (15-24 ANS) (%)				PARTICIPATION À L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE			
	2016		2016-2030 ^a	2011-2016 [*]		2016		2011-2016 ⁺		2010-2016 ⁺		TAUX NET DE SCOLARISATION (%)		TAUX D'ASSIDUITÉ NET (%)	
	2016	1990-2016													
République populaire démocratique de Corée	61	1,0	0,8	100	x	100	x	14		0	x	57	57	-	-
République Tchèque	73	0,1	0,3	-		-		115		76		-	-	-	-
République Unie de Tanzanie	32	4,9	4,6	87		85		74		13		-	-	25	31
Roumanie	55	-0,2	0,1	99		99		106		60		84	83	90	y 90
Royaume-Uni	83	0,7	0,7	-		-		122		95		96	96	-	-
Rwanda	30	8,7	4,7	81		83		70		20		19	24	25	34
Sainte Lucie	19	-0,6	1,1	-		-		95		47		74	75	95	90
Saint-Kitts-et-Nevis	32	0,9	1,5	-		-		137		77		80	82	-	-
Saint Marin	94	1,2	0,3	-		-		114		50	x	91	94	-	-
Saint-Siège	100	0,2	0,0	-		-		-		-		-	-	-	-
Saint Vincent-et-les-Grenadines	51	0,9	0,7	-		-		103		56		88	89	-	-
Samoa	19	0,3	0,5	99		99		69		29		66	68	-	-
Sao Tomé et Príncipe	66	3,8	2,6	97		96		85		28		50	60	46	57
Sénégal	44	3,2	3,5	61		51		99		26		39	42	27	30
Serbie	56	0,2	-0,2	100		100		121		67		97	97	97	96
Seychelles	54	1,5	0,9	99	x	99	x	161		57		-	-	-	-
Sierra Leone	40	2,5	2,7	65		51		98		12		31	29	36	36
Singapour	100	2,5	1,0	100		100		147		81		-	-	-	-
Slovaquie	53	-0,1	0,1	-		-		128		80		-	-	-	-
Slovénie	50	0,1	0,3	-		-		115		75		95	97	-	-

PAYS ET ZONES	POPULATION URBANISÉE (%)	TAUX DE CROISSANCE ANNUEL MOYEN DE LA POPULATION URBAINE (%)		TAUX D'ALPHABÉTISATION DES JEUNES (15-24 ANS) (%)				NOMBRE PAR 100 HABITANTS				PARTICIPATION À L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE					
		1990-2016	2016-2030 ^a	2011-2016 ^a		2016		2011-2016 ^a		2010-2016 ^a							
	2016																
Somalie	40	3,4	4,0	-		-		58		2		-		-		-	
Soudan	34	3,4	3,1	69	x	63	x	69		28		-		-		31	32
Soudan du Sud	19	4,4	3,8	44	x	30	x	25	x	16	x	1		1		6	3
Sri Lanka	18	0,8	1,4	98	x	99	x	118		32		96		96		-	-
Suède	86	0,6	0,8	-		-		127		92		-		-		-	-
Suisse	74	0,9	1,1	-		-		136		89		87		87		-	-
Suriname	66	1,2	0,7	98		97		146		45		50		61		46	61
Tadjikistan	27	1,3	2,7	100	x	100	x	107		20		98		95		86	84
Tchad	23	3,6	4,0	41		22		44		5		-		-		16	11
Thaïlande	52	2,8	1,5	98		98		173		48		79		79		83	86
Timor Leste	33	3,6	3,4	80	x	79	x	125		25		39		48		30	34
Togo	40	3,9	3,4	90		78		75		11		-		-		45	40
Tokélaou	0	0	0	-		-		0	x	1	x	-		-		-	-
Tonga	24	0,6	1,5	99		100		75		40		78		84		-	-
Trinité-et-Tobago	8	0,3	-0,4	-		-		161		73		-		-		-	-
Tunisie	67	1,8	1,1	97		96		126		51		80		85		76	85
Turkménistan	50	1,9	1,7	-		-		158		18		-		-		98	98
Turquie	74	2,2	1,3	100		99		97		58		88		86		-	-
Tuvalu	61	1,9	1,5	-		-		76		46		73		77		-	-
Ukraine	70	-0,4	-0,4	100		100		133		52		91		91		98	98
Uruguay	95	0,7	0,4	99		99		149		66		68		73		75	77
Vanuatu	26	3,7	3,0	-		-		71		24		42		48		-	-

PAYS ET ZONES	POPULATION URBANISÉE (%)			TAUX DE CROISSANCE ANNUEL MOYEN DE LA POPULATION URBAINE (%)				TAUX D'ALPHABÉTISATION DES JEUNES (15-24 ANS) (%)				PARTICIPATION À L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE						
	2016		2016-2030 ^a	2011-2016 [*]				2016				TAUX NET DE SCOLARISATION (%)		TAUX D'ASSIDUITÉ NET (%)				
	2016	1990-2016									2011-2016 ⁺			2010-2016 ⁺				
Venezuela (République Bolivarienne de)	89	2,0	1,2	98		99		87		60		69		74		-		-
Vietnam	34	3,2	2,2	97	x	97	x	128		47		93		95		89		92
Yémen	35	5,1	3,4	-		-		67		25		47		34		43		34
Zambie	41	2,9	4,3	91	x	87	x	75		26		31		30		46		51
Zimbabwe	32	1,9	2,3	88		93		83		23		33		41		48		63
RÉCAPITULATIF																		
Afrique de l'Est et du Sud	31	3,7	3,5	87		85		71		21		29		30		24		29
Afrique de l'Ouest et Centrale	45	4,2	3,7	69		55		80		19		-		-		39		36
Afrique Sub-Saharienne	37	4,0	3,6	79		72		75		20		32		31		32		32
Amérique du Nord	83	1,3	0,9	-		-		123		78		87		-		-		-
Amérique latine et les Caraïbes	80	1,9	1,1	98		99		109		56		74		77		76		79
Asie du Sud	33	2,7	2,3	88		80		85		26		63		66		43		44
Est de l'Asie et Pacifique	57	3,0	1,5	99		97		109		52		71	**	76	**	81	**	84
Europe de l'Est et Asie Centrale	64	0,3	0,4	100		99		129		64		93		92		-		-
Europe de l'Ouest	76	0,6	0,4	-		-		122		83		-		-		-		-
Europe et Asie Centrale	71	0,5	0,4	-		-		125		74		93		92		-		-

PAYS ET ZONES	POPULATION URBANISÉE (%)		TAUX DE CROISSANCE ANNUEL MOYEN DE LA POPULATION URBAINE (%)		TAUX D'ALPHABÉTISATION DES JEUNES (15-24 ANS) (%)		NOMBRE PAR 100 HABITANTS		PARTICIPATION À L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE							
	2016	1990-2016	2016-2030 ^a	2011-2016 [*]	2016	2016	TAUX NET DE SCOLARISATION (%)				TAUX D'ASSIDUITÉ NET (%)					
							2011-2016 [*]	2016 [*]	2011-2016 [*]	2016 [*]	2011-2016 [*]	2016 [*]	2011-2016 [*]	2016 [*]		
Moyen-Orient et Afrique du Nord	63	2,6	1,8	91	88	112	48	74	74	72	72					
Pays les moins développés	31	4,0	3,6	80	73	68	16	41	41	33	35					
Monde	54	2,2	1,6	92	85	101	46	66	**	68	**	53	**	54	**	

Pour une liste complète des pays et zones des régions, sous-régions et catégories de pays, consultez le site data.unicef.org/regionalclassifications. Il est déconseillé de comparer des données issues d'éditions consécutives de La situation des enfants dans le monde. (The State of the World's Children)/

Remarques :

- Données non disponibles

α Basé sur des projections variables de fertilité moyenne.

- Données non disponibles

x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles spécifiées dans l'en-tête de la colonne. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales, à l'exception des données de 2005-2006 provenant de l'Inde. Les estimations pour les données des années antérieures à 2000 ne sont pas indiquées

y Les données diffèrent de la définition standard ou ne concernent qu'une partie d'un pays. Si elles se situent dans la période de référence indiquée, ces données sont incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

* Les données font référence à l'année la plus récente disponible pendant la période indiquée dans l'en-tête de la colonne.

** Exclut la Chine.

Définitions des indicateurs :

Population urbanisée, pourcentage de la population vivant en zone urbaine tel que défini selon la définition nationale utilisée lors du dernier recensement de la population.

Taux d'alphabétisation des jeunes, nombre de personnes alphabétisées âgées de 15 à 24 ans, exprimé en pourcentage de la population totale de ce groupe.

Taux net de scolarisation pour le premier cycle de l'enseignement secondaire, nombre d'enfants inscrits pour le premier cycle du secondaire ayant l'âge officiel pour celui-ci, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants en âge de fréquenter le premier cycle du secondaire. Le taux de scolarisation net pour le premier cycle de l'enseignement secondaire ne comprend pas les enfants d'un âge adapté pour celui-ci inscrits pour l'enseignement supérieur en raison des difficultés liées à la déclaration d'âge et à l'inscription à ce niveau.

Taux net d'assiduité pour le premier cycle de l'enseignement secondaire, nombre d'enfants fréquentant l'enseignement secondaire pour le premier ou le second cycle ayant l'âge officiel du premier cycle du secondaire, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants en âge de fréquenter l'enseignement secondaire du premier cycle. En raison de l'inclusion des enfants du premier cycle de l'enseignement secondaire dans l'enseignement du deuxième cycle, cet indicateur peut également être considéré comme un taux net d'assiduité ajusté pour le secondaire du premier cycle.

Toutes les données font référence à la Classification internationale type de l'éducation (CITE) pour l'enseignement primaire et secondaire du premier cycle et ne correspondent donc pas nécessairement à un système scolaire spécifique à un pays.

Principales sources de données :

Population, Division de la population des Nations Unies. Taux de croissance calculés par l'UNICEF à partir des données de la Division de la population des Nations Unies.

Alphabétisation des jeunes, Institut de statistiques de l'UNESCO (ISU).

Nombre d'inscriptions au secondaire du premier cycle et taux d'enfants non scolarisés, ISU. Estimations basées sur des données administratives provenant des Systèmes d'information de gestion de l'éducation (SIGE) nationaux et des estimations démographiques des Nations Unies.

Assiduité pour le premier cycle de l'enseignement secondaire, Enquêtes démographiques et de santé (EDS), Enquêtes à indicateurs multiples (MICS) et autres enquêtes nationales auprès des ménages.

TABLEAU 3 ADOLESCENTS

PAYS ET ZONES	POPULATION ADOLESCENTE		ADOLESCENTS ACTUELLEMENT MARIÉS / EN UNION (%) 2010-16 *				NAISSANCES AVANT L'ÂGE DE 18 ANS (%)		TAUX DE NATALITÉ CHEZ LES ADOLESCENTES		JUSTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2010-16 *			
	10-19 ANS (MILLIERS)	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE (%)												
			Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	2011-2016 *	2009-2014 *	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		
Afghanistan	8 587	25	3		17		20		90	x	71	y	78	y
Afrique du Sud	10 319	18	2	x	4	x	15	x	54	x	-		-	
Albanie	446	15	1	x	8	x	3	x	18		37	x	24	x
Algérie	5 942	15	-		3		1		12		-		55	y
Allemagne	7 795	10	-		-		-		8		-		-	
Andorre	-	-	-		-		-		5		-		-	
Angola	6 486	23	2		18		38		191		24		25	
Anguilla	-	-	-		-		-		46	x	-		-	
Antigua et Barbuda	17	17	-		-		-		67	x	-		-	
Arabie Saoudite	4 818	15	-		-		-		7	x	-		-	
Argentine	7 020	16	-		-		12		70		-		2	
Arménie	356	12	0		5		1		23		25		9	
Australie	2 897	12	-		-		-		14		-		-	
Autriche	873	10	-		-		-		8		-		-	
Azerbaïdjan	1 358	14	-		9		4		47		-		24	
Bahamas	55	14	-		-		-		40	x	-		-	
Bahreïn	158	11	-		-		-		15		-		-	
Bangladesh	32 575	20	-		44		36		83		-		29	y
Barbade	37	13	-		1		7		49	x	-		5	
Bélarus	904	10	1		7		3	x	22		3		3	
Belgique	1 253	11	-		-		-		8		-		-	
Belize	78	21	11		21		17		64		8		6	
Bénin	2 440	22	1		16		19		98		19		31	

PAYS ET ZONES	POPULATION ADOLESCENTE		ADOLESCENTS ACTUELLEMENT MARIÉS / EN UNION (%) 2010-16 *				NAISSANCES AVANT L'ÂGE DE 18 ANS (%)		TAUX DE NATALITÉ CHEZ LES ADOLESCENTES		JUSTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2010-16 *			
	10-19 ANS (MILLIERS)	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE (%)												
			Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	2011-2016 *	2009-2014 *	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		
2016	2016													
Bhoutan	148	19	-		15		15	x	28		-		70	
Bolivie (État plurinational de)	2 216	20	4	x	13	x	20	x	89	x	-		17	x
Bosnie Herzégovine	410	12	0		1		-		11		5		1	
Botswana	431	19	-		-		-		39		-		-	
Brésil	33 760	16	1		4		-		65		-		-	
Brunei Darussalam	70	16	-		-		-		17	x	-		-	
Bulgarie	620	9	-		2	y	5		43		-		-	
Burkina Faso	4 306	23	2		32		28	x	136	x	40		39	
Burundi	2 243	21	1		9		11	x	65	x	56		74	
Cabo Verde	114	21	2	x	8	x	22	x	92	x	24	x	23	x
Cambodge	3 052	19	3		16		7		57		26	y	46	y
Cameroun	5 206	22	1		20		28		128	x	45		37	
Canada	3 968	11	-		-		-		13		-		-	
Chili	2 591	14	-		-		-		50		-		-	
Chine	159 642	11	1		2		-		6		-		-	
Chypre	143	12	-		-		-		4		-		-	
Colombie	8 139	17	-		13		20		85	x	-		-	
Comores	173	22	8		16		17		71		29		43	
Congo	1 083	21	2		16		26		147		76	y	73	y
Costa Rica	759	16	2		10		13		67		-		3	
Côte d'Ivoire	5 409	23	1		21		31		125		51		51	
Croatie	447	11	-		-		-		12		-		-	

PAYS ET ZONES	POPULATION ADOLESCENTE		ADOLESCENTS ACTUELLEMENT MARIÉS / EN UNION (%) 2010-16 *				NAISSANCES AVANT L'ÂGE DE 18 ANS (%)		TAUX DE NATALITÉ CHEZ LES ADOLESCENTES		JUSTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2010-16 *			
	10-19 ANS (MILLIERS)	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE (%)												
			Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	2011-2016 *	2009-2014 *	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		
Cuba	1 336	12	7		16		6		50		5	y	4	y
Danemark	690	12	-		-		-		2		-		-	
Djibouti	196	21	1		3		-		21		-		-	
Dominique	-	-	-		-		-		47	x	-		-	
Égypte	17 041	18	-		14		7		56		-		46	y
El Salvador	1 289	20	-		16		18		63		-		10	
Émirats Arabes Unis	682	7	-		-		-		34		-		-	
Équateur	3 005	18	-		16	x	-		100	x	-		-	
Érythrée	1 085	22	1		17		19	x	-		60		51	
Espagne	4 386	9	-		-		-		9		-		-	
Estonie	122	9	-		-		-		16		-		-	
eSwatini	302	23	0		4		17		89		29		32	
État de Palestine	1 083	23	-		9		22		67		-		-	
États-Unis	42 010	13	-		-		-		27		-		-	
Éthiopie	24 772	24	1		17		22		71		33		60	
ex-République yougoslave de Macédoine	253	12	-		4		2		19		-		14	
Fédération de Russie	13 260	9	-		-		-		27		-		-	
Fidji	157	17	-		-		-		28	x	-		-	
Finlande	594	11	-		-		-		7		-		-	
France	7 723	12	-		-		-		9		-		-	
Gabon	379	19	1		14		28		115		47		58	
Gambie	467	23	0		24		19		88		42		58	

PAYS ET ZONES	POPULATION ADOLESCENTE		ADOLESCENTS ACTUELLEMENT MARIÉS / EN UNION (%) 2010-16 *				NAISSANCES AVANT L'ÂGE DE 18 ANS (%)		TAUX DE NATALITÉ CHEZ LES ADOLESCENTES		JUSTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2010-16 *			
	10-19 ANS (MILLIERS)	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE (%)	Hommes		Femmes		2011-2016 *		2009-2014 *		Hommes		Femmes	
			2016	2016										
Géorgie	450	11	-		11		6	x	40		-		5	x
Ghana	6 009	21	1		6		17		65		20		35	
Grèce	1 108	10	-		-		-		9		-		-	
Grenade	19	17	-		-		-		53	x	-		-	
Guatemala	3 787	23	6		20		20		92		12		14	
Guinée	2 786	22	1		33		40		154		63		89	
Guinée équatoriale	217	18	5		22		42		177	x	56		57	
Guinée-Bissau	395	22	0		11		28		137		37		40	
Guyana	165	21	13		13		16		97	x	14		10	
Haïti	2 285	21	2		12		13		65		22		24	
Honduras	1 990	22	5		23		22		99		18		15	
Hongrie	996	10	-		-		-		20		-		-	
Île Maurice	189	15	-		-		-		31		-		-	
Îles Cook	-	-	-		-		-		56		-		-	
Iles Marshall	-	-	5	x	21	x	21	x	85		71	x	47	x
Îles Salomon	134	22	2		11		15		62	x	60		78	
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-		-		-		29	x	-		-	
Îles Vierges britanniques	-	-	-		-		-		27	x	-		-	
Inde	250 086	19	5	x	30	x	22	x	39		47	x	45	x
Indonésie	46 188	18	-		9	y	7		47		48	y	45	
Iran (République Islamique de)	10 928	14	-		16	x	5	x	35		-		-	
Iraq	8 019	22	-		21		12		68	x	-		50	

PAYS ET ZONES	POPULATION ADOLESCENTE		ADOLESCENTS ACTUELLEMENT MARIÉS / EN UNION (%) 2010-16 *				NAISSANCES AVANT L'ÂGE DE 18 ANS (%)		TAUX DE NATALITÉ CHEZ LES ADOLESCENTES		JUSTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2010-16 *			
	10-19 ANS (MILLIERS)	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE (%)												
			Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	2011-2016 *	2009-2014 *	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		
Irlande	583	12	-	-	-	-	-	9		-	-	-	-	
Islande	43	13	-	-	-	-	-	7		-	-	-	-	
Israël	1 296	16	-	-	-	-	-	10		-	-	-	-	
Italie	5 592	9	-	-	-	-	-	6		-	-	-	-	
Jamaïque	520	18	-	3		15		72	x	-		8		
Japon	11 650	9	-	-	-	-	-	4		-	-	-	-	
Jordanie	1 918	20	-	6		4		27		-		84	y	
Kazakhstan	2 269	13	-	6		2		31	x	-		8		
Kenya	11 065	23	1	12		23		101		37		45		
Kirghizistan	991	17	-	14		4		42		-		22		
Kiribati	23	20	5	x	16	x	9	x	49		65	x	77	x
Koweït	450	11	-	-	-	-	-	8		-	-	-	-	
Lesotho	495	22	1	18		14		94		49		48		
Lettonie	181	9	-	-	-	-	-	15		-	-	-	-	
Liban	1 061	18	-	3	x	-	-	18	x	-	-	22	x,y	
Libéria	1 041	23	2	14		37		147		29		45		
Libye	1 093	17	-	-	-	-	-	4	x	-	-	-	-	
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	2		-	-	-	-	
Lituanie	307	11	-	-	-	-	-	14		-	-	-	-	
Luxembourg	65	11	-	-	-	-	-	6		-	-	-	-	
Madagascar	5 740	23	7	28		36		147	x	44		47		
Malaisie	5 513	18	5	6		-		13		-	-	-	-	
Malawi	4 262	24	3	24		31		143		24		21		
Maldives	59	14	-	5	x	1	x	14		-	-	41	x,y	
Mali	4 135	23	2	40		37		178		54		68		

PAYS ET ZONES	POPULATION ADOLESCENTE		ADOLESCENTS ACTUELLEMENT MARIÉS / EN UNION (%) 2010-16 *				NAISSANCES AVANT L'ÂGE DE 18 ANS (%)		TAUX DE NATALITÉ CHEZ LES ADOLESCENTES		JUSTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2010-16 *			
	10-19 ANS (MILLIERS)	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE (%)												
			Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	2011-2016 *	2009-2014 *	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		
2016	2016													
Malte	44	10	-	-	-	-	-	16	-	-	-	-	-	-
Maroc	5 982	17	1	11	8	x	32	x	-	64	x	-	-	-
Mauritanie	917	21	1	28	22		71		-	36		-	-	-
Mexique	23 416	18	6	15	21		84		-	6		-	-	-
Micronésie (États Fédérés de)	25	24	-	-	-		33		-	-		-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-		-		-	-		-	-	-
Mongolie	448	15	1	5	3		40		9	14		-	-	-
Monténégro	81	13	0	2	3		12		5	2		-	-	-
Montserrat	-	-	-	-	-		36		-	-		-	-	-
Mozambique	6 649	23	8	37	40		166		20	24		-	-	-
Myanmar	10 042	19	5	13	5		17	x	57	53		-	-	-
Namibie	539	22	1	5	15		78		30	28		-	-	-
Nauru	-	-	9	x	18	x	22	x	106	-	-	-	-	-
Népal	6 625	23	-	25	16		87	x	-	35		-	-	-
Nicaragua	1 207	20	-	24	x	28	x	92	-	19	x,y	-	-	-
Niger	4 704	23	3	61	48		210		41	54		-	-	-
Nigeria	41 050	22	1	29	29		123		27	33		-	-	-
Nioué	-	-	-	-	-		16		-	-		-	-	-
Norvège	633	12	-	-	-		6		-	-		-	-	-
Nouvelle Zélande	616	13	-	-	-		22		-	-		-	-	-
Oman	480	11	-	3	2		12		-	10		-	-	-
Ouganda	9 920	24	2	20	33		140		52	62		-	-	-
Ouzbékistan	5 360	17	-	5	x	2	x	26	x	63	x	63	x	x

PAYS ET ZONES	POPULATION ADOLESCENTE		ADOLESCENTS ACTUELLEMENT MARIÉS / EN UNION (%) 2010-16 *				NAISSANCES AVANT L'ÂGE DE 18 ANS (%)		TAUX DE NATALITÉ CHEZ LES ADOLESCENTES		JUSTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2010-16 *			
	10-19 ANS (MILLIERS)	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE (%)												
			Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	2011-2016 *	2009-2014 *	Hommes	Femmes				
Pakistan	38 907	20	2		14		8		48		33	y,p	53	y
Palaos	-	-	-		-		-		27		-		-	
Panama	696	17	-		14		-		89		-		9	
Papouasie Nouvelle Guinée	1 728	21	3	x	15	x	14	x	65	x	-		-	
Paraguay	1 342	20	-		11	x	-		63	x	-		-	
Pays-Bas	2 021	12	-		-		-		5		-		-	
Pérou	5 606	18	-		11		16		68		-		-	
Philippines	20 667	20	-		10		8		59		-		14	
Pologne	3 814	10	-		-		-		14		-		-	
Portugal	1 080	10	-		-		-		12		-		-	
Qatar	200	8	1		4		-		16		22		6	y
République Arabe Syrienne	4 586	25	-		10	x	9	x	75	x	-		-	
République centrafricaine	1 117	24	11		55		45	x	229		83		79	
République de Corée	5 686	11	-		-		-		2		-		-	
République de Moldova	444	11	1		10		4		25		14		13	
République Démocratique du Congo	17 401	22	1		21		27		135		69		75	
République démocratique populaire lao	1 432	21	9		25		18		94		50		56	
République Dominicaine	2 007	19	-		28		21		90		-		3	

PAYS ET ZONES	POPULATION ADOLESCENTE		ADOLESCENTS ACTUELLEMENT MARIÉS / EN UNION (%) 2010-16 *				NAISSANCES AVANT L'ÂGE DE 18 ANS (%)		TAUX DE NATALITÉ CHEZ LES ADOLESCENTES		JUSTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2010-16 *			
	10-19 ANS (MILLIERS)	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE (%)									Hommes		Femmes	
			2016	2016	Hommes	Femmes	2011-2016 *	2011-2016 *	2009-2014 *	2009-2014 *				
République populaire démocratique de Corée	3 839	15	-	-	-	-	-	1	x	-	-	-	-	-
République Tchèque	936	9	-	-	-	-	-	11		-	-	-	-	-
République Unie de Tanzanie	12 505	23	2	23	22	22	128	x	50	59				
Roumanie	2 132	11	-	-	-	-	36		-	-	-	-	-	-
Royaume-Uni	7 309	11	-	-	-	-	21		-	-	-	-	-	-
Rwanda	2 607	22	0	3	6	6	41	x	24	45				
Sainte Lucie	29	16	-	4	-	-	50	x	-	15				
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	-	-	75	x	-	-	-	-	-	-
Saint Marin	-	-	-	-	-	-	1		-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Saint Vincent-et-les-Grenadines	19	17	-	-	-	-	70		-	-	-	-	-	-
Samoa	43	22	1	8	6	6	39		28	34				
Sao Tomé et Príncipe	46	23	1	15	27	27	110	x	19	24				
Sénégal	3 380	22	0	21	18	18	80		36	57				
Serbie	1 063	12	-	4	1	1	22		-	2				
Seychelles	12	12	-	-	-	-	62		-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	1 704	23	1	19	36	36	131		32	55				
Singapour	665	12	-	-	-	-	3		-	-	-	-	-	-
Slovaquie	553	10	-	-	-	-	21		-	-	-	-	-	-

PAYS ET ZONES	POPULATION ADOLESCENTE		ADOLESCENTS ACTUELLEMENT MARIÉS / EN UNION (%) 2010-16 *				NAISSANCES AVANT L'ÂGE DE 18 ANS (%)		TAUX DE NATALITÉ CHEZ LES ADOLESCENTES		JUSTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2010-16 *			
	10-19 ANS (MILLIERS)	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE (%)												
			Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	2011-2016 *	2009-2014 *	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		
Slovénie	186	9	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
Somalie	3 333	23	-	25	x	-	-	123	x	-	-	75	x,y	-
Soudan	9 060	23	-	21	-	22	-	102	-	-	-	36	-	-
Soudan du Sud	2 767	23	-	40	-	28	x	158	x	-	-	72	-	-
Sri Lanka	3 284	16	-	9	x	4	x	24	x	-	-	54	x,y	-
Suède	1 025	10	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-
Suisse	833	10	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-
Suriname	99	18	-	12	-	-	-	66	x	-	-	19	-	-
Tadjikistan	1 710	20	-	13	-	2	-	47	-	-	-	47	-	-
Tchad	3 433	24	3	38	-	51	-	203	-	54	-	69	-	-
Thaïlande	9 207	13	7	14	-	9	-	60	-	9	-	9	-	-
Timor Leste	314	25	0	8	-	9	x	54	x	72	-	81	-	-
Togo	1 665	22	1	13	-	15	-	77	-	19	-	26	-	-
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	30	-	-	-	-	-	-
Tonga	24	23	4	5	-	2	-	30	-	29	-	27	-	-
Trinité-et-Tobago	177	13	-	6	x	-	-	36	x	-	-	10	x	-
Tunisie	1 618	14	-	1	-	1	-	7	-	-	-	27	-	-
Turkménistan	954	17	-	6	-	1	-	21	x	-	-	17	-	-
Turquie	13 335	17	-	7	-	6	-	29	-	-	-	10	-	-
Tuvalu	-	-	2	8	x	3	x	42	x	83	x	69	x	-
Ukraine	4 059	9	0	7	-	4	-	27	-	2	-	2	-	-
Uruguay	508	15	-	7	-	-	-	60	-	-	-	3	-	-
Vanuatu	54	20	4	11	-	13	-	78	-	63	-	56	-	-

PAYS ET ZONES	POPULATION ADOLESCENTE		ADOLESCENTS ACTUELLEMENT MARIÉS / EN UNION (%) 2010-16 *				NAISSANCES AVANT L'ÂGE DE 18 ANS (%)		TAUX DE NATALITÉ CHEZ LES ADOLESCENTES		JUSTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2010-16 *			
	10-19 ANS (MILLIERS)	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE (%)	Hommes		Femmes		2011-2016 *		2009-2014 *		Hommes		Femmes	
			2016	2016										
Venezuela (République Bolivarienne de)	5 655	18	-		16		24		101		-		-	
Vietnam	13 605	14	-		10		5		36		-		28	
Yémen	6 297	23	-		17		17		67		-		49	
Zambie	3 956	24	1		17		31		145		41		49	
Zimbabwe	3 557	22	1		20		22		120		49		54	
RÉCAPITULATIF														
Afrique de l'Est et du Sud	122 663	23	2		20		26		113		38		49	
Afrique de l'Ouest et Centrale	109 406	22	1		27		29		130		41		48	
Afrique Sub-Saharienne	232 069	22	2		23		28		122		39		49	
Amérique du Nord	45 978	13	-		-		-		25		-		-	
Amérique latine et les Caraïbes	109 829	17	3		11		19		74		-		-	
Asie du Sud	340 270	19	-		-		20	‡	44		-		-	
Est de l'Asie et Pacifique	297 721	13	2		6		7	**	21		43	**	34	**
Europe de l'Est et Asie Centrale	50 903	12	-		7		4		29		-		12	
Europe de l'Ouest	50 892	10	-		-		-		11		-		-	
Europe et Asie Centrale	101 795	11	-		-		-		19		-		-	

PAYS ET ZONES	POPULATION ADOLESCENTE		ADOLESCENTS ACTUELLEMENT MARIÉS / EN UNION (%) 2010-16 *				NAISSANCES AVANT L'ÂGE DE 18 ANS (%)		TAUX DE NATALITÉ CHEZ LES ADOLESCENTES		JUSTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2010-16 *			
	10-19 ANS (MILLIERS)	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE (%)												
			Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	2011-2016 *	2009-2014 *	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		
Moyen-Orient et Afrique du Nord	73 653	17	-		13		8		41		-		49	
Pays les moins développés	217 756	22	2		26		27		112		45		50	
Monde	1 201 315	16	-		16		18	‡**	50		-		35	**

Pour une liste complète des pays et zones des régions, sous-régions et catégories de pays, consultez le site data.unicef.org/regionalclassifications. Il est déconseillé de comparer des données issues d'éditions consécutives de La situation des enfants dans le monde. (The State of the World's Children)/

Remarques :

- Données non disponibles

p Basé sur de petits dénominateurs (généralement 25-49 cas non pondérés).

x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles spécifiées dans l'en-tête de la colonne. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les données des années antérieures à 2000 ne sont pas indiquées

y Les données diffèrent de la définition standard ou ne concernent qu'une partie d'un pays. Si elles se situent dans la période de référence indiquée, ces données sont incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

* Les données font référence à l'année la plus récente disponible pendant la période indiquée dans l'en-tête de la colonne.

** Exclut la Chine.

‡ Exclut l'Inde.

Les données en italique proviennent de sources différentes de celles présentées pour les mêmes indicateurs dans d'autres tableaux du rapport.

Définitions des indicateurs :

Adolescents actuellement mariés / en union, pourcentage de garçons et de filles âgés de 15 à 19 ans actuellement mariés ou en union. Cet indicateur vise à donner un aperçu de l'état matrimonial actuel des garçons et des filles de ce groupe d'âge. Cependant, il est à noter que ceux qui ne sont pas mariés au moment de l'enquête sont toujours exposés au risque de se marier avant leur sortie de l'adolescence.

Naissances avant l'âge de 18 ans, pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans. Cet indicateur standardisé à partir d'enquêtes sur la population permet de mesurer les niveaux de fécondité chez les adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans. Il convient de noter que les données sont basées sur les réponses des femmes âgées de 20 à 24 ans, pour qui le risque d'accoucher avant l'âge de 18 ans n'existe plus.

Taux de natalité chez les adolescentes, nombre de naissances pour 1000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans.

Justification de la violence conjugale chez les adolescents, pourcentage de garçons et de filles âgés de 15 à 19 ans considérant qu'un mari a le droit de frapper ou de battre sa femme pour au moins l'une des raisons spécifiées, c'est-à-dire : sa femme brûle la nourriture, sort sans le lui dire, néglige les enfants ou refuse les relations sexuelles.

Principales sources de données :

Population adolescente, Division de la population des Nations Unies.

Adolescents actuellement mariés / en union, enquêtes démographiques et de santé (EDS), enquêtes à indicateurs multiples (MICS), et autres enquêtes et recensements nationaux.

Naissances avant l'âge de 18 ans, EDS, MICS et autres enquêtes nationales.

Taux de natalité chez les adolescentes, Division de la population des Nations Unies.

Justification de la violence conjugale chez les adolescents, EDS, MICS et autres enquêtes nationales.

TABLEAU 4 ADOLESCENTS (SUITE)

PAYS ET ZONES	UTILISATION DES MÉDIAS DE MASSE CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2010-16 *				TAUX BRUT DE SCOLARISATION POUR LE PREMIER CYCLE DU SECONDAIRE		CONNAISSANCES APPROFONDIES SUR LE VIH CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2011-16 *				CONNAISSANCES APPROFONDIES SUR LE VIH / SIDA (%) FEMMES DE 15 À 24 ANS 2011-16 *					
	Hommes		Femmes		2011-2016*		Hommes		Femmes		Milieu urbain		Milieu rural		Rapport urbain / rural	
Afghanistan	70	y	52	y	67	43	4		1		2		1		2,1	
Afrique du Sud	-		-		97	88	-		-		-		-		-	
Albanie	97	x	99	x	101	89	21	x	36	x	51	x	26	x	2,0	x
Algérie	-		-		132	63	-		7		11		7		1,7	
Allemagne	-		-		101	105	-		-		-		-		-	
Andorre	-		-		-	-	-		-		-		-		-	
Angola	84		77		36	21	29		31		42		9		4,4	
Anguilla	-		-		-	-	-		-		-		-		-	
Antigua et Barbuda	-		-		117	82	55	x	40	x	-		-		-	
Arabie Saoudite	-		-		108	108	-		-		-		-		-	
Argentine	-		-		128	85	-		36		-		-		-	
Arménie	88		92		88	90	9		15		25		14		1,7	
Australie	-		-		112	186	-		-		-		-		-	
Autriche	-		-		100	100	-		-		-		-		-	
Azerbaïdjan	-		98		91	-	2	x	3	x	7	x	2	x	3,3	x
Bahamas	-		-		-	-	-		-		-		-		-	
Bahreïn	-		-		101	103	-		-		-		-		-	
Bangladesh	-		54	y	83	48	-		12		14		8		1,8	
Barbade	-		98		107	113	-		66		67		69		1,0	
Bélarus	-		-		102	119	53		51		56		57		1,0	
Belgique	-		-		185	158	-		-		-		-		-	
Belize	92		92		91	60	-		39		55		33		1,7	
Bénin	68		57		70	38	29		22		25		18		1,3	
Bhoutan	-		-		96	69	-		22	x,p	32	x	15	x	2,1	x

PAYS ET ZONES	UTILISATION DES MÉDIAS DE MASSE CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2010-16 *				TAUX BRUT DE SCOLARISATION POUR LE PREMIER CYCLE DU SECONDAIRE		TAUX BRUT DE SCOLARISATION POUR LE DEUXIÈME CYCLE DU SECONDAIRE		CONNAISSANCES APPROFONDISSES SUR LE VIH CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2011-16 *				CONNAISSANCES APPROFONDISSES SUR LE VIH / SIDA (%) FEMMES DE 15 À 24 ANS 2011-16 *			
	Hommes		Femmes		2011-2016*		Hommes		Femmes		Milieu urbain		Milieu rural		Rapport urbain / rural	
Bolivie (État plurinational de)	100	x	97	x	96	81	24	x	20	x	32	x	9	x	3,5	x
Bosnie Herzégovine	100		100		-	-	41		42		50		47		1,1	
Botswana	-		-		91	-	-		-		-		-		-	
Brésil	-		-		106	91	-		-		-		-		-	
Brunei Darussalam	-		-		105	93	-		-		-		-		-	
Bulgarie	-		-		90	108	-		-		-		-		-	
Burkina Faso	61		55		47	13	31	x	29	x	46	x	24	x	1,9	x
Burundi	83		69		54	25	50		46		61		51		1,2	
Cabo Verde	88	x	88	x	115	73	-		-		-		-		-	
Cambodge	77		74		63	-	42		33		55		33		1,7	
Cameroun	80		64		68	43	30		26		37		18		2,1	
Canada	-		-		100	119	-		-		-		-		-	
Chili	-		-		103	100	-		-		-		-		-	
Chine	-		-		99	90	-		-		-		-		-	
Chypre	-		-		100	100	-		-		-		-		-	
Colombie	-		-		106	82	-		21	x	26	x	17	x	1,5	x
Comores	79		67		66	52	21		18		24		17		1,4	
Congo	56		68		65	38	25	p	16		16		10		1,5	
Costa Rica	-		-		133	109	-		29		37		27		1,4	
Côte d'Ivoire	73		62		55	28	21		15		22		8		2,7	
Croatie	-		-		104	93	-		-		-		-		-	
Cuba	-		-		101	100	48		59		61		63		1,0	
Danemark	-		-		117	144	-		-		-		-		-	
Djibouti	-		-		53	41	-		16	x	18	x	9	x	2,0	x
Dominiq	-		-		115	81	39	x	49	x	-		-		-	

PAYS ET ZONES	UTILISATION DES MÉDIAS DE MASSE CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2010-16 *		TAUX BRUT DE SCOLARISATION POUR LE PREMIER CYCLE DU SECONDAIRE		CONNAISSANCES APPROFONDISSES SUR LE VIH CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2011-16 *				CONNAISSANCES APPROFONDISSES SUR LE VIH / SIDA (%) FEMMES DE 15 À 24 ANS 2011-16 *					
	Hommes	Femmes	2011-2016*		Hommes		Femmes		Milieu urbain		Milieu rural		Rapport urbain / rural	
Égypte	100	100	99	73	5	3			5		4		1,5	
El Salvador	-	98	99	61	25	28			37		22		1,7	
Émirats Arabes Unis	-	-	92	-	-	-			-		-		-	
Équateur	-	-	116	96	-	-			-		-		-	
Érythrée	70	54	39	23	32	x	22	x	32	x	20	x	1,7	x
Espagne	-	-	124	136	-	-			-		-		-	
Estonie	-	-	112	118	-	-			-		-		-	
eSwatini	89	86	75	52	44	45			56		47		1,2	
État de Palestine	-	-	88	66	-	5			8	x	6	x	1,3	x
États-Unis	-	-	102	93	-	-			-		-		-	
Éthiopie	38	31	43	18	32	24			38		19		2,0	
ex-République yougoslave de Macédoine	-	-	83	76	-	23	x	33	x	18	x	1,8	x	
Fédération de Russie	-	-	101	114	-	-			-		-		-	
Fidji	-	-	103	76	-	-			-		-		-	
Finlande	-	-	102	194	-	-			-		-		-	
France	-	-	108	115	-	-			-		-		-	
Gabon	95	94	-	-	35	29			32		15		2,2	
Gambie	82	70	64	-	27	22			32		18		1,8	
Géorgie	-	-	114	95	-	-			-		-		-	
Ghana	81	67	89	39	25	18			23		17		1,4	
Grèce	-	-	101	111	-	-			-		-		-	
Grenade	-	-	100	98	67	x	59	x	-		-		-	
Guatemala	95	90	72	55	18	20			30		16		1,9	
Guinée	55	53	44	31	29	20			32		16		2,0	

PAYS ET ZONES	UTILISATION DES MÉDIAS DE MASSE CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2010-16 *				TAUX BRUT DE SCOLARISATION POUR LE PREMIER CYCLE DU SECONDAIRE		CONNAISSANCES APPROFONDISSES SUR LE VIH CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2011-16 *				CONNAISSANCES APPROFONDISSES SUR LE VIH / SIDA (%) FEMMES DE 15 À 24 ANS 2011-16 *				
	Hommes		Femmes		2011-2016*		Hommes		Femmes		Milieu urbain		Milieu rural		Rapport urbain / rural
Guinée équatoriale	91		91		39	-	12		17		27		9		2,9
Guinée-Bissau	96		89		-	-	19		20		26		18		1,4
Guyana	95		96		93	83	33		48		64		47		1,4
Haïti	85		80		-	-	25		32		41		29		1,4
Honduras	98		94		74	66	33		29		42		23		1,9
Hongrie	-		-		100	110	-		-		-		-		-
Île Maurice	-		-		111	84	-		-		-		-		-
Îles Cook	-		-		96	73	-		-		-		-		-
Iles Marshall	86	x	85	x	81	67	35	x	27	x	33	x	12	x	2,7
Îles Salomon	37		28		78	29	26	x	29	x	34	x	28	x	1,2
Îles Turques-et-Caïques	-		-		-	-	-		-		-		-		-
Îles Vierges britanniques	-		-		111	80	-		-		-		-		-
Inde	88	x	72	x	88	64	35	x	19	x	33	x	14	x	2,4
Indonésie	88	y,p	91		95	76	4	p	9		14		9		1,6
Iran (République Islamique de)	-		-		99	85	-		-		-		-		-
Iraq	-		-		-	-	-		3		4		1		3,7
Irlande	-		-		111	154	-		-		-		-		-
Islande	-		-		97	133	-		-		-		-		-
Israël	-		-		104	101	-		-		-		-		-
Italie	-		-		106	101	-		-		-		-		-
Jamaïque	-		-		86	76	34		39		-		-		-
Japon	-		-		102	101	-		-		-		-		-
Jordanie	-		100	y	87	74	-		6		8		11		0,7
Kazakhstan	-		96		114	103	30		-		31		21		1,5

PAYS ET ZONES	UTILISATION DES MÉDIAS DE MASSE CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2010-16 *				TAUX BRUT DE SCOLARISATION POUR LE PREMIER CYCLE DU SECONDAIRE		CONNAISSANCES APPROFONDISSES SUR LE VIH CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2011-16 *				CONNAISSANCES APPROFONDISSES SUR LE VIH / SIDA (%) FEMMES DE 15 À 24 ANS 2011-16 *				
	Hommes		Femmes		2011-2016*		Hommes		Femmes		Milieu urbain		Milieu rural		Rapport urbain / rural
Kenya	84		75		97	-	58		52		63		52		1,2
Kirghizistan	-		100		97	81	18		-		18		21		0,9
Kiribati	58	x	57	x	105	-	46	x	41	x	45	x	43	x	1,1
Koweït	-		-		99	85	-		-		-		-		-
Lesotho	60		66		63	40	30		35		44		35		1,3
Lettonie	-		-		116	123	-		-		-		-		-
Liban	-		-		68	55	-		-		-		-		-
Libéria	59		47		44	29	19		35		40		27		1,5
Libye	-		-		-	-	-		-		-		-		-
Liechtenstein	-		-		98	139	-		-		-		-		-
Lituanie	-		-		106	114	-		-		-		-		-
Luxembourg	-		-		114	94	-		-		-		-		-
Madagascar	62		59		50	22	24		21		44		18		2,5
Malaisie	-		-		89	69	-		-		-		-		-
Malawi	50		35		53	22	43		39		47		40		1,2
Maldives	-		100	x	97	-	-		22	x	43	x	32	x	1,4
Mali	83		75		52	29	27		21		32		16		2,0
Malte	-		-		102	90	-		-		-		-		-
Maroc	-		90	x	97	55	-		-		-		-		-
Mauritanie	55	x	44	x	37	21	10		-		9		4		2,7
Mexique	-		96		116	65	-		28		33		25		1,3
Micronésie (États Fédérés de)	-		-		81	-	-		-		-		-		-
Monaco	-		-		-	-	-		-		-		-		-
Mongolie	98		98		93	90	17		18		36	x	21	x	1,7
Monténégro	-		-		95	86	35		42		47		49		1,0

PAYS ET ZONES	UTILISATION DES MÉDIAS DE MASSE CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2010-16 *				TAUX BRUT DE SCOLARISATION POUR LE PREMIER CYCLE DU SECONDAIRE		CONNAISSANCES APPROFONDISSES SUR LE VIH CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2011-16 *				CONNAISSANCES APPROFONDISSES SUR LE VIH / SIDA (%) FEMMES DE 15 À 24 ANS 2011-16 *				
	Hommes		Femmes		2011-2016*		Hommes		Femmes		Milieu urbain		Milieu rural		Rapport urbain / rural
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	73	57	39	21	28	28	39	25	1,6						
Myanmar	75	76	59	34	14	13	28	11	2,5						
Namibie	65	y	69	92	-	51	56	67	55	1,2					
Nauru	89	x	86	x	77	94	8	x	8	x	-	-	-	-	-
Népal	-	77	93	50	24	18	25	14	1,7						
Nicaragua	-	95	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niger	35	44	27	10	21	12	31	9	3,3						
Nigeria	54	50	52	60	29	22	30	20	1,4						
Nioué	-	-	119	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	-	-	100	125	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nouvelle Zélande	-	-	103	134	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oman	-	-	113	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ouganda	88	82	-	-	40	41	55	42	1,3						
Ouzbékistan	-	-	97	95	-	27	x	33	x	30	x	1,1	x		
Pakistan	59	y,p	49	y	57	35	5	p	1	-	-	-	-	-	-
Palaos	-	-	78	119	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	-	96	94	57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Papouasie Nouvelle Guinée	-	-	73	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	-	-	84	69	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pays-Bas	-	-	136	134	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	-	90	100	90	-	21	x	27	x	8	x	3,3	x		
Philippines	-	90	92	77	-	19	x	23	x	17	x	1,4	x		
Pologne	-	-	101	115	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	119	119	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PAYS ET ZONES	UTILISATION DES MEDIAS DE MASSE CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2010-16 *				TAUX BRUT DE SCOLARISATION POUR LE PREMIER CYCLE DU SECONDAIRE		CONNAISSANCES APPROFONDISSES SUR LE VIH CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2011-16 *				CONNAISSANCES APPROFONDISSES SUR LE VIH / SIDA (%) FEMMES DE 15 À 24 ANS 2011-16 *					
	Hommes		Femmes		2011-2016*		Hommes		Femmes		Milieu urbain		Milieu rural		Rapport urbain / rural	
Qatar	98		98		100	82	23		10		-		-		-	
République Arabe Syrienne	-		-		61	32	-		6	x	7	x	7	x	1,0	x
République centrafricaine	-		-		23	9	26	x	17	x	19	x	16	x	1,2	x
République de Corée	-		-		103	95	-		-		-		-		-	
République de Moldova	96		96		87	85	26		35		41		32		1,3	
République Démocratique du Congo	49		38		56	37	20		17		24		15		1,6	
République démocratique populaire lao	92		93		76	43	25		23		39		18		2,2	
République Dominicaine	-		98		86	74	39		-		49		38		1,3	
République populaire démocratique de Corée	-		-		92	95	-		7	x	11	x	4	x	2,8	x
République Tchèque	-		-		101	110	-		-		-		-		-	
République Unie de Tanzanie	61		57		43	9	42		37		52		36		1,5	
Roumanie	-		-		93	92	-		-		-		-		-	
Royaume-Uni	-		-		113	138	-		-		-		-		-	
Rwanda	78		71		42	31	60		62		74		62		1,2	
Sainte Lucie	-		99		87	82	-		58		57		63		0,9	
Saint-Kitts-et-Nevis	-		-		93	86	55	x	54	x	-		-		-	
Saint Marin	-		-		94	95	-		-		-		-		-	
Saint-Siège	-		-		-	-	-		-		-		-		-	

PAYS ET ZONES	UTILISATION DES MÉDIAS DE MASSE CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2010-16 *			TAUX BRUT DE SCOLARISATION POUR LE PREMIER CYCLE DU SECONDAIRE		TAUX BRUT DE SCOLARISATION POUR LE DEUXIÈME CYCLE DU SECONDAIRE				CONNAISSANCES APPROFONDISSES SUR LE VIH CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2011-16 *				CONNAISSANCES APPROFONDISSES SUR LE VIH / SIDA (%) FEMMES DE 15 À 24 ANS 2011-16 *			
	Hommes		Femmes		2011-2016*		Hommes		Femmes		Milieu urbain		Milieu rural		Rapport urbain / rural		
Saint Vincent-et-les-Grenadines	-	-	-	-	120	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Samoa	99	97			102	78	5	x	2	x	5	x	2	x	2,4	x	
Sao Tomé et Príncipe	97	97			110	61	42		41		43		40		1,1		
Sénégal	69	76			59	36	28		26		-		-		-		
Serbie	99	100			102	91	43	x	53	x	63	x	41	x	1,5	x	
Seychelles	-	-			112	59	-		-		-		-		-		
Sierra Leone	55	49			61	28	29		28		38		22		1,7		
Singapour	-	-			-	-	-		-		-		-		-		
Slovaquie	-	-			98	86	-		-		-		-		-		
Slovénie	-	-			100	118	-		-		-		-		-		
Somalie	-	-			-	-	-		3	x	7	x	2	x	4,1	x	
Soudan	-	-			54	35	10		-		12		7		1,9		
Soudan du Sud	-	-			18	5	-		8	x	16	x	7	x	2,3	x	
Sri Lanka	-	88	x,y		99	99	-		-		-		-		-		
Suède	-	-			115	164	-		-		-		-		-		
Suisse	-	-			106	98	-		-		-		-		-		
Suriname	-	99			101	54	-		40	x	45	x	33	x	1,4	x	
Tadjikistan	-	89			98	68	9		-		11		8		1,4		
Tchad	30	23			26	18	12		10		25		6		4,0		
Thaïlande	-	-			128	130	45		47		55		56		1,0		
Timor Leste	61	62			87	65	15	x	11	x	14	x	12	x	1,2	x	
Togo	67	63			68	36	28		23		28		19		1,5		
Tokélaou	-	-			206	-	-		-		-		-		-		
Tonga	92	95			103	56	13		10		11		13		0,8		
Trinité-et-Tobago	-	-			-	-	-		49	x	-		-		-		

PAYS ET ZONES	UTILISATION DES MÉDIAS DE MASSE CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2010-16 *				TAUX BRUT DE SCOLARISATION POUR LE PREMIER CYCLE DU SECONDAIRE		TAUX BRUT DE SCOLARISATION POUR LE DEUXIÈME CYCLE DU SECONDAIRE		CONNAISSANCES APPROFONDISSES SUR LE VIH CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2011-16 *				CONNAISSANCES APPROFONDISSES SUR LE VIH / SIDA (%) FEMMES DE 15 À 24 ANS 2011-16 *			
	Hommes		Femmes		2011-2016*		Hommes		Femmes		Milieu urbain		Milieu rural		Rapport urbain / rural	
Tunisie	-		98		103	78	-		15		22		13		1,7	
Turkménistan	-		100		73	120	-		19		7	x	4	x	2,0	x
Turquie	-		-		99	106	-		-		-		-		-	
Tuvalu	89	x	95	x	99	56	57	x	31	x	38	x	41	x	0,9	x
Ukraine	97		96		102	93	37		43		52		45		1,1	
Uruguay	-		-		110	81	-		36		34		-		-	
Vanuatu	58		58		70	34	-		14	x	23	x	13	x	1,8	x
Venezuela (République Bolivarienne de)	-		-		97	79	-		-		-		-		-	
Vietnam	-		97		97	-	-		51		54		47		1,1	
Yémen	-		85		58	39	-		2	x	4	x	1	x	6,7	x
Zambie	75		69		63	-	42		39		50		34		1,5	
Zimbabwe	57		53		68	37	41		41		56		41		1,4	
RÉCAPITULATIF																
Afrique de l'Est et du Sud	64		56		52	31	36		35		45		30		1,5	
Afrique de l'Ouest et Centrale	58		52		54	42	26		20		28		17		1,7	
Afrique Sub-Saharienne	61		54		53	37	31		27		37		23		1,6	
Amérique du Nord	-		-		102	96	-		-		-		-		-	
Amérique latine et les Caraïbes	-		-		107	81	-		-		-		-		-	
Asie du Sud	-		-		83	59	8	‡	6	‡	13	‡	7	‡	1,8	‡
Est de l'Asie et Pacifique	-		89	**	96	87	13	**	22	**	29	**	23	**	1,3	**

PAYS ET ZONES	UTILISATION DES MÉDIAS DE MASSE CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2010-16 *			TAUX BRUT DE SCOLARISATION POUR LE PREMIER CYCLE DU SECONDAIRE		CONNAISSANCES APPROFONDISSES SUR LE VIH CHEZ LES ADOLESCENTS (%) 2011-16 *			CONNAISSANCES APPROFONDISSES SUR LE VIH / SIDA (%) FEMMES DE 15 À 24 ANS 2011-16 *					
	Hommes	Femmes		2011-2016*		Hommes	Femmes		Milieu urbain		Milieu rural		Rapport urbain / rural	
Europe de l'Est et Asie Centrale	-	-		100	102	-	-		-		-		-	
Europe de l'Ouest	-	-		109	119	-	-		-		-		-	
Europe et Asie Centrale	-	-		104	112	-	-		-		-		-	
Moyen-Orient et Afrique du Nord	-	-		96	70	-	-		-		-		-	
Pays les moins développés	62	57		55	33	27	23		31		18		1,7	
Monde	-	-		86	70	-	21	**‡	30	‡**	20	‡**	1,5	‡**

Pour une liste complète des pays et zones des régions, sous-régions et catégories de pays, consultez le site data.unicef.org/regionalclassifications. Il est déconseillé de comparer des données issues d'éditions consécutives de La situation des enfants dans le monde. (The State of the World's Children)/

Remarques :

- Données non disponibles

p Basé sur de petits dénominateurs (généralement 25-49 cas non pondérés).

x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles spécifiées dans l'en-tête de la colonne. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les données des années antérieures à 2000 ne sont pas indiquées

y Les données diffèrent de la définition standard ou ne concernent qu'une partie d'un pays. Si elles se situent dans la période de référence indiquée, ces données sont incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

* Les données font référence à l'année la plus récente disponible pendant la période indiquée dans l'en-tête de la colonne.

** Exclut la Chine.

‡ Exclut l'Inde.

Les données en italique proviennent de sources différentes de celles présentées pour les mêmes indicateurs dans d'autres tableaux du rapport.

Définitions des indicateurs :

Utilisation des médias de masse chez les adolescents, pourcentage de garçons et de filles âgés de 15 à 19 ans qui utilisent au moins un des types de supports d'information suivants au moins une fois par semaine : journaux, magazines, télévision ou radio.

Taux brut de scolarisation pour le premier cycle de l'enseignement secondaire, nombre d'enfants inscrits pour le premier cycle du secondaire, quel que soit leur âge, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants en âge de fréquenter le premier cycle de l'enseignement secondaire.

Taux brut de scolarisation pour le deuxième cycle de l'enseignement secondaire, nombre d'enfants inscrits pour le deuxième cycle du secondaire, quel que soit leur âge, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants en âge de fréquenter le deuxième cycle du secondaire.

Connaissances approfondies sur le VIH chez les adolescents, pourcentage de jeunes hommes et femmes âgés de 15 à 19 ans qui identifient correctement les deux principaux moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH (utilisation de préservatifs et limitation des relations sexuelles à un partenaire fidèle et non infecté) qui savent qu'une personne d'apparence saine peut être séropositive.

Principales sources de données :

Utilisation des médias de masse chez les adolescents, EDS, MICS et autres enquêtes nationales.

Taux brut de scolarisation, Institut de statistiques de l'UNESCO (ISU).

Connaissances approfondies sur le VIH chez les adolescents, enquêtes sur les indicateurs du SIDA (AIS), EDS, MICS et autres enquêtes nationales auprès des ménages.

TABLEAU 5 FEMMES

PAYS ET ZONES	ESPÉRANCE DE VIE : FEMMES EN % D'HOMMES	TAUX D'ALPHABÉTISATION DES ADULTES : FEMMES EN % D'HOMMES		TAUX DE SCOLARISATION : FEMMES EN % D'HOMMES		DEMANDES DE PLANNING FAMILIAL SATISFAITES PAR DES MÉTHODES MODERNES (%)	
				TAUX DE SCOLARISATION BRUT PRIMAIRE	TAUX DE SCOLARISATION BRUT SECONDAIRE		
	2016	2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*	
Afghanistan	104	39		69	56	42	
Afrique du Sud	112	98		95	127	81	x
Albanie	105	98		97	94	13	x
Algérie	103	82	x	94	104	77	
Allemagne	106	-		99	94	-	
Andorre	-	100		-	-	-	
Angola	110	67		64	65	24	
Anguilla	-	-		-	-	-	
Antigua et Barbuda	107	101	x	94	102	-	
Arabie Saoudite	104	95		103	76	-	
Argentine	110	100		100	107	-	
Arménie	109	100		100	101	40	
Australie	105	-		100	95	-	
Autriche	106	-		99	95	-	
Azerbaïdjan	109	100		98	-	22	x
Bahamas	108	-		-	-	-	
Bahreïn	103	95	x	101	100	-	
Bangladesh	105	92		108	113	73	
Barbade	107	-		101	103	70	
Bélarus	116	100	x	100	99	74	
Belgique	106	-		100	114	-	
Belize	108	-		95	102	66	
Bénin	105	49		92	70	25	
Bhoutan	101	73		107	107	85	x
Bolivie (État plurinational de)	108	92		97	98	43	x
Bosnie Herzégovine	107	96		-	-	22	

PAYS ET ZONES	ESPÉRANCE DE VIE : FEMMES EN % D'HOMMES	TAUX D'ALPHABÉTISATION DES ADULTES : FEMMES EN % D'HOMMES		TAUX DE SCOLARISATION : FEMMES EN % D'HOMMES		DEMANDES DE PLANNING FAMILIAL SATISFAITES PAR DES MÉTHODES MODERNES (%)	
				TAUX DE SCOLARISATION BRUT PRIMAIRE	TAUX DE SCOLARISATION BRUT SECONDAIRE		
	2016	2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*	
Botswana	109	102	x	97	-	82	x
Brésil	110	101		97	105	90	
Brunei Darussalam	104	97		100	100	-	
Bulgarie	110	99		99	97	-	
Burkina Faso	102	59		96	92	44	
Burundi	107	78		101	91	33	
Cabo Verde	106	89		95	112	73	x
Cambodge	106	80	x	99	-	56	
Cameroun	104	83	x	90	86	40	
Canada	105	-		101	100	-	
Chili	107	100		97	101	-	
Chine	104	95	x	100	103	97	x
Chypre	106	99		100	99	-	
Colombie	110	100		97	107	84	x
Comores	105	75		93	107	28	
Congo	105	84		107	87	39	
Costa Rica	106	100		99	104	89	
Côte d'Ivoire	106	73		89	72	31	
Croatie	109	99		100	105	-	
Cuba	105	100		95	105	88	
Danemark	105	-		98	104	-	
Djibouti	105	-		91	82	-	
Dominique	-	-		98	99	-	
Égypte	106	81		100	99	80	
El Salvador	113	96		96	101	82	
Émirats Arabes Unis	103	102	x	99	-	-	
Équateur	107	98		106	104	81	
Érythrée	107	73	x	86	85	20	x

PAYS ET ZONES	ESPÉRANCE DE VIE : FEMMES EN % D'HOMMES	TAUX D'ALPHABÉTISATION DES ADULTES : FEMMES EN % D'HOMMES		TAUX DE SCOLARISATION : FEMMES EN % D'HOMMES		DEMANDES DE PLANNING FAMILIAL SATISFAITES PAR DES MÉTHODES MODERNES (%)	
				TAUX DE SCOLARISATION BRUT PRIMAIRE	TAUX DE SCOLARISATION BRUT SECONDAIRE		
	2016	2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*	
Espagne	107	99		101	100	-	
Estonie	113	100		100	99	-	
eSwatini	112	98	x	92	99	81	
État de Palestine	105	97		100	110	65	
États-Unis	106	-		100	102	83	x
Éthiopie	106	59	x	91	96	59	
ex-République yougoslave de Macédoine	105	96	x	99	97	22	
Fédération de Russie	117	100	x	101	98	72	
Fidji	109	-		99	111	-	
Finlande	107	-		100	109	-	
France	108	-		99	101	96	x
Gabon	105	94		97	-	34	
Gambie	104	65		105	-	24	
Géorgie	112	100		102	100	53	x
Ghana	103	83	x	102	97	41	
Grèce	107	98		99	94	-	
Grenade	107	-		96	100	-	
Guatemala	109	88		96	93	66	
Guinée	102	50		85	66	16	
Guinée équatoriale	105	86	x	98	-	21	
Guinée-Bissau	106	50		-	-	38	
Guyana	107	99		97	99	53	
Haïti	107	84	x	-	-	45	
Honduras	107	100		99	119	76	
Hongrie	110	-		99	100	-	
Île Maurice	110	96		102	105	41	
Îles Cook	-	-		94	108	-	

PAYS ET ZONES	ESPÉRANCE DE VIE : FEMMES EN % D'HOMMES	TAUX D'ALPHABÉTISATION DES ADULTES : FEMMES EN % D'HOMMES		TAUX DE SCOLARISATION : FEMMES EN % D'HOMMES		DEMANDES DE PLANNING FAMILIAL SATISFAITES PAR DES MÉTHODES MODERNES (%)	
				TAUX DE SCOLARISATION BRUT PRIMAIRE	TAUX DE SCOLARISATION BRUT SECONDAIRE		
	2016	2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*	
Iles Marshall	-	100		100	110	81	x
Îles Salomon	104	-		99	94	60	x
Îles Turques-et-Caïques	-	-		-	-	-	
Îles Vierges britanniques	-	-		-	-	-	
Inde	105	75		112	101	72	
Indonésie	106	96		97	100	79	
Iran (République Islamique de)	103	89		105	99	69	
Iraq	107	72		-	-	59	
Irlande	105	-		101	103	-	
Islande	104	-		99	104	-	
Israël	104	-		101	101	-	
Italie	106	99		99	98	-	
Jamaïque	107	116	x	-	107	83	x
Japon	108	-		100	100	-	
Jordanie	105	99		101	106	58	
Kazakhstan	115	100	x	102	103	80	
Kenya	108	88		99	-	75	
Kirghizistan	112	99	x	99	102	62	
Kiribati	110	-		103	-	36	x
Koweït	103	98		101	116	-	
Lesotho	109	125		97	136	76	
Lettonie	114	100		99	99	-	
Liban	105	93	x	91	99	-	
Libéria	103	44	x	90	78	37	
Libye	108	-		-	-	30	x
Liechtenstein	-	-		98	78	-	
Lituanie	115	100		100	96	-	
Luxembourg	106	-		100	102	-	

PAYS ET ZONES	ESPÉRANCE DE VIE : FEMMES EN % D'HOMMES	TAUX D'ALPHABÉTISATION DES ADULTES : FEMMES EN % D'HOMMES		TAUX DE SCOLARISATION : FEMMES EN % D'HOMMES		DEMANDES DE PLANNING FAMILIAL SATISFAITES PAR DES MÉTHODES MODERNES (%)	
				TAUX DE SCOLARISATION BRUT PRIMAIRE	TAUX DE SCOLARISATION BRUT SECONDAIRE		
	2016	2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*	
Madagascar	105	91		100	98	50	x
Malaisie	106	95	x	100	108	-	
Malawi	109	79		102	90	75	
Maldives	103	100		-	-	43	x
Mali	102	49		91	81	48	
Malte	104	103		102	107	-	
Maroc	103	74		95	85	75	
Mauritanie	105	62	x	105	93	30	
Mexique	107	98		100	107	81	
Micronésie (États Fédérés de)	103	-		100	-	-	
Monaco	-	-		-	-	-	
Mongolie	113	100	x	98	102	68	
Monténégro	106	98		98	100	34	
Montserrat	-	-		-	-	-	
Mozambique	108	54	x	92	92	28	
Myanmar	107	90		97	103	75	
Namibie	109	99		97	-	75	
Nauru	-	-		92	102	43	x
Népal	105	68		108	107	56	
Nicaragua	108	100	x	-	-	90	
Niger	103	38		86	71	35	
Nigeria	103	68	x	98	93	33	
Nioué	-	-		82	110	-	
Norvège	105	-		100	97	-	
Nouvelle Zélande	104	-		100	106	-	
Oman	106	89		103	107	19	x
Ouganda	108	78		102	91	48	
Ouzbékistan	108	100		96	98	-	
Pakistan	103	64		85	79	47	

PAYS ET ZONES	ESPÉRANCE DE VIE : FEMMES EN % D'HOMMES	TAUX D'ALPHABÉTISATION DES ADULTES : FEMMES EN % D'HOMMES		TAUX DE SCOLARISATION : FEMMES EN % D'HOMMES		DEMANDES DE PLANNING FAMILIAL SATISFAITES PAR DES MÉTHODES MODERNES (%)	
				TAUX DE SCOLARISATION BRUT PRIMAIRE	TAUX DE SCOLARISATION BRUT SECONDAIRE		
	2016	2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*	
Palaos	-	100		111	99	-	
Panama	108	99	x	97	107	76	
Papouasie Nouvelle Guinée	108	80	x	91	76	41	x
Paraguay	106	98		97	107	84	x
Pays-Bas	105	-		99	101	-	
Pérou	107	94		100	100	63	
Philippines	110	101		100	110	52	
Pologne	111	-		100	96	-	
Portugal	108	96		96	97	-	
Qatar	103	100		101	126	69	
République Arabe Syrienne	120	84	x	97	100	53	x
République centrafricaine	107	48	x	74	51	29	
République de Corée	108	-		99	99	-	
République de Moldova	113	100		99	101	60	
République Démocratique du Congo	105	75		91	62	16	
République démocratique populaire lao	105	74		96	93	61	
République Dominicaine	109	101		91	110	84	
République populaire démocratique de Corée	110	-		-	101	90	
République Tchèque	108	-		100	101	86	x
République Unie de Tanzanie	106	88		103	91	53	
Roumanie	110	99		98	99	47	x

PAYS ET ZONES	ESPÉRANCE DE VIE : FEMMES EN % D'HOMMES	TAUX D'ALPHABÉTISATION DES ADULTES : FEMMES EN % D'HOMMES		TAUX DE SCOLARISATION : FEMMES EN % D'HOMMES		DEMANDES DE PLANNING FAMILIAL SATISFAITES PAR DES MÉTHODES MODERNES (%)	
				TAUX DE SCOLARISATION BRUT PRIMAIRE	TAUX DE SCOLARISATION BRUT SECONDAIRE		
	2016	2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*	
Royaume-Uni	105	-		100	104	-	
Rwanda	107	89		101	109	66	
Sainte Lucie	107	-		-	99	72	
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-		102	105	-	
Saint Marin	-	-		99	103	-	
Saint-Siège	-	-		-	-	-	
Saint Vincent-et-les-Grenadines	106	-		98	97	-	
Samoa	109	100		100	111	39	
Sao Tomé et Príncipe	107	90		94	113	50	
Sénégal	106	64		112	98	44	
Serbie	108	99		100	101	25	
Seychelles	113	101	x	103	107	-	
Sierra Leone	102	60		101	86	38	
Singapour	105	97		-	-	-	
Slovaquie	110	-		99	101	-	
Slovénie	107	-		100	100	-	
Somalie	106	-		-	-	-	
Soudan	105	-		90	95	30	
Soudan du Sud	104	55	x	71	54	6	x
Sri Lanka	109	97	x	98	105	69	x
Suède	104	-		104	114	-	
Suisse	105	-		100	97	-	
Suriname	109	96		98	127	73	x
Tadjikistan	109	100	x	99	90	51	
Tchad	105	45		77	46	18	
Thaïlande	111	96		94	94	89	
Timor Leste	105	83	x	99	107	38	x
Togo	103	66		95	-	32	

PAYS ET ZONES	ESPÉRANCE DE VIE : FEMMES EN % D'HOMMES	TAUX D'ALPHABÉTISATION DES ADULTES : FEMMES EN % D'HOMMES		TAUX DE SCOLARISATION : FEMMES EN % D'HOMMES		DEMANDES DE PLANNING FAMILIAL SATISFAITES PAR DES MÉTHODES MODERNES (%)	
				TAUX DE SCOLARISATION BRUT PRIMAIRE	TAUX DE SCOLARISATION BRUT SECONDAIRE		
	2016	2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*	
Tokélaou	-	-		-	93	-	
Tonga	109	100		99	109	48	
Trinité-et-Tobago	110	-		-	-	55	x
Tunisie	106	84		97	105	73	
Turkménistan	111	-		98	96	76	
Turquie	109	94		99	97	60	
Tuvalu	-	-		101	128	41	x
Ukraine	115	100		102	98	68	
Uruguay	110	101		98	111	-	
Vanuatu	106	-		98	106	51	
Venezuela (République Bolivarienne de)	112	100		97	108	-	
Vietnam	113	95	x	99	-	70	
Yémen	105	-		84	69	47	
Zambie	108	88	x	101	-	64	
Zimbabwe	106	99		98	98	85	
RÉCAPITULATIF							
Afrique de l'Est et du Sud	107	88		94	94	61	
Afrique de l'Ouest et Centrale	104	-		95	81	35	
Afrique Sub-Saharienne	106	78		95	87	50	
Amérique du Nord	106	-		100	102	86	
Amérique latine et les Caraïbes	109	99		98	105	83	
Asie du Sud	104	75		107	99	71	
Est de l'Asie et Pacifique	106	-		99	102	89	
Europe de l'Est et Asie Centrale	113	98		100	98	68	

PAYS ET ZONES	ESPÉRANCE DE VIE : FEMMES EN % D'HOMMES	TAUX D'ALPHABÉTISATION DES ADULTES : FEMMES EN % D'HOMMES	TAUX DE SCOLARISATION : FEMMES EN % D'HOMMES		DEMANDES DE PLANNING FAMILIAL SATISFAITES PAR DES MÉTHODES MODERNES (%)		
			TAUX DE SCOLARISATION BRUT PRIMAIRE	TAUX DE SCOLARISATION BRUT SECONDAIRE			
	2016	2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*	
Europe de l'Ouest	107	-		100	100	82	
Europe et Asie Centrale	109	-		100	99	75	
Moyen-Orient et Afrique du Nord	105	84		98	95	71	
Pays les moins développés	105	77		94	89	58	
Monde	106	85		100	98	78	

Pour une liste complète des pays et zones des régions, sous-régions et catégories de pays, consultez le site data.unicef.org/regionalclassifications. Il est déconseillé de comparer des données issues d'éditions consécutives de La situation des enfants dans le monde. (The State of the World's Children)

Remarques :

- Données non disponibles

x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles spécifiées dans l'en-tête de la colonne. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations des années antérieures à 2000 ne sont pas indiquées.

+ La méthode de recueil de données pour cet indicateur varie selon les enquêtes et peut affecter la comparabilité des estimations de couverture. Pour des explications détaillées, voir la remarque générale sur les données dans le rapport sur l'état des enfants dans le monde 2017 (The State of the World's Children).

† Les données sur la mortalité maternelle dans la colonne intitulée « déclaré » se rapportent aux données déclarées par les autorités nationales. Les données figurant dans la colonne intitulée « ajusté » se rapportent aux estimations de la mortalité maternelle interinstitutions des Nations Unies pour 2015. Périodiquement, le Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle (OMS, UNICEF, UNFPA, la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies) établit des ensembles de données sur la mortalité maternelle comparables à l'échelle des décès maternels, dont des estimations pour les pays sans données. Veuillez noter qu'en raison de l'évolution de la méthodologie, ces valeurs ne sont pas comparables avec les valeurs ajustées précédemment rapportées pour le taux de mortalité maternelle. Des séries chronologiques comparables sur les taux de mortalité maternelle pour les années 1990, 1995, 2000, 2005 et 2015 sont disponibles à l'adresse <<http://data.unicef.org/maternal-health/maternal-mortality.html>>.

* Les données font référence à l'année la plus récente disponible pendant la période indiquée dans l'en-tête de la colonne.

** Exclut la Chine.

‡ Exclut l'Inde.

Définitions des indicateurs :

Espérance de vie, nombre d'années que vivraient les nouveau-nés s'ils étaient exposés aux risques de mortalité prévalant dans la section transversale de la population au moment de leur naissance.

Taux d'alphabétisation des adultes, pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus pouvant lire et écrire tout en étant capable de comprendre, un énoncé court et simple sur sa vie quotidienne.

Taux brut de scolarisation primaire (TBS), nombre total d'inscriptions à l'école primaire, quel que soit l'âge, exprimé en pourcentage de la population officielle en âge d'aller à l'école primaire.

Taux brut de scolarisation secondaire (TBS), nombre total d'inscriptions à l'école secondaire, quel que soit l'âge, exprimé en pourcentage de la population officielle en âge d'aller à l'école secondaire.

Taux de survie en dernière année de l'enseignement primaire, pourcentage des enfants entrant en première année de l'enseignement primaire parvenant à atteindre la dernière année (données administratives).

Demandes de planification familiale satisfaites par des méthodes modernes, pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49 ans) qui ont besoin de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes.

Principales sources de données :

Espérance de vie, Division de la population des Nations Unies.

Alphabétisation des adultes, Institut de statistiques de l'UNESCO (ISU).

Scolarisation primaire et secondaire, ISU.

Taux de survie en dernière année de l'enseignement primaire, ISU.

Demandes de planification familiale satisfaites par des méthodes modernes, Base de données mondiale sur les ODD fondée sur les enquêtes démographiques et de santé (EDS), les enquêtes à indicateurs multiples (MICS), les enquêtes sur la santé reproductive, les enquêtes nationales sur la santé.

TABLEAU 6 FEMMES (SUITE)

PAYS ET ZONES	SOINS PRÉNATALS (%)				SOINS À L'ACCOUCHEMENT (%)				BILAN DE SANTÉ POSTNATALE (%) +				TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE					
	AU MOINS UNE VISITE		AU MOINS QUATRE VISITES		ACCOUCHEUR QUALIFIÉ		ACCOUCHEMENT EN MILIEU INSTITUTIONNEL		CÉSARIENNE		POUR LES NOUVEAUNÉS		POUR LES MÈRES		DÉCLARÉ		AJUSTÉ	RISQUE DE DÉCÈS MATERNEL A VIE (1 SUR :)
	2011-2016*		2011-2016*		2013-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2015		2015	
Afghanistan	59		18		51		48		3		9		40		1300		396	52
Afrique du Sud	94		76		97		96		26		-		84		580		138	300
Albanie	97	x	67	x	99	x	97	x	19	x	1	x	83	x	6		29	1900
Algérie	93		67		97		97		16		-		-		-		140	240
Allemagne	100	x	99		-		99		29	x	-		-		-		6	11 700
Andorre	-		-		-		-		-		-		-		-		-	-
Angola	82		61		50		46		4		21		23		-		477	32
Anguilla	-		-		-		-		-		-		-		-		-	-
Antigua et Barbuda	100	x	100		100		-		-		-		-		0	x	-	-
Arabie Saoudite	97	x	-		98		-		-		-		-		14		12	3 100
Argentine	98		90		100		99		29		-		-		39		52	790
Arménie	100		96		100		99		18		98		97		17		25	2 300
Australie	98	x	92	x	-		99		31	x	-		-		-		6	8 700
Autriche	-		-		99		99		24	x	-		-		-		4	18 200
Azerbaïdjan	92		66		100		93		20		3	x	83		14		25	1 600
Bahamas	98	x	85		98		-		-		-		-		37		80	660
Bahreïn	100	x	100		100		98	x	-		-		-		17	x	15	3 000
Bangladesh	64		31		42		37		23		32		36		180		176	240
Barbade	93		88		99		100		21		98		97		52		27	2 100
Bélarus	100		100		100		100		25		100		100		0		4	13 800
Belgique	-		-		-		-		18	x	-		-		-		7	8 000
Belize	97		93		97		96		34		96		96		45		28	1 300

PAYS ET ZONES	SOINS PRÉNATALS (%)			SOINS À L'ACCOUCHEMENT (%)				BILAN DE SANTÉ POSTNATALE (%) +			TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE							
	AU MOINS UNE VISITE		AU MOINS QUATRE VISITES		ACCOUCHEUR QUALIFIÉ		ACCOUCHEMENT EN MILIEU INSTITUTIONNEL		CÉSARIENNE		POUR LES NOUVEAUX-NÉS		POUR LES MÈRES		DÉCLARÉ	AJUSTÉ	RISQUE DE DÉCÈS MATERNEL À VIE (1 SUR :)	
	2011-2016*		2013-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*	2015				
Bénin	83		59		77		87		5		80		78		350		405	51
Bhoutan	98		85		86	x	74		12	x	30	x	41	x	86		148	310
Bolivie (État plurinational de)	90		75		85	x	71		27		76	x	77	x	310	x	206	160
Bosnie Herzégovine	87		84		100		100		14		-		-		0		11	6 800
Botswana	94	x	73	x	99	x	100		-		-		-		130		129	270
Brésil	97		91		99		99		56		-		-		55		44	1 200
Brunei Darussalam	99	x	93		100		100	x	-		-		-		-		23	2 300
Bulgarie	-		-		100		94		36		-		-		6		11	6 200
Burkina Faso	93		47		80		82		4		33		74		330		371	48
Burundi	99		49		85		84		4	x	8	x	49		500	x	712	23
Cabo Verde	98	x	72	x	92		76	x	11	x	-		-		10		42	900
Cambodge	95		76		89		83		6		79		90		170		161	210
Cameroun	83		59		65		61		2		69		65		780		596	35
Canada	100	x	99	x	100	x	98		26	x	-		-		11		7	8 800
Chili	-		-		100		100		50		-		-		14		22	2 600
Chine	97		69		100		100		41		-		-		20		27	2 400
Chypre	99	x	-		-		97		-		-		-		-		7	9 400
Colombie	97		90		99		99		46		7	x	1		54		64	800
Comores	92		49		82	x	76		10		14		49		170		335	66
Congo	93		79		94		92		5		86		80		440		442	45
Costa Rica	98		90		99		99		22		-		-		28		25	2 100
Côte d'Ivoire	91		44		59	x	57		3		34		70		610		645	32
Croatie	-		92		100		-		21		-		-		3		8	7 900

PAYS ET ZONES	SOINS PRÉNATALS (%)				SOINS À L'ACCOUCHEMENT (%)				BILAN DE SANTÉ POSTNATALE (%) +				TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE					
	AU MOINS UNE VISITE		AU MOINS QUATRE VISITES		ACCOUCHEUR QUALIFIÉ		ACCOUCHEMENT EN MILIEU INSTITUTIONNEL		CÉSARIENNE		POUR LES NOUVEAUNÉS		POUR LES MÈRES		DÉCLARÉ	AJUSTÉ	RISQUE DE DÉCÈS MATERNEL À VIE (1 SUR :)	
	2011-2016*		2013-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*	2015				
Cuba	99		98		99		100		40		98		99		42		39	1 800
Danemark	-		-		-		-		21	x	-		-		-		6	9 500
Djibouti	88		23		87	x	87		11		-		-		380		229	140
Égypte	90		83		92		87		52		14		82		49		33	810
El Salvador	96		90		98		98		32		97		94		42		54	890
Émirats Arabes Unis	100	x	-		100	x	100		-		-		-		0	x	6	7 900
Équateur	84	x	58	x	96		93		46		-		-		46		64	580
Érythrée	89	x	57	x	34	x	34	x	3	x	-		5	x	490	x	501	43
Espagne	-		-		-		-		26	x	-		-		-		5	14 700
Estonie	-		97		100	x	99		-		-		-		7		9	6 300
eSwatini	99		76		88		88		12		90		88		590	x	389	76
État de Palestine	99		96		100		99		20		94		91		-		45	490
États-Unis	-		97		99		-		31	x	-		-		28		14	3 800
Éthiopie	62		32		28		26		2		0		17		410		353	64
ex-République yougoslave de Macédoine	99		94		100		100		25		-		-		4		8	8 500
Fédération de Russie	-		-		100	x	99		13		-		-		11		25	2 300
Fidji	100	x	94		100		99		-		-		-		59		30	1 200
Finlande	100	x	-		-		100		16	x	-		-		-		3	21 700
France	100	x	99	x	-		98		21	x	-		-		-		8	6 100
Gabon	95		78		89	x	90		10		25		60		320		291	85
Gambie	86		78		57		63		2		6		76		430		706	24
Géorgie	98	x	88		100		100		41		-		-		32		36	1 500

PAYS ET ZONES	SOINS PRÉNATALS (%)				SOINS À L'ACCOUCHEMENT (%)				BILAN DE SANTÉ POSTNATALE (%) +		TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE							
	AU MOINS UNE VISITE		AU MOINS QUATRE VISITES		ACCOUCHEUR QUALIFIÉ		ACCOUCHEMENT EN MILIEU INSTITUTIONNEL		CÉSARIENNE		POUR LES NOUVEAUX-NÉS		POUR LES MÈRES		DÉCLARÉ	AJUSTÉ	RISQUE DE DÉCÈS MATERNEL À VIE (1 SUR :)	
	2011-2016*		2011-2016*		2013-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*	2015				
Ghana	91		87		71		73		13		23		81		450	x	319	74
Grèce	-		-		-		-		-		-		-		-		3	23 700
Grenade	100	x	-		99		-		-		-		-		23		27	1 500
Guatemala	91		86		66		65		26		8		78		140		88	330
Guinée	85		57		45	x	40		2		25		37		720		679	29
Guinée équatoriale	91		67		68	x	67		7		-		-		310		342	61
Guinée-Bissau	92		65		45		44		4		55		48		900		549	38
Guyana	91		87		86		93		17		95		93		86	x	229	170
Haïti	90		67		49		36		6		19		32		380		359	90
Honduras	97		89		83	x	83		19		81		85		73	x	129	300
Hongrie	-		-		99	x	-		31	x	-		-		15		17	4 400
Île Maurice	-		-		100		98	x	-		-		-		22	x	53	1 300
Îles Cook	100	x	-		100	x	100	x	-		-		-		0		-	-
Iles Marshall	81	x	77	x	90	x	85	x	9	x	-		-		110		-	-
Îles Salomon	89		69		86		85		6		16		69		150	x	114	220
Îles Turques-et-Caïques	-		-		-		-		-		-		-		-		-	-
Îles Vierges britanniques	-		-		-		-		-		-		-		-		-	-
Inde	74	x	51		81		79		17		24		62		170		174	220
Indonésie	95		84		93		80		12		48		80		360		126	320
Iran (République Islamique de)	97	x	94	x	96	x	95	x	46	x	-		-		25	x	25	2 000
Iraq	78		50		91	x	77		22		-		-		35		50	420
Irlande	100	x	-		100	x	100		25	x	-		-		-		8	6 100
Islande	-		-		-		-		17	x	-		-		-		3	14 600

PAYS ET ZONES	SOINS PRÉNATALS (%)				SOINS À L'ACCOUCHEMENT (%)				BILAN DE SANTÉ POSTNATALE (%) +				TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE					
	AU MOINS UNE VISITE		AU MOINS QUATRE VISITES		ACCOUCHEUR QUALIFIÉ		ACCOUCHEMENT EN MILIEU INSTITUTIONNEL		CÉSARIENNE		POUR LES NOUVEAUNÉS		POUR LES MÈRES		DÉCLARÉ		AJUSTÉ	RISQUE DE DÉCÈS MATERNEL A VIE (1 SUR :)
	2011-2016*		2013-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2015		2015	
Israël	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	6 200		
Italie	99	x	68	x	-	-	100	40	x	-	-	-	-	-	4	19 700		
Jamaïque	98	-	86	-	99	x	99	21	-	-	-	-	80	-	89	520		
Japon	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	5	13 400		
Jordanie	99	-	95	-	100	x	99	28	-	75	-	82	19	x	58	490		
Kazakhstan	99	-	95	-	99	-	99	15	-	99	-	98	13	-	12	3 000		
Kenya	94	-	58	-	62	-	61	9	-	36	-	53	360	-	510	42		
Kirghizistan	98	-	95	-	98	-	98	7	-	99	-	98	36	-	76	390		
Kiribati	88	x	71	x	98	x	66	x	10	x	-	-	33	-	90	300		
Koweït	100	x	-	-	99	x	99	-	-	-	-	-	2	-	4	10 300		
La Dominique	100	x	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	110	-	-	-		
Lesotho	95	-	74	-	78	-	77	10	-	18	-	62	1 000	-	487	61		
Lettonie	92	x	-	-	100	x	98	-	-	-	-	-	24	-	18	3 500		
Liban	96	x	-	-	98	x	100	x	-	-	-	-	-	-	15	3 700		
Libéria	96	-	78	-	61	-	56	4	-	35	-	71	1 100	-	725	28		
Libye	93	x	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	9	4 200		
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Lituanie	100	x	-	-	100	x	-	-	-	-	-	-	7	-	10	6 300		
Luxembourg	-	-	97	-	100	x	100	x	29	x	-	-	-	-	10	6 500		
Madagascar	82	-	51	-	44	-	38	2	-	13	x	46	x	480	353	60		
Malaisie	97	-	-	-	99	-	99	-	-	-	-	-	24	-	40	1 200		
Malawi	95	-	51	-	90	-	91	6	-	60	-	42	440	-	634	29		
Maldives	99	x	85	x	96	x	95	x	32	x	1	x	70	x	110	68	600	
Mali	48	-	38	-	44	-	65	2	-	63	-	58	460	x	587	27		
Malte	100	x	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	9	8 300		
Maroc	77	-	55	-	74	x	73	16	-	-	-	1	x	110	x	121	320	

PAYS ET ZONES	SOINS PRÉNATALS (%)			SOINS À L'ACCOUCHEMENT (%)				BILAN DE SANTÉ POSTNATALE (%) +		TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE								
	AU MOINS UNE VISITE		AU MOINS QUATRE VISITES		ACCOUCHEUR QUALIFIÉ		ACCOUCHEMENT EN MILIEU INSTITUTIONNEL		CÉSARIENNE		POUR LES NOUVEAUX-NÉS		POUR LES MÈRES		DÉCLARÉ	AJUSTÉ	RISQUE DE DÉCÈS MATERNEL À VIE (1 SUR :)	
	2011-2016*		2013-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2015	2015	2015			
Mauritanie	85		63		64		69		5		58		57		630		602	36
Mexique	99		94		98		97		41		95		95		35		38	1100
Micronésie (États Fédérés de)	80	x	-		100	x	87	x	11	x	-		-		160		100	310
Monaco	-		-		-		-		-		-		-		-		-	-
Mongolie	99		90		98		98		23		99		95		26		44	800
Monténégro	92		87		99		99		20		99		95		0	x	7	8 300
Montserrat	-		-		-		-		-		-		-		-		-	-
Mozambique	91		51		54	x	55		4		-		5	x	410		489	40
Myanmar	81		59		60		37		17		36		71		230		178	260
Namibie	97		63		88		87		14		20		69		390		265	100
Nauru	95	x	40	x	97	x	99	x	8	x	-		-		0		-	-
Népal	84		69		58		57		9		58		57		280	x	258	150
Nicaragua	95		88		88	x	71		30		-		3	x	51		150	270
Niger	83		38		40		59		1		13		37		520		553	23
Nigeria	61		51		35		36		2		14		40		550		814	22
Nioué	100	x	-		100	x	-		-		-		-		0		-	-
Norvège	-		-		-		99		16	x	-		-		-		5	11 500
Nouvelle Zélande	-		-		-		97		23	x	-		-		-		11	4 500
Oman	99		94		99		99		19		98		95		18		17	1 900
Ouganda	97		60		57	x	73		5		11		54		340		343	47
Ouzbékistan	99		-		100		100		14		-		-		19		36	1 000
Pakistan	73		37		55		48		14		43		60		280	x	178	140
Palaos	90	x	81	x	100		100	x	-		-		-		0	x	-	-
Panama	93		88		94		91		28		93		92		81		94	420

PAYS ET ZONES	SOINS PRÉNATALS (%)				SOINS À L'ACCOUCHEMENT (%)				BILAN DE SANTÉ POSTNATALE (%) +				TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE					
	AU MOINS UNE VISITE		AU MOINS QUATRE VISITES		ACCOUCHEUR QUALIFIÉ		ACCOUCHEMENT EN MILIEU INSTITUTIONNEL		CÉSARIENNE		POUR LES NOUVEAUNÉS		POUR LES MÈRES		DÉCLARÉ		AJUSTÉ	RISQUE DE DÉCÈS MATERNEL A VIE (1 SUR :)
	2011-2016*		2013-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2015	2015		
Papouasie Nouvelle Guinée	79	x	55	x	53	x	43		-		-		-		730	x	215	120
Paraguay	96	x	83		96	x	97		49		-		-		82		132	270
Pays-Bas	-		-		-		-		14	x	-		-		-		7	8 700
Pérou	97		96		92		91		32		96		93		93	x	68	570
Philippines	95		84		73		61		9		53		72		220		114	280
Pologne	-		-		100	x	100		21	x	-		-		2		3	22 100
Portugal	100	x	-		100	x	99		31	x	-		-		-		10	8 200
Qatar	91		85		100		99		20		-		-		11		13	3 500
République Arabe Syrienne	88	x	64	x	96	x	78	x	26	x	-		-		65	x	68	440
République centrafricaine	68	x	38	x	40	x	53	x	5	x	-		-		540	x	882	27
République de Corée	-		97		-		100		32	x	-		-		-		11	7 200
République de Moldova	99		95		100		99		16		-		87	x	30		23	3 200
République Démocratique du Congo	88		48		80		80		5		8		44		850		693	24
République démocratique populaire lao	54		37		40	x	38		4		41		40		210		197	150
République Dominicaine	98		93		98		98		58		95		95		110		92	400
République populaire démocratique de Corée	100	x	94	x	100	x	95	x	13	x	-		-		77	x	82	660
République Tchèque	-		-		100	x	100		20	x	-		-		1		4	14 800

PAYS ET ZONES	SOINS PRÉNATALS (%)				SOINS À L'ACCOUCHEMENT (%)				BILAN DE SANTÉ POSTNATALE (%) +				TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE					
	AU MOINS UNE VISITE		AU MOINS QUATRE VISITES		ACCOUCHEUR QUALIFIÉ		ACCOUCHEMENT EN MILIEU INSTITUTIONNEL		CÉSARIENNE		POUR LES NOUVEAUX-NÉS		POUR LES MÈRES		DÉCLARÉ	AJUSTÉ	RISQUE DE DÉCÈS MATERNEL À VIE (1 SUR :)	
	2011-2016*		2011-2016*		2013-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2015			
République Unie de Tanzanie	91		51		64		63		6		42		34		560		398	45
Roumanie	76		76	x	95		95		34		-		-		14		31	2 300
Royaume-Uni	-		-		-		-		26	x	-		-		-		9	5 800
Rwanda	99		44		91		91		13		19		43		210		290	85
Sainte Lucie	97		90		99	x	100		19		100		90		34		48	1 100
Saint-Kitts-et-Nevis	100	x	-		100		-		-		-		-		310		-	-
Saint Marin	-		-		-		-		-		-		-		-		-	-
Saint-Siège	-		-		-		-		-		-		-		-		-	-
Saint Vincent-et-les-Grenadines	100	x	100	x	99		-		-		-		-		45		45	1 100
Samoa	93		73		83		82		5		-		63		29	x	51	500
Sao Tomé et Príncipe	98		84		93		91		6		91		87		160	x	156	140
Sénégal	95		47		53		75		5		50		74		430		315	61
Serbie	98		94		98		98		29		-		-		12		17	3 900
Seychelles	-		-		99	x	-		-		-		-		57	x	-	-
Sierra Leone	97		76		60		54		3		39		73		1 200		1 360	17
Singapour	-		-		-		100		-		-		-		-		10	8 200
Slovaquie	97	x	-		99	x	-		24	x	-		-		0		6	12 100
Slovénie	100	x	-		100	x	100		-		-		-		0		9	7 000
Somalie	26	x	6	x	9	x	9	x	-		-		-		1 000	x	732	22
Soudan	79		51		78		28		9		28		27		220	x	311	72
Soudan du Sud	62		17	x	19	x	12	x	1	x	-		-		2 100	x	789	26
Sri Lanka	99	x	93	x	99	x	100		32		-		-		32		30	1 600

PAYS ET ZONES	SOINS PRÉNATAUX (%)				SOINS À L'ACCOUCHEMENT (%)					BILAN DE SANTÉ POSTNATALE (%) +				TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE				
	AU MOINS UNE VISITE		AU MOINS QUATRE VISITES		ACCOUCHEUR QUALIFIÉ		ACCOUCHEMENT EN MILIEU INSTITUTIONNEL		CÉSARIENNE		POUR LES NOUVEAUNÉS		POUR LES MÈRES		DÉCLARÉ		AJUSTÉ	RISQUE DE DÉCÈS MATERNEL À VIE (1 SUR :)
	2011-2016*		2013-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2015		2015	
Suède	100	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	12 900		
Suisse	-		-	-	-	-	30	x	-	-	-	-	-	-	5	12 400		
Suriname	91	x	67	x	90	x	92	x	19	x	-	-	-	130	155	270		
Tadjikistan	79		53		98		77		4		54	81	29	32	790			
Tchad	55		31		20		22		1		5	16	860	856	18			
Thaïlande	98		91		99		99		33		-	-	12	x	20	3 600		
Timor Leste	84	x	55	x	29	x	21	x	2	x	2	x	24	x	570	x	215	82
Togo	73		57		45		73		7		35	71	400	368	58			
Tokélaou	-		-		-		-		-		-	-	-	-	-	-		
Tonga	99		70		96	x	98		17		-	-	36	x	124	230		
Trinité-et-Tobago	96	x	100		100		97	x	-		-	-	84		63	860		
Tunisie	98		85		74	x	99		27		98	92	-	62	710			
Turkménistan	100		96		100		100		6		100	100	7	x	42	940		
Turquie	97		89		97		97		48		72	88	29	x	16	3 000		
Tuvalu	97	x	67	x	93	x	93	x	7	x	-	-	0	x	-	-		
Ukraine	99		87		99	x	99		12		99	96	14	24	2 600			
Uruguay	97		77		100		100		30		-	-	17	15	3 300			
Vanuatu	76		52		89		89		12		-	-	86	x	78	360		
Venezuela (République Bolivarienne de)	98		84		100		99		52		-	-	69	95	420			
Vietnam	96		74		94		94		28		89	90	67	54	870			
Yémen	60		25		45		30		5		11	20	150	385	60			
Zambie	96		56		63		67		4		16	63	400	224	79			
Zimbabwe	93		76		78		77		6		73	57	650	443	52			

PAYS ET ZONES	SOINS PRÉNATALS (%)		SOINS À L'ACCOUCHEMENT (%)			BILAN DE SANTÉ POSTNATALE (%) +		TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE			
	AU MOINS UNE VISITE	AU MOINS QUATRE VISITES	ACCOUCHEUR QUALIFIÉ	ACCOUCHEMENT EN MILIEU INSTITUTIONNEL	CÉSARIENNE	POUR LES NOUVEAUX-NÉS	POUR LES MÈRES	DÉCLARÉ	AJUSTÉ	RISQUE DE DÉCÈS MATERNEL À VIE (1 SUR :)	
	2011-2016*		2013-2016*	2011-2016*	2011-2016*	2011-2016*		2011-2016*	2015		
RÉCAPITULATIF											
Afrique de l'Est et du Sud	85	52	60	57	7	24	40	-	409	52	
Afrique de l'Ouest et Centrale	75	52	52	56	3	24	50	-	679	27	
Afrique Sub-Saharienne	80	52	56	56	5	24	46	-	546	36	
Amérique du Nord	-	97	99	-	-	-	-	-	13	4100	
Amérique latine et les Caraïbes	97	90	96	94	43	-	-	-	68	670	
Asie du Sud	69 ‡	46	73	70	17	28	59	-	182	200	
Est de l'Asie et Pacifique	96	74	95	90	31	56 **	79 **	-	59	930	
Europe de l'Est et Asie Centrale	96	87	99	97	22	-	-	-	25	2000	
Europe de l'Ouest	-	-	-	99	-	-	-	-	7	9600	
Europe et Asie Centrale	-	-	-	98	22	-	-	-	16	3400	
Moyen-Orient et Afrique du Nord	84	66	86	80	30	-	-	-	81	400	
Pays les moins développés	79	46	56	54	7	25	42	-	436	52	
Monde	86 ‡	62	78	75	20	34 **	59 **	-	216	180	

Pour une liste complète des pays et zones des régions, sous-régions et catégories de pays, consultez le site data.unicef.org/regionalclassifications. Il est déconseillé de comparer des données issues d'éditions consécutives de La situation des enfants dans le monde. (The State of the World's Children)/

Remarques :

- Données non disponibles

x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles spécifiées dans l'en-tête de la colonne. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations des années antérieures à 2000 ne sont pas indiquées.

+ La méthode de recueil de données pour cet indicateur varie selon les enquêtes et peut affecter la comparabilité des estimations de couverture. Pour des explications détaillées, voir la remarque générale sur les données dans le rapport sur l'état des enfants dans le monde 2017 (The State of the World's Children).

† Les données sur la mortalité maternelle dans la colonne intitulée « déclaré » se rapportent aux données déclarées par les autorités nationales. Les données figurant dans la colonne intitulée « ajusté » se rapportent aux estimations de la mortalité maternelle interinstitutions des Nations Unies pour 2015. Périodiquement, le Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle (OMS, UNICEF, UNFPA, la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies) établit des ensembles de données sur la mortalité maternelle comparables à l'échelle des décès maternels, dont des estimations pour les pays sans données. Veuillez noter qu'en raison de l'évolution de la méthodologie, ces valeurs ne sont pas comparables avec les valeurs ajustées précédemment rapportées pour le taux de mortalité maternelle. Des séries chronologiques comparables sur les taux de mortalité maternelle pour les années 1990, 1995, 2000, 2005 et 2015 sont disponibles à l'adresse <<http://data.unicef.org/maternal-health/maternal-mortality.html>>.

* Les données font référence à l'année la plus récente disponible pendant la période indiquée dans l'en-tête de la colonne.

** Exclut la Chine.

‡ Exclut l'Inde.

Définitions des indicateurs :

Espérance de vie, nombre d'années que vivraient les nouveau-nés s'ils étaient exposés aux risques de mortalité prévalant dans la section transversale de la population au moment de leur naissance.

Taux d'alphabétisation des adultes, pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus pouvant lire et écrire tout en étant capable de comprendre, un énoncé court et simple sur sa vie quotidienne.

Taux brut de scolarisation primaire (TBS), nombre total d'inscriptions à l'école primaire, quel que soit l'âge, exprimé en pourcentage de la population officielle en âge d'aller à l'école primaire.

Taux brut de scolarisation secondaire (TBS), nombre total d'inscriptions à l'école secondaire, quel que soit l'âge, exprimé en pourcentage de la population officielle en âge d'aller à l'école secondaire.

Taux de survie en dernière année de l'enseignement primaire, pourcentage des enfants entrant en première année de l'enseignement primaire parvenant à atteindre la dernière année (données administratives).

Demandes de planification familiale satisfaites par des méthodes modernes, pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49 ans) qui ont besoin de planification familiale satisfaites par des méthodes modernes.

Soins prénatals, pourcentage de femmes (âgées de 15 à 49 ans) ayant été assistée au moins une fois à la grossesse par un personnel de santé qualifié (médecin, infirmière ou sage-femme) et pourcentage de prise en charge par un prestataire au moins quatre fois.

Accoucheur qualifié, pourcentage d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié (médecin, infirmière ou sage-femme).

Accouchement en milieu institutionnel, pourcentage de femmes (âgées de 15 à 49 ans) ayant accouché dans un établissement de santé.

Césarienne, pourcentage d'accouchements par césarienne. NB : Taux de césariennes dont 5 à 15 % sont prévus avec des niveaux adéquats de soins obstétricaux d'urgence.

Bilan de santé postnatale du nouveau-né, pourcentage des dernières naissances vivantes des 2 dernières années ayant reçu un bilan de santé dans les 2 jours suivant l'accouchement. NB : Pour les MICS, le bilan de santé correspond à un bilan de santé en établissement ou à domicile après l'accouchement ou une visite postnatale.

Bilan de santé postnatale pour la mère, pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant reçu un bilan de santé dans les 2 jours suivant l'accouchement de leur dernière naissance vivante au cours des 2 dernières années. NB : Pour les MICS, le bilan de santé correspond à un bilan de santé en établissement ou à domicile après l'accouchement ou une visite postnatale.

Taux de mortalité maternelle, nombre de décès de femmes ayant des causes liées à la grossesse pour 100 000 naissances vivantes au cours de la même période. La colonne « déclaré » indique les chiffres déclarés par pays qui ne sont pas ajustés pour tenir compte de la sous-déclaration et des erreurs de classification. Pour la colonne « ajusté », voir la remarque ci-dessous (†). Les taux de mortalité maternelle ont été arrondis selon le schéma suivant : Déclaré : < 100, non arrondis, 100 à 999, arrondi à 10 près, et > 1000, arrondis à la centaine près. Ajusté : < 1000, arrondis à l'unité près, et > 1000, arrondis à la dizaine près.

Risque de décès maternel au cours de la vie, le risque de décès maternel au cours de la vie tient compte à la fois de la probabilité de tomber enceinte et de la probabilité de décès résultant de cette grossesse, accumulée au cours des années de reproduction. Les valeurs de risque à vie ont été arrondies selon le schéma suivant : < 1000, arrondis à l'unité près, et > 1000, arrondis à la dizaine près.

Principales sources de données :

Espérance de vie, Division de la population des Nations Unies.

Alphabétisation des adultes, Institut de statistiques de l'UNESCO (ISU).

Scolarisation primaire et secondaire, ISU.

Taux de survie en dernière année de l'enseignement primaire, ISU.

Demandes de planification familiale satisfaites par des méthodes modernes, Base de données mondiale sur les ODD fondée sur les enquêtes démographiques et de santé (EDS), les enquêtes à indicateurs multiples (MICS), les enquêtes sur la santé reproductive, les enquêtes nationales sur la santé.

Soins prénatals, EDS, MICS et autres sources représentatives au niveau national.

Accoucheur qualifié, base de données conjointe UNICEF / OMS, mise à jour en novembre 2017, basée sur les EDS, les MICS et d'autres sources représentatives au niveau national.

Accouchement en milieu institutionnel, EDS, MICS et autres sources représentatives au niveau national.

Césarienne, EDS, MICS et autres sources représentatives au niveau national.

Bilan de santé postnatale pour le nouveau-né et la mère, EDS et MICS.

Taux de mortalité maternelle (déclaré), sources représentatives au niveau national, dont les enquêtes auprès des ménages et déclarations vitales. Taux de la mortalité maternelle (ajusté), Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle (OMS, UNICEF, UNFPA, La Banque mondiale, et la Division de la population des Nations Unies).

Risque de décès maternel au cours de la vie, Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle (OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale et Division de la population des Nations Unies).

TABLEAU 7 ATTITUDE ENVERS LA VIOLENCE DOMESTIQUE

PAYS ET ZONES	ATTITUDE ENVERS LA VIOLENCE DOMESTIQUE	
	Hommes	Femmes
Belize (2015)	5,4	5,2
Kazakhstan (2015)	-	15,1
Mali (2015)		72,6
Mauritanie (2015)	21,2	26,6
Nigeria:(2016-17)	21,5	33,7
Pakistan (Gilgit-Baltistan) (2016-17)	-	78,1
Paraguay (2016)	-	6,0
Sénégal (Dakar) (2015-2016)	-	23,2
Thaïlande (2015-16)	8,7	8,6
Turkménistan (2015)	-	26,3

Source : Enquêtes multi-groupes accessibles au public à partir de 2015, en date du 4 février 2018.

Remarques : - Données non disponibles

Définitions des indicateurs : Attitude envers la violence domestique : pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans déclarant qu'un mari a le droit de frapper ou de battre sa femme dans au moins l'une des circonstances suivantes : 1) elle sort sans lui dire, 2) elle néglige les enfants, 3) elle se dispute avec lui, 4) elle refuse les relations sexuelles avec lui, 5) elle brûle la nourriture.

TABLEAU 8 CONTRACEPTION ET BESOINS NON SATISFAITS

PAYS ET ZONES	TAUX DE PRÉVALENCE DE LA CONTRACEPTION	BESOINS NON SATISFAITS
Belize (2015)	51,4	22,2
Kazakhstan (2015)	55,7	9,8
Mali (2015)	15,6	15,8
Mauritanie (2015)	17,8	33,6
Nigeria:(2016-17)	13,4	27,6
Pakistan (Gilgit-Baltistan) (2016-17)	38,1	23,8
Paraguay (2016)	68,4	12,1
Sénégal (Dakar) (2015-16)	33,3	23,3
Thaïlande (2015-16)	78,4	6,2
Turkménistan (2015)	50,2	12,1

Source : Enquêtes multi-groupes accessibles au public à partir de 2015, en date du 4 février 2018.

Remarques : - Données non disponibles

Définitions des indicateurs : *Taux de prévalence de la contraception* : pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans actuellement mariées ou en union qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une méthode de contraception (moderne ou traditionnelle). *Besoins non satisfaits* : pourcentage de femmes de 15 à 49 ans actuellement mariées ou en union qui sont fécondes et souhaitent espacer les naissances ou limiter leur nombre d'enfants et qui n'utilisent actuellement pas de contraception.

TABLEAU 9 VIH/SIDA

PAYS ET ZONES	INCIDENCE DU VIH POUR 1000 HABITANTS NON INFECTÉS 2016			ÉPIDÉMIOLOGIE								
				PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH 2016			NOUVELLES INFECTIONS AU VIH 2016			DÉCÈS LIÉS AU SIDA 2016		
	Tous les âges	Enfants < 5 ans	Adolescents de 15 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 5 ans	Adolescents de 15 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans
Afghanistan	0,03	0,01	0,02	7 500	<500	<500	<1 000	<100	<100	<500	<100	<100
Afrique du Sud	5,58	2,19	10,51	7 100 000	320 000	370 000	270 000	12 000	50 000	110 000	9 300	6 200
Albanie	0,08	0,04	0,16	1 700	-	-	<500	-	<100	<100	-	-
Algérie	0,02	0,01	0,05	13 000	<500	<500	<1 000	<100	<200	<200	<100	<100
Allemagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	0,94	0,76	0,81	280 000	23 000	13 000	25 000	3 600	2 400	11 000	2 100	<500
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua et Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabie Saoudite	0,02	0,01	0,01	8 200	<500	<200	<500	<100	<100	<500	<100	<100
Argentine	0,13	0,02	0,28	120 000	1 200	3 700	5 500	<100	<1 000	2 400	<100	<100
Arménie	0,09	<0,01	0,18	3 300	-	-	<500	-	<100	<200	-	-
Australie	0,05	<0,01	0,02	25 000	<100	<100	1 100	<100	<100	<500	<100	<100
Autriche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	0,10	0,01	0,05	9 200	<200	<100	<1 000	<100	<100	<500	<100	<100
Bahamas	-	-	-	8 200	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahreïn	0,04	0,02	0,02	<500	-	-	<100	-	<100	<100	-	-
Bangladesh	0,01	<0,01	<0,01	12 000	<500	<500	1 500	<100	<100	1 000	<100	<100
Barbade	0,58	0,08	0,33	2 600	-	-	<200	-	<100	<100	-	-
Bélarus	0,20	0,01	0,13	19 000	<100	<200	1 800	<100	<100	<200	<100	<100
Belgique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	0,75	0,46	1,48	4 300	<200	<500	<500	<100	<100	<200	<100	<100
Bénin	0,34	0,25	0,58	67 000	6 300	5 100	3 600	<500	<1 000	2 400	<500	<200

PAYS ET ZONES	INCIDENCE DU VIH POUR 1000 HABITANTS NON INFECTÉS 2016			ÉPIDÉMIOLOGIE								
				PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH 2016			NOUVELLES INFECTIONS AU VIH 2016			DÉCÈS LIÉS AU SIDA 2016		
	Tous les âges	Enfants < 5 ans	Adolescents de 15 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 5 ans	Adolescents de 15 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans
Bhoutan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivie (État plurinational de)	0,10	0,01	0,21	19 000	<500	<1 000	1 100	<100	<500	<1 000	<100	<100
Bosnie Herzégovine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Botswana	5,52	2,30	7,18	360 000	12 000	17 000	10 000	<1 000	1 400	3 900	<500	<500
Brésil	0,24	0,04	0,48	830 000	11 000	30 000	48 000	<1 000	8 200	14 000	<1 000	<500
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	-	-	-	3 500	-	-	<500	-	-	<200	-	-
Burkina Faso	0,19	0,18	0,47	95 000	10 000	12 000	3 400	<1 000	<1 000	3 100	<500	<500
Burundi	0,20	0,20	0,15	84 000	12 000	8 100	2 200	<500	<200	2 900	<1 000	<500
Cabo Verde	-	-	-	2 800	<200	<200	<200	<100	-	<100	<100	<100
Cambodge	0,04	0,05	0,08	71 000	4 200	3 300	<1 000	<100	<200	1 800	<100	<100
Cameroun	1,39	1,09	2,41	560 000	46 000	40 000	32 000	4 000	5 900	29 000	3 200	1 400
Canada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chili	0,28	0,08	0,59	61 000	<500	2 200	5 000	<100	<1 000	-	-	-
Chine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chypre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombie	0,12	0,01	0,22	120 000	<1 000	3 500	5 600	<100	<1 000	2 800	<100	<100
Comores	0,01	0,01	0,02	<200	-	-	<100	-	<100	<100	-	-
Congo	1,65	1,39	1,38	91 000	6 000	4 100	7 600	1 100	<1 000	3 800	<1 000	<200
Costa Rica	0,19	0,02	0,36	13 000	<100	<500	<1 000	<100	<200	<500	<100	<100
Côte d'Ivoire	0,86	0,87	0,60	460 000	36 000	25 000	20 000	3 300	1 500	25 000	2 600	1 100
Croatie	0,02	<0,01	0,05	1 500	-	-	<100	-	<100	<100	-	-
Cuba	0,29	0,05	0,68	25 000	<200	1 100	3 300	<100	<500	<200	<100	<100

PAYS ET ZONES	INCIDENCE DU VIH POUR 1000 HABITANTS NON INFECTÉS 2016			ÉPIDÉMIOLOGIE								
				PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH 2016			NOUVELLES INFECTIONS AU VIH 2016			DÉCÈS LIÉS AU SIDA 2016		
	Tous les âges	Enfants < 5 ans	Adolescents de 15 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 5 ans	Adolescents de 15 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans
Danemark	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	0,58	0,68	0,40	8 600	<1 000	<1 000	<500	<100	<100	<1 000	<100	<100
Dominique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Égypte	0,02	<0,01	0,04	11 000	<500	<1 000	1 600	<100	<500	<500	<100	<100
El Salvador	0,16	0,09	0,31	24 000	<500	<1 000	<1 000	<100	<200	<1 000	<100	<100
Émirats Arabes Unis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Équateur	-	-	-	33 000	<500	1 400	1 900	<100	-	<1 000	<100	<100
Érythrée	0,15	0,22	0,11	15 000	1 500	1 300	<1 000	<200	<100	<1 000	<200	<100
Espagne	0,09	<0,01	0,21	140 000	<100	1 200	3 900	<100	<500	-	-	-
Estonie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
eSwatini	9,37	4,50	11,91	220 000	15 000	15 000	8 800	<1 000	1 400	3 900	<1 000	<500
État de Palestine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
États-Unis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Éthiopie	0,33	0,26	0,23	710 000	62 000	67 000	30 000	3 800	2 700	20 000	2 900	2 500
ex-République yougoslave de Macédoine	0,02	<0,01	0,03	<500	-	-	<100	-	<100	<100	-	-
Fédération de Russie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fidji	-	-	-	<1 000	-	-	<200	-	-	<100	-	-
Finlande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
France	0,09	0,01	0,25	180 000	<500	2 800	6 000	<100	<1 000	<1 000	<100	<100
Gabon	0,92	0,95	1,57	48 000	3 700	2 900	1 700	<500	<500	1 500	<500	<100
Gambie	0,65	0,47	0,23	20 000	1 600	<1 000	1 300	<200	<100	1 100	<200	<100
Géorgie	0,28	0,06	0,15	12 000	<100	<100	1 100	<100	<100	<500	<100	<100
Ghana	0,78	0,79	0,83	290 000	32 000	23 000	20 000	3 000	2 200	15 000	2 500	1 100

PAYS ET ZONES	INCIDENCE DU VIH POUR 1000 HABITANTS NON INFECTÉS 2016			ÉPIDÉMIOLOGIE								
				PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH 2016			NOUVELLES INFECTIONS AU VIH 2016			DÉCÈS LIÉS AU SIDA 2016		
	Tous les âges	Enfants < 5 ans	Adolescents de 15 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 5 ans	Adolescents de 15 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans
Grèce	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grenade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	0,18	0,15	0,35	46 000	1 800	2 300	2 900	<500	<1 000	1 600	<200	<100
Guinée	0,67	0,68	1,08	120 000	10 000	8 700	8 300	1 300	1 400	5 800	<1 000	<500
Guinée équatoriale	2,71	1,35	2,36	35 000	2 400	1 300	2 300	<200	<200	<1 000	<200	<100
Guinée-Bissau	0,72	0,72	0,56	36 000	4 200	2 100	1 300	<500	<200	2 000	<500	<200
Guyana	0,77	0,32	1,62	8 500	<500	<1 000	<1 000	<100	<200	<200	<100	<100
Haïti	0,77	0,50	0,59	150 000	7 200	6 200	7 900	<1 000	<1 000	4 600	<500	<200
Honduras	0,11	0,05	0,21	21 000	<1 000	1 300	<1 000	<100	<200	<1 000	<100	<100
Hongrie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Île Maurice	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iles Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Salomon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	0,06	-	-	2 100 000	130 000	130 000	80 000	9 100	16 000	62 000	7 000	3 100
Indonésie	0,19	0,13	0,29	620 000	14 000	17 000	48 000	3 200	6 300	38 000	1 900	<500
Iran (République Islamique de)	0,06	0,01	0,03	66 000	1 000	<1 000	5 000	<100	<200	4 000	<100	<100
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlande	0,06	<0,01	0,03	6 200	<100	<100	<500	<100	<100	-	-	-
Islande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israël	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PAYS ET ZONES	INCIDENCE DU VIH POUR 1000 HABITANTS NON INFECTÉS 2016			ÉPIDÉMIOLOGIE								
				PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH 2016			NOUVELLES INFECTIONS AU VIH 2016			DÉCÈS LIÉS AU SIDA 2016		
	Tous les âges	Enfants < 5 ans	Adolescents de 15 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 5 ans	Adolescents de 15 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans
Italie	0,06	0,02	0,04	130 000	<1 000	<500	3 600	<100	<200	-	-	-
Jamaïque	-	-	-	30 000	<500	1 300	1 700	<100	-	1 300	<100	<100
Japon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordanie	<0,01	<0,01	0,01	<500	-	-	<100	-	<100	<100	-	-
Kazakhstan	0,16	0,03	0,08	26 000	<500	<500	2 900	<100	<100	<1 000	<100	<100
Kenya	1,46	0,87	2,69	1 600 000	120 000	140 000	62 000	6 100	14 000	36 000	4 800	3 300
Kirghizistan	0,13	0,02	0,07	8 500	<200	<200	<1 000	<100	<100	<500	<100	<100
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koweït	0,02	0,01	0,03	<500	-	-	<100	-	<100	<100	-	-
Lesotho	12,68	7,57	13,73	330 000	-	-	21 000	-	2 900	9 900	-	-
Lettonie	0,23	0,02	0,63	6 600	<100	<200	<500	<100	<100	<500	<100	<100
Liban	0,02	0,02	0,05	2 200	-	-	<200	-	<100	<100	-	-
Libéria	0,66	0,47	1,49	43 000	4 200	5 000	2 900	<500	<1 000	2 800	<500	<500
Libye	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	0,09	<0,01	0,05	2 900	-	-	<500	-	<100	<200	-	-
Luxembourg	0,18	0,03	0,40	-	-	-	<200	<100	<100	<100	<100	<100
Madagascar	0,18	0,09	0,37	31 000	1 900	3 200	4 300	<500	<1 000	1 600	<500	<100
Malaisie	0,19	0,01	0,07	97 000	<500	<1 000	5 700	<100	<200	7 000	<100	<100
Malawi	2,29	1,61	2,58	1 000 000	110 000	90 000	36 000	4 300	4 800	24 000	4 100	3 200
Maldives	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mali	0,33	0,51	0,62	110 000	14 000	9 900	5 900	1 600	1 200	6 100	<1 000	<500
Malte	-	-	-	<500	-	-	<100	-	-	<100	-	-
Maroc	0,03	0,01	0,06	22 000	<500	<1 000	<1 000	<100	<200	<1 000	<100	<100
Mauritanie	-	-	-	11 000	<1 000	<1 000	<500	<100	-	<1 000	<100	<100
Mexique	0,10	0,02	0,19	220 000	2 500	7 200	12 000	<500	2 200	4 200	<200	<100

PAYS ET ZONES	INCIDENCE DU VIH POUR 1000 HABITANTS NON INFECTÉS 2016			ÉPIDÉMIOLOGIE								
				PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH 2016			NOUVELLES INFECTIONS AU VIH 2016			DÉCÈS LIÉS AU SIDA 2016		
	Tous les âges	Enfants < 5 ans	Adolescents de 15 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 5 ans	Adolescents de 15 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans
Micronésie (États Fédérés de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	0,01	<0,01	0,02	<500	-	-	<100	-	<100	<100	-	-
Monténégro	0,11	0,05	0,30	<500	-	-	<100	-	<100	<100	-	-
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	3,63	2,77	3,03	1 800 000	200 000	120 000	83 000	13 000	9 000	62 000	9 200	4 400
Myanmar	0,22	0,12	0,49	230 000	9 300	11 000	11 000	<1 000	2 300	7 800	<500	<200
Namibie	4,37	1,32	5,31	230 000	15 000	13 000	9 600	<500	1 300	4 300	<500	<500
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	0,03	0,02	0,02	32 000	1 200	<1 000	<1 000	<100	<100	1 700	<100	<100
Nicaragua	0,06	0,01	0,13	8 900	<200	<500	<500	<100	<100	<500	<100	<100
Niger	0,09	0,13	0,18	48 000	5 800	4 400	1 800	<1 000	<500	3 400	<500	<500
Nigeria	1,23	1,19	2,18	3 200 000	270 000	240 000	220 000	37 000	40 000	160 000	24 000	7 900
Nioué	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nouvelle Zélande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oman	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ouganda	1,50	0,69	2,55	1 400 000	130 000	120 000	52 000	4 600	10 000	28 000	5 800	3 800
Ouzbékistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistan	0,10	0,04	0,05	130 000	3 300	2 300	19 000	<1 000	<1 000	5 500	<500	<100
Palaos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	0,34	0,08	0,70	21 000	-	-	1 300	-	<500	<1 000	-	-
Papouasie Nouvelle Guinée	0,37	0,42	0,27	46 000	3 400	2 000	2 800	<500	<500	1 100	<500	<100

PAYS ET ZONES	INCIDENCE DU VIH POUR 1000 HABITANTS NON INFECTÉS 2016			ÉPIDÉMIOLOGIE								
				PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH 2016			NOUVELLES INFECTIONS AU VIH 2016			DÉCÈS LIÉS AU SIDA 2016		
	Tous les âges	Enfants < 5 ans	Adolescents de 15 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 5 ans	Adolescents de 15 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans
Paraguay	0,20	0,05	0,38	19 000	<500	<1 000	1 300	<100	<500	<1 000	<100	<100
Pays-Bas	0,03	<0,01	0,07	23 000	<100	<500	<500	<100	<100	<200	<100	<100
Pérou	-	-	-	70 000	1 300	2 400	2 700	<100	-	2 200	<100	<100
Philippines	0,11	0,01	0,25	56 000	<500	5 200	10 000	<200	2 400	<1 000	<100	<100
Pologne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	0,02	0,03	0,04	<100	-	-	<100	-	<100	<100	-	-
République Arabe Syrienne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République centrafricaine	1,80	0,80	1,51	130 000	9 200	8 700	8 700	<1 000	<1 000	7 300	<1 000	<500
République de Corée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République de Moldova	0,38	0,06	0,19	15 000	<200	<200	1 600	<100	<100	<500	<100	<100
République Démocratique du Congo	0,17	0,21	0,24	370 000	48 000	32 000	13 000	2 900	2 100	19 000	2 800	1 400
République démocratique populaire lao	0,10	0,10	0,10	11 000	<1 000	<500	<1 000	<100	<100	<500	<100	<100
République Dominicaine	0,24	0,07	0,52	67 000	1 700	3 100	2 500	<100	<500	2 200	<100	<100
République populaire démocratique de Corée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République Tchèque	0,04	<0,01	0,08	3 400	-	-	<500	-	<100	<100	-	-
République Unie de Tanzanie	1,19	1,28	1,04	1 400 000	110 000	98 000	55 000	10 000	5 500	33 000	6 500	3 200
Roumanie	0,04	<0,01	0,10	16 000	<100	<500	<1 000	<100	<200	<200	<100	<100

PAYS ET ZONES	INCIDENCE DU VIH POUR 1000 HABITANTS NON INFECTÉS 2016			ÉPIDÉMIOLOGIE								
				PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH 2016			NOUVELLES INFECTIONS AU VIH 2016			DÉCÈS LIÉS AU SIDA 2016		
	Tous les âges	Enfants < 5 ans	Adolescents de 15 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 5 ans	Adolescents de 15 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans
Royaume-Uni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	0,70	0,50	0,85	220 000	16 000	16 000	7 500	<1000	<1000	3 300	<1 000	<500
Sainte Lucie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Marin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Vincent-et-les-Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé et Príncipe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sénégal	0,08	0,16	0,12	41 000	4 800	2 900	1 100	<500	<200	1 900	<500	<200
Serbie	0,03	0,01	0,06	2 700	-	-	<500	-	<100	<100	-	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	-	-	-	67 000	4 400	5 000	5 300	<500	-	2 800	<500	<200
Singapour	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovaquie	0,02	<0,01	0,04	<1000	-	-	<200	-	<100	<100	-	-
Slovénie	0,03	<0,01	0,06	<1000	-	-	<100	-	<100	<100	-	-
Somalie	0,17	0,18	0,13	24 000	2 500	1 400	1 800	<500	<200	1 700	<500	<100
Soudan	0,13	0,10	0,26	56 000	3 000	3 800	5 000	<1000	1100	3 000	<500	<100
Soudan du Sud	1,35	1,25	1,08	200 000	18 000	10 000	16 000	2 400	1500	13 000	1 700	<500
Sri Lanka	0,03	<0,01	0,06	4 000	-	-	<1000	-	<100	<200	-	-
Suède	0,06	<0,01	0,14	11 000	<100	<200	<1000	<100	<100	<100	<100	<100
Suisse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	0,62	0,17	1,35	4 900	<200	<500	<500	<100	<100	<200	<100	<100

PAYS ET ZONES	INCIDENCE DU VIH POUR 1000 HABITANTS NON INFECTÉS 2016			ÉPIDÉMIOLOGIE								
				PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH 2016			NOUVELLES INFECTIONS AU VIH 2016			DÉCÈS LIÉS AU SIDA 2016		
	Tous les âges	Enfants < 5 ans	Adolescents de 15 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 5 ans	Adolescents de 15 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans
Tadjikistan	0,15	0,02	0,07	14 000	<500	<500	1 300	<100	<100	<1 000	<100	<100
Tchad	0,34	0,38	0,38	110 000	11 000	7 600	4 800	<1 000	<1 000	2 800	<1 000	<500
Thaïlande	0,10	0,01	0,23	450 000	4 100	9 700	6 400	<100	<1 000	16 000	<100	<100
Timor Leste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Togo	0,59	0,65	0,49	100 000	12 000	7 600	4 100	<1 000	<500	5 100	<1 000	<500
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinité-et-Tobago	0,29	0,05	0,60	11 000	<100	<500	<500	<100	<100	<500	<100	<100
Tunisie	0,03	0,01	0,06	2 900	-	-	<500	-	<100	<100	-	-
Turkménistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turquie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ukraine	0,38	0,17	0,57	240 000	4 000	5 100	17 000	<500	1 200	8 500	<200	<100
Uruguay	-	-	-	12 000	<100	<500	<1 000	<100	-	<500	<100	<100
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (République Bolivarienne de)	0,21	0,10	0,44	120 000	2 500	4 400	6 500	<500	1 200	2 500	<200	<100
Vietnam	0,12	0,04	0,06	250 000	5 800	3 200	11 000	<500	<500	8 000	<200	<100
Yémen	0,04	0,02	0,08	9 900	<500	<1 000	1 100	<100	<500	<500	<100	<100
Zambie	4,08	3,28	6,46	1 200 000	94 000	95 000	59 000	8 900	11 000	21 000	5 700	2 300
Zimbabwe	3,03	1,36	3,50	1 300 000	-	-	40 000	-	5 800	30 000	-	-
RÉCAPITULATIF												
Afrique de l'Est et du Sud	1,68	1,01	2,34	19 600 000	1 400 000	1 300 000	800 000	79 000	130 000	420 000	59 000	34 000

PAYS ET ZONES	INCIDENCE DU VIH POUR 1000 HABITANTS NON INFECTÉS 2016			ÉPIDÉMIOLOGIE								
				PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH 2016			NOUVELLES INFECTIONS AU VIH 2016			DÉCÈS LIÉS AU SIDA 2016		
	Tous les âges	Enfants < 5 ans	Adolescents de 15 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 5 ans	Adolescents de 15 à 19 ans	Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans
Afrique de l'Ouest et Centrale	0,78	0,74	1,25	6 100 000	540 000	450 000	360 000	60 000	62 000	300 000	43 000	16 000
Afrique Sub-Saharienne	1,23	0,87	1,83	25 700 000	1 900 000	1 700 000	1 200 000	140 000	190 000	730 000	100 000	50 000
Amérique du Nord	-	0,01	0,24	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique latine et les Caraïbes	0,19	0,05	0,36	2 100 000	34 000	77 000	120 000	2 600	19 000	45 000	2 000	<1 000
Asie du Sud	0,06	0,02	0,03	2 300 000	140 000	130 000	100 000	10 000	18 000	71 000	7 600	3 100
Est de l'Asie et Pacifique	0,07	0,03	0,11	2 800 000	48 000	60 000	160 000	5 100	15 000	100 000	3 000	<1 000
Europe de l'Est et Asie Centrale	0,47	0,03	0,28	1 600 000	-	-	190 000	-	7 200	41 000	-	-
Europe de l'Ouest	0,06	0,01	0,11	840 000	-	-	29 000	-	2 700	8 400	-	-
Europe et Asie Centrale	0,25	0,02	0,19	2 400 000	-	-	220 000	-	9 900	49 000	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	0,03	0,01	0,04	150 000	3 000	4 000	11 000	<500	1 100	6 300	<200	<100
Pays les moins développés	0,54	0,46	0,70	10 800 000	980 000	800 000	490 000	69 000	68 000	320 000	52 000	27 000
Monde	0,26	0,29	0,55	36 700 000	2 100 000	2 100 000	1 800 000	160 000	260 000	1 000 000	120 000	55 000

Pour une liste complète des pays et zones des régions, sous-régions et catégories de pays, consultez le site data.unicef.org/regionalclassifications. Il est déconseillé de comparer des données issues d'éditions consécutives de La situation des enfants dans le monde. (The State of the World's Children)/

Remarques :

- Données non disponibles

x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles spécifiées dans l'en-tête de la colonne. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations des années antérieures à 2006 ne sont pas indiquées.

p Basé sur de petits dénominateurs (généralement 25 à 49 cas non pondérés). Aucune données basées sur moins de 25 observations non pondérées ne sont indiquées.

* Les données font référence à l'année la plus récente disponible pendant la période indiquée dans l'en-tête de la colonne.

Définitions des indicateurs :

Incidence du VIH pour 1000 personnes non infectées, nombre estimé de nouvelles infections au VIH pour 1000 personnes non infectées, en 2016. Données rapportées pour les enfants (âgés de moins de 5 ans), les adolescents (âgés de 15 à 19 ans) et tous les âges.

Personnes vivant avec le VIH, nombre estimé de personnes vivant avec le VIH, en 2016. Données rapportées pour les enfants (âgés de moins de 14 ans), les adolescents (âgés de 10 à 19 ans) et tous les âges.

Nouvelles infections au VIH, nombre estimé de nouvelles infections au VIH, en 2016. Données rapportées pour les enfants (âgés de moins de 5 ans), les adolescents (âgés de 15 à 19 ans) et tous les âges.

Décès liés au SIDA, nombre estimé de décès liés au SIDA, en 2016. Données rapportées pour les enfants (âgés de moins de 14 ans), les adolescents (âgés de 10 à 19 ans) et tous les âges.

Principales sources de données :

Incidence du VIH pour 1000 personnes non infectées, estimations ONUSIDA 2017, juillet 2017.

Personnes vivant avec le VIH, estimations ONUSIDA 2017, juillet 2017.

Nouvelles infections au VIH, estimations ONUSIDA 2017, juillet 2017.

Décès liés au SIDA, estimations ONUSIDA 2017, juillet 2017.

TABLEAU 10 VIH / SIDA (SUITE)

PAYS ET ZONES	COUVERTURE DES INTERVENTIONS										
	FEMMES ENCEINTEES RECEVANT DES ARV POUR LA PTME (%) 2016 *	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL (TARV) (%) 2016 *			UTILISATION DU PRÉSERVATIF CHEZ LES ADOLESCENTS AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES (%) 2011-2016 *				ADOLESCENTS AYANT ÉTÉ TESTÉS POUR LE VIH AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET AYANT RECU DES RÉSULTATS (%) 2011-2016 *		
		Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Hommes		Femmes		Hommes	Femmes	
Afghanistan	5	7	17	16	-	-	-	-	<0,1	1	-
Afrique du Sud	>95	56	55	-	88	-	-	29	-	38	-
Albanie	-	30	-	-	-	-	-	0	x	0	x
Algérie	49	76	>95	77	-	-	-	-	-	1	-
Allemagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	44	22	14	-	39	-	31	4	-	16	-
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua et Barbuda	-	-	-	-	100	x	54	x	-	-	-
Arabie Saoudite	39	60	48	>95	-	-	-	-	-	-	-
Argentine	91	64	>95	-	-	-	-	-	-	-	-

PAYS ET ZONES	COUVERTURE DES INTERVENTIONS											
	FEMMES ENCEINTEES RECEVANT DES ARV POUR LA PTME (%) 2016 *	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL (TARV) (%) 2016 *			UTILISATION DU PRÉSERVATIF CHEZ LES ADOLESCENTS AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES (%) 2011-2016 *				ADOLESCENTS AYANT ÉTÉ TESTÉS POUR LE VIH AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET AYANT RECU DES RÉSULTATS (%) 2011-2016 *			
		Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
Arménie	-	36	-	-	-	-	-	-	0	-	1	-
Australie	>95	90	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autriche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	75	30	76	36	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahamas	-	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahreïn	-	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	17	16	39	23	-	-	-	-	-	-	-	-
Barbade	-	46	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-
Bélarus	92	45	>95	-	-	-	-	-	15	-	15	-
Belgique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	35	32	64	-	-	-	-	-	-	-	14	-
Bénin	>95	57	32	-	43	-	38	-	6	-	7	-
Bhoutan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	x
Bolivie (État plurinational de)	68	25	43	40	43	x	-	-	1	x	-	-
Bosnie Herzégovine	-	-	-	-	-	-	-	-	<0,1	-	<0,1	-
Botswana	>95	83	60	77	-	-	-	-	-	-	-	-
Brésil	89	60	37	32	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	-	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	83	60	24	-	76	x,p	57	x,p	4	x	8	x
Burundi	84	61	25	-	-	-	-	-	8	-	13	-
Cabo Verde	>95	57	65	40	-	-	-	-	-	-	-	-
Cambodge	75	80	87	-	-	-	-	-	3	-	7	-
Cameroun	74	37	18	-	70	-	52	-	7	-	15	-
Canada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chili	38	53	35	7	-	-	-	-	-	-	-	-
Chine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PAYS ET ZONES	COUVERTURE DES INTERVENTIONS											
	FEMMES ENCEINTES RECEVANT DES ARV POUR LA PTME (%) 2016 *	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL (TARV) (%) 2016 *			UTILISATION DU PRÉSERVATIF CHEZ LES ADOLESCENTS AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES (%) 2011-2016 *				ADOLESCENTS AYANT ÉTÉ TESTÉS POUR LE VIH AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET AYANT REÇU DES RÉSULTATS (%) 2011-2016 *			
		Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
Chypre	-	-	-	-	-		-		-		-	
Colombie	>95	-	-	-	-		45	x	-		8	x
Comores	-	35	-	-	51	p	-		3		2	
Congo	16	23	25	-	56		46		4		8	
Costa Rica	65	49	80	-	-		59	p	-		9	
Côte d'Ivoire	73	41	25	-	70		32		5		10	
Croatie	-	70	-	-	-		-		-		-	
Cuba	63	70	24	9	-		79	p	16		19	
Danemark	-	-	-	-	-		-		-		-	
Djibouti	35	26	9	10	-		-		-		-	
Dominique	-	-	-	-	74	x	86	x	-		-	
Égypte	18	27	38	-	-		-		-		-	
El Salvador	44	48	50	-	-		31	p	8		8	
Émirats Arabes Unis	-	-	-	-	-		-		-		-	
Équateur	>95	52	>95	-	-		-		-		-	
Érythrée	37	59	34	-	-		-		-		-	
Espagne	>95	77	>95	-	-		-		-		-	
Estonie	-	-	-	-	-		-		-		-	
eSwatini	95	79	64	91	-		-		30		41	
État de Palestine	-	-	-	-	-		-		-		-	
États-Unis	-	-	-	-	-		-		-		-	
Éthiopie	69	59	35	-	57	p	-		9		12	
ex-République yougoslave de Macédoine	-	48	-	-	-		-		-		-	
Fédération de Russie	-	-	-	-	-		-		-		-	
Fidji	-	32	-	-	-		-		-		-	
Finlande	-	-	-	-	-		-		-		-	

PAYS ET ZONES	COUVERTURE DES INTERVENTIONS											
	FEMMES ENCEINTES RECEVANT DES ARV POUR LA PTME (%) 2016 *	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL (TARV) (%) 2016 *			UTILISATION DU PRÉSERVATIF CHEZ LES ADOLESCENTS AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES (%) 2011-2016 *				ADOLESCENTS AYANT ÉTÉ TESTÉS POUR LE VIH AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET AYANT REÇU DES RÉSULTATS (%) 2011-2016 *			
		Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
France	>95	78	>95	-	-	-	-	-	-	-	-	
Gabon	76	63	39	61	77	-	58	-	6	-	20	
Gambie	69	30	33	-	-	-	-	-	2	-	6	
Géorgie	46	32	50	62	-	-	-	-	-	2	x	
Ghana	56	34	15	-	-	-	22	p	1	-	5	
Grèce	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Grenade	-	-	-	-	80	x	92	x	-	-	-	
Guatemala	19	36	42	25	66	-	38	-	2	-	5	
Guinée	43	35	18	-	46	p	30	-	1	-	3	
Guinée équatoriale	90	43	16	-	31	-	17	-	7	-	27	
Guinée-Bissau	85	33	15	-	60	-	41	-	2	-	5	
Guyana	66	58	69	-	83	p	-	-	10	-	16	
Haïti	71	55	49	53	58	-	42	-	4	-	9	
Honduras	54	51	69	60	73	-	39	-	3	-	10	
Hongrie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Île Maurice	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Îles Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Iles Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Îles Salomon	-	-	-	-	54	x,p	15	x,p	-	-	-	
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Îles Vierges britanniques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Inde	41	49	33	-	39	x	-	-	0	x	1	x
Indonésie	14	13	21	-	-	-	-	-	-	-	-	
Iran (République Islamique de)	51	14	28	19	-	-	-	-	-	-	-	
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	
Irlande	>95	77	>95	-	-	-	-	-	-	-	-	

PAYS ET ZONES	COUVERTURE DES INTERVENTIONS									
	FEMMES ENCEINTES RECEVANT DES ARV POUR LA PTME (%) 2016 *	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL (TARV) (%) 2016 *			UTILISATION DU PRÉSERVATIF CHEZ LES ADOLESCENTS AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES (%) 2011-2016 *			ADOLESCENTS AYANT ÉTÉ TESTÉS POUR LE VIH AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET AYANT REÇU DES RÉSULTATS (%) 2011-2016 *		
		Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Hommes		Femmes	Hommes		Femmes
Islande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israël	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italie	58	80	94	-	-	-	-	-	-	-
Jamaïque	>95	35	>95	-	75		56	p	20	35
Japon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordanie	-	55	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazakhstan	87	31	89	>95	94	p	-	-	-	11
Kenya	80	64	65	-	64		26		27	35
Kirghizistan	-	28	88	>95	-		-		-	11
Kiribati	-	-	-	-	29	x	-		-	-
Koweït	-	80	-	-	-		-		-	-
Lesotho	66	53	-	-	80		58		25	41
Lettonie	>95	26	93	-	-		-		-	-
Liban	-	51	-	-	-		-		-	-
Libéria	70	19	11	-	22	p	27		4	13
Libye	-	-	-	-	-		-		-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-		-		-	-
Lituanie	-	23	-	-	-		-		-	-
Luxembourg	56	-	-	-	-		-		-	-
Madagascar	3	5	2	52	5		6	p	1	2
Malaisie	73	37	>95	71	-		-		-	-
Malawi	84	66	49	-	59		44		22	32
Maldives	-	-	-	-	-		-		-	-
Mali	35	35	21	7	47		26		1	8
Malte	-	75	-	-	-		-		-	-
Maroc	62	48	>95	-	-		-		-	-
Mauritanie	34	23	23	15	-		-		-	-
Mexique	58	60	74	28	-		36	p	-	7

PAYS ET ZONES	COUVERTURE DES INTERVENTIONS									
	FEMMES ENCEINTES RECEVANT DES ARV POUR LA PTME (%) 2016 *	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL (TARV) (%) 2016 *			UTILISATION DU PRÉSERVATIF CHEZ LES ADOLESCENTS AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES (%) 2011-2016 *			ADOLESCENTS AYANT ÉTÉ TESTÉS POUR LE VIH AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET AYANT RECU DES RÉSULTATS (%) 2011-2016 *		
		Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Hommes		Femmes	Hommes		Femmes
Micronésie (États Fédérés de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	-	33	-	-	78	p	-	-	-	-
Monténégro	-	60	-	-	64	p	-	<0,1	0	-
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	80	54	38	-	39	-	43	p	10	25
Myanmar	87	55	78	-	-	-	-	-	2	1
Namibie	>95	64	66	-	75	-	61	-	14	29
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	64	40	83	-	-	-	-	-	3	3
Nicaragua	>95	43	71	33	-	-	-	-	-	-
Niger	52	32	17	14	-	-	-	-	2	4
Nigeria	32	30	21	-	46	p	38	-	2	4
Nioué	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nouvelle Zélande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oman	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ouganda	>95	67	47	-	52	-	26	-	28	39
Ouzbékistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistan	4	7	10	85	-	-	-	-	-	-
Palaos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	-	54	-	-	-	-	-	-	-	-
Papouasie Nouvelle Guinée	33	52	37	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	71	35	55	25	-	-	50	x	-	-
Pays-Bas	>95	80	>95	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	85	60	73	15	-	-	20	-	-	-

PAYS ET ZONES	COUVERTURE DES INTERVENTIONS											
	FEMMES ENCEINTES RECEVANT DES ARV POUR LA PTME (%) 2016 *	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL (TARV) (%) 2016 *			UTILISATION DU PRÉSERVATIF CHEZ LES ADOLESCENTS AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES (%) 2011-2016 *				ADOLESCENTS AYANT ÉTÉ TESTÉS POUR LE VIH AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET AYANT REÇU DES RÉSULTATS (%) 2011-2016 *			
		Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
Philippines	12	32	10	3	-		-		-		<0,1	
Pologne	-	-	-	-	-		-		-		-	
Portugal	-	-	-	-	-		-		-		-	
Qatar	-	86	-	-	-		-		-		-	
République Arabe Syrienne	-	-	-	-	-		-		-		-	
République centrafricaine	81	24	18	25	50	x	28	x	7	x	15	x
République de Corée	-	-	-	-	-		-		-		-	
République de Moldova	>95	29	83	55	-		-		6		10	
République Démocratique du Congo	70	42	30	-	17		12		1		5	
République démocratique populaire lao	50	41	34	-	-		-		1		1	
République Dominicaine	83	46	45	30	-		40		-		11	
République populaire démocratique de Corée	-	-	-	-	-		-		-		-	
République Tchèque	-	52	-	-	-		-		-		-	
République Unie de Tanzanie	84	62	48	-	45		38		13		21	
Roumanie	>95	68	>95	66	-		-		-		-	
Royaume-Uni	-	-	-	-	-		-		-		-	
Rwanda	82	80	55	-	-		-		22		27	
Sainte Lucie	-	-	-	-	-		-		-		12	
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	54	x	50	x	-		-	
Saint Marin	-	-	-	-	-		-		-		-	
Saint-Siège	-	-	-	-	-		-		-		-	

PAYS ET ZONES	COUVERTURE DES INTERVENTIONS											
	FEMMES ENCEINTES RECEVANT DES ARV POUR LA PTME (%) 2016 *	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL (TARV) (%) 2016 *			UTILISATION DU PRÉSERVATIF CHEZ LES ADOLESCENTS AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES (%) 2011-2016 *				ADOLESCENTS AYANT ÉTÉ TESTÉS POUR LE VIH AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET AYANT RECU DES RÉSULTATS (%) 2011-2016 *			
		Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
Saint Vincent-et-les-Grenadines	-	-	-	-	-		-		-		-	
Samoa	-	-	-	-	-		-		1	x	0	x
Sao Tomé et Príncipe	-	-	-	-	79		-		8		22	
Sénégal	55	52	26	31	-		-		6		10	
Serbie	-	62	-	-	63	x	-		1	x	1	x
Seychelles	-	-	-	-	-		-		-		-	
Sierra Leone	87	26	18	-	24		10		3		11	
Singapour	-	-	-	-	-		-		-		-	
Slovaquie	-	59	-	-	-		-		-		-	
Slovénie	-	-	-	-	-		-		-		-	
Somalie	7	11	5	-	-		-		-		-	
Soudan	4	10	16	-	-		-		-		-	
Soudan du Sud	29	10	5	-	-		6	x,p	-		4	x
Sri Lanka	-	27	-	-	-		-		-		-	
Suède	>95	83	>95	-	-		-		-		-	
Suisse	-	-	-	-	-		-		-		-	
Suriname	89	48	81	36	-		86	x,p	-		11	x
Tadjikistan	85	30	88	90	-		-		-		1	
Tchad	63	39	14	-	-		54		2		5	
Thaïlande	95	69	86	>95	-		-		4		6	
Timor Leste	-	-	-	-	-		-		-		-	
Togo	86	51	26	27	-		-		7		11	
Tokélaou	-	-	-	-	-		-		-		-	
Tonga	-	-	-	-	-		-		2		0	
Trinité-et-Tobago	95	62	>95	-	-		-		-		-	
Tunisie	-	29	-	-	-		-		-		<0,1	

PAYS ET ZONES	COUVERTURE DES INTERVENTIONS									
	FEMMES ENCEINTES RECEVANT DES ARV POUR LA PTME (%) 2016 *	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL (TARV) (%) 2016 *			UTILISATION DU PRÉSERVATIF CHEZ LES ADOLESCENTS AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES (%) 2011-2016 *			ADOLESCENTS AYANT ÉTÉ TESTÉS POUR LE VIH AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET AYANT REÇU DES RÉSULTATS (%) 2011-2016 *		
		Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Hommes		Femmes	Hommes		Femmes
Turkménistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Turquie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ukraine	84	37	64	-	90	-	-	10	-	7
Uruguay	83	53	>95	-	-	67	p	-	-	7
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (République Bolivarienne de)	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vietnam	66	47	84	-	-	-	-	-	-	4
Yémen	8	18	21	-	-	-	-	-	-	-
Zambie	83	65	52	-	38	33	-	19	-	33
Zimbabwe	93	75	-	-	71	-	-	19	-	30
RÉCAPITULATIF										
Afrique de l'Est et du Sud	88	60	51	-	54	-	-	16	-	24
Afrique de l'Ouest et Centrale	49	34	21	-	43	32	-	3	-	6
Afrique Sub-Saharienne	78	54	42	-	49	32	-	10	-	15
Amérique du Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique latine et les Caraïbes	75	57	53	-	-	-	-	-	-	-
Asie du Sud	38	46	33	-	-	-	-	-	-	-
Est de l'Asie et Pacifique	54	48	62	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Est et Asie Centrale	-	29	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Ouest	-	77	-	-	-	-	-	-	-	-

PAYS ET ZONES	COUVERTURE DES INTERVENTIONS									
	FEMMES ENCEINTES RECEVANT DES ARV POUR LA PTME (%) 2016 *	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH RECEVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL (TARV) (%) 2016 *			UTILISATION DU PRÉSERVATIF CHEZ LES ADOLESCENTS AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES (%) 2011-2016 *		ADOLESCENTS AYANT ÉTÉ TESTÉS POUR LE VIH AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET AYANT REÇU DES RÉSULTATS (%) 2011-2016 *			
		Tous les âges	Enfants < 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Femmes	
Europe et Asie Centrale	-	46	-	-	-	-	-	-	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	37	33	62	-	-	-	-	-	-	-
Pays les moins développés	81	56	40	-	-	-	-	8	13	-
Monde	76	53	43	-	-	-	-	-	-	-

Pour une liste complète des pays et zones des régions, sous-régions et catégories de pays, consultez le site data.unicef.org/regionalclassifications. Il est déconseillé de comparer des données issues d'éditions consécutives de La situation des enfants dans le monde. (The State of the World's Children)/

Remarques :

- Données non disponibles

x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles spécifiées dans l'en-tête de la colonne. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations des années antérieures à 2006 ne sont pas indiquées.

p Basé sur de petits dénominateurs (généralement 25 à 49 cas non pondérés). Aucune données basées sur moins de 25 observations non pondérées ne sont indiquées.

* Les données font référence à l'année la plus récente disponible pendant la période indiquée dans l'en-tête de la colonne.

Définitions des indicateurs :

Femmes enceintes recevant des ARV pour la PTME, pourcentage du nombre estimé de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des traitements efficaces de médicaments antirétroviraux (à l'exclusion de la névirapine en monodose) pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, en 2016.

Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral, pourcentage du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (TARV), en 2016. Données rapportées pour les enfants (âgés de moins de 14 ans), les adolescents (âgés de 10 à 19 ans) et tous les âges.

Utilisation du préservatif chez les adolescents ayant plusieurs partenaires, parmi les adolescents et les adolescentes (âgés de 15 à 19 ans) ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, pourcentage tout partenaire, 2011-2016.

Adolescents ayant été testé pour le VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu des résultats, pourcentage d'adolescents filles et garçons âgés de 15 à 19 ans ayant été testés pour le VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu les résultats du test le plus récent, 2011-2016.

Principales sources de données :

Femmes enceintes recevant des ARV pour la PTME, estimations ONUSIDA 2017, juillet 2017.

Personnes vivant avec le VIH recevant des TARV, estimations ONUSIDA 2017, juillet 2017.

Utilisation du préservatif chez les adolescents ayant plusieurs partenaires, Bases de données mondiales de l'UNICEF basées sur les enquêtes à indicateurs multiples (MICS), les enquêtes démographiques et de santé (EDS), les enquêtes sur les indicateurs du SIDA (AIS) et d'autres enquêtes nationales auprès des ménages.

Adolescents ayant été testés pour le VIH au cours des 12 derniers mois, bases de données mondiales de l'UNICEF basées sur les enquêtes MICS, EDS, AIS et d'autres enquêtes nationales auprès des ménages.

TABLEAU 11 PROTECTION DE L'ENFANCE

PAYS ET ZONES	TRAVAIL DES ENFANTS (%) + 2010-16 *			MARIAGE DES ENFANTS (%) + 2010-16 *		ENREGISTREMENT DES NAISSANCES (%) + 2010-16 *	MUTILATION GÉNITALE FÉMININE / EXCISION (%) + 2004-16 *			JUSTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE (%) 2010-16 *		DISCIPLINE VIOLENTE (%) + 2010-16 *															
	Total	Hommes	Femmes	Mariés avant 15 ans	Mariés avant 18 ans		Prévalence	Attitudes	Soutien de la pratique ^e	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes													
						Femmes ^a									Filles ^b												
Afghanistan	29	34	24	9	35	42	-	-	-	72	y	80	y	74	y	75	y	74	y								
Afrique du Sud	-	-	-	1	x	6	x	85	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
Albanie	5	y	6	y	4	y	0	x	10	x	99	x	-	-	-	36	x	30	x	77	x,y	81	x,y	73	x,y		
Algérie	5	y	6	y	5	y	0		3		100		-	-	-	-	-	59	y	86	y	88	y	85	y		
Allemagne	-	-	-	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Angola	23	22	25	8	30	25	-	-	-	-	20	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Antigua et Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Arabie Saoudite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Argentine	4	y	5	y	4	y	-	-	-	-	100	y	-	-	-	-	-	2		72	y	74	y	71	y	71	y
Arménie	9	y	11	y	6	y	0		5		99		-	-	-	23	10	69	71	67							
Australie	-	-	-	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Autriche	-	-	-	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Azerbaïdjan	7	x,y	8	x,y	5	x,y	2		11		94	x	-	-	-	-	-	28		77	x,y	80	x,y	74	x,y	74	x,y
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bahreïn	5	x,y	6	x,y	3	x,y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bangladesh	4	y	5	y	4	y	22		59		20		-	-	-	-	-	28	y	82		83		82		82	
Barbade	2	y	3	y	1	y	1		11		99		-	-	-	-	-	3		75	y	78	y	72	y	72	y
Bélarus	1	y	1	y	2	y	0		3		100	y	-	-	-	4	4	65	y	67	y	62	y	62	y	62	y
Belgique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PAYS ET ZONES	TRAVAIL DES ENFANTS (%) + 2010-16 *						MARIAGE DES ENFANTS (%) + 2010-16 *				ENREGISTREMENT DES NAISSANCES (%) + 2010-16*			MUTILATION GÉNÉRALE FÉMININE / EXCISION (%) + 2004-16 *			JUSTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE (%) 2010-16 *			DISCIPLINE VIOLENTE (%) + 2010-16 *					
	Total		Hommes		Femmes		Mariés avant 15 ans		Mariés avant 18 ans		Total		Femmes ¹	Filles ¹		Soutien de la pratique ²	Hommes	Femmes		Total	Hommes		Femmes		
Belize	3	y	5	y	1	y	3		26		96	-	-	-	5		5		65		67		63		
Bénin	53		54		51		7		26		85	9	0	3	17		36		91		92		90		
Bhoutan	3	y	3	y	3	y	6		26		100	-	-	-	-		68		-		-		-		
Bolivie (État plurinational de)	26	x,y	28	x,y	24	x,y	3	x	22	x	76	x,y	-	-	-	-	16	x	-		-		-		
Bosnie Herzégovine	5	x,y	7	x,y	4	x,y	0		4		100	x	-	-	-	6		5		55	y	60	y	50	y
Botswana	9	x,y	11	x,y	7	x,y	-		-		83	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Brésil	7	y	9	y	5	y	11	x	36	x	96	-	-	-	-		-		-		-		-		
Brunei Darussalam	-		-		-		-		-		-	-	-	-	-		-		-		-		-		
Bulgarie	-		-		-		-		-		100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Burkina Faso	39	y	42	y	36	y	10		52		77		76	13	9	34		44		83	x,y	84	x,y	82	x,y
Burundi	26	y	26	y	27	y	3		20		75	-	-	-	44		73		-		-		-	-	
Cabo Verde	6	y	-		-		3	x	18	x	91	-	-	-	17	x,y	17	x,y	-	-	-	-	-	-	
Cambodge	19	y	20	y	19	y	2		19		73	-	-	-	27	y	50	y	-	-	-	-	-	-	
Cameroun	47		50		44		10		31		66	1	1	y	7	39		36		85		85		85	
Canada	-		-		-		-		-		100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Chili	7	y	-		-		-		-		99	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Chine	-		-		-		-		-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Chypre	-		-		-		-		-		100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Colombie	8	y	10	y	5	y	5		23		99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Comores	22	y	20	y	24	y	10		32		87	-	-	-	17		39		-		-		-	-	
Congo	23		-		-		6		33		96	-	-	-	40		54		83		-		-	-	
Costa Rica	4	y	4	y	5	y	7		21		100	y	-	-	-	-	4		46	y	52	y	39	y	

PAYS ET ZONES	TRAVAIL DES ENFANTS (%) + 2010-16 *						MARIAGE DES ENFANTS (%) + 2010-16 *				ENREGISTREMENT DES NAISSANCES (%) ++ 2010-16 +			MUTILATION GÉNÉRALE / EXCISION (%) + 2004-16 * +			JUSTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE (%) 2010-16 *			DISCIPLINE VIOLENTE (%) + 2010-16 *							
	Total		Hommes		Femmes		Mariés avant 15 ans		Mariés avant 18 ans		Total	Femmes ^a		Filles ^b		Soutien de la pratique ^c		Hommes		Femmes		Total		Hommes		Femmes	
Côte d'Ivoire	26	y	25	y	28	y	10	33	65		38	10	14	42	48	91	x,y	91	x,y	91	x,y						
Croatie	-		-		-		-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Cuba	-		-		-		5	26	100		-	-	-	7	y	4	y	36	37	35							
Danemark	-		-		-		-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Djibouti	8	x,y	8	x,y	8	x,y	2	x	5	x	92	x	93	49	y	37	-	-	72	x,y	73	x,y	71	x,y			
Dominique	-		-		-		-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Égypte	7		8		6		2	17	99		87	14	y	54	-	36	y	93	93	93							
El Salvador	9	y	13	y	5	y	6	26	99		-	-	-	-	8	52	55	50									
Émirats Arabes Unis	-		-		-		-	-	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Équateur	5	y	5	y	5	y	4	x	22	x	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
Érythrée	-		-		-		13	41	-		83	33	12	45	51	-	-	-	-	-	-						
Espagne	-		-		-		-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Estonie	-		-		-		-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
eSwatini	7	y	8	y	7	y	1	5	54		-	-	-	17	20	88	89	88									
État de Palestine	6	y	7	y	4	y	1	15	99		-	-	-	-	-	92	93	92									
États-Unis	-		-		-		-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Éthiopie	27	y	31	y	24	y	14	40	3		65	16	18	28	63	-	-	-	-	-							
ex-République yougoslave de Macédoine	13	y	12	y	13	y	1	7	100		-	-	-	-	15	69	y	71	y	67	y						
Fédération de Russie	-		-		-		-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Fidji	-		-		-		-	-	-		-	-	-	-	-	72	x,y	-	-	-	-						
Finlande	-		-		-		-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
France	-		-		-		-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						

PAYS ET ZONES	TRAVAIL DES ENFANTS (%) + 2010-16 *						MARIAGE DES ENFANTS (%) + 2010-16 *			ENREGISTREMENT DES NAISSANCES (%) + 2010-16*		MUTILATION GÉNÉRALE FÉMININE / EXCISION (%) + 2004-16 *			JUSTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE (%) 2010-16 *			DISCIPLINE VIOLENTE (%) + 2010-16 *							
	Total		Hommes		Femmes		Mariés avant 15 ans		Mariés avant 18 ans		Total		PRÉVALENCE	ATTITUDES		Hommes		Femmes		Total		Hommes		Femmes	
													Femmes ¹	Filles ¹	Soutien de la pratique ²										
Gabon	13	y	15	y	12	y	6		22		90	-	-	-	40		50	-	-	-					
Gambie	19	y	21	y	18	y	9		30		72	75	56	65	33		58	90	y	90	y	91	y		
Géorgie	4	y	6	y	2	y	1		14		100	-	-	-	-	7	x	67	x,y	70	x,y	63	x,y		
Ghana	22	y	23	y	21	y	5		21		71	4	1	2	13		28	94	y	94	y	94	y		
Grèce	-		-		-		-		-		100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Grenade	-		-		-		-		-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Guatemala	26	y	35	y	16	y	6		30		96	y	-	-	-	7		11	-	-	-	-	-	-	
Guinée	28	y	29	y	27	y	21		52		58	97	46	76	66		92	-	-	-	-	-	-	-	
Guinée équatoriale	28	x,y	28	x,y	28	x,y	9		30		54	-	-	-	52		53	-	-	-	-	-	-	-	
Guinée-Bissau	51		50		53		6		24		24	45	30	13	29		42	82		83		82		82	
Guyana	18		20		17		4		30		89	-	-	-	10		10	70		74		65		65	
Haïti	24	y	25	y	24	y	3		18		80	-	-	-	15		17	85	y	85	y	84	y	84	
Honduras	14	y	21	y	8	y	8		34		94	-	-	-	10		12	-	-	-	-	-	-	-	
Hongrie	-		-		-		-		-		100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Île Maurice	-		-		-		-		-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Îles Cook	-		-		-		-		-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Iles Marshall	-		-		-		6	x	26	x	96	x	-	-	-	58	x	56	x	-	-	-	-	-	
Îles Salomon	48	y	47	y	49	y	6		21		88	-	-	-	57		77	86	y	86	y	85	y	85	
Îles Turques-et-Caïques	-		-		-		-		-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Îles Vierges britanniques	-		-		-		-		-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Inde	12	x,y	12	x,y	12	x,y	18	x	47	x	72	-	-	-	42	x	47	x	-	-	-	-	-	-	
Indonésie	7	x,y	8	x,y	6	x,y	1		14		73	y	-	49	y	-	18	y	35	-	-	-	-	-	

PAYS ET ZONES	TRAVAIL DES ENFANTS (%) + 2010-16 *						MARIAGE DES ENFANTS (%) + 2010-16 *			ENREGISTREMENT DES NAISSANCES (%) ++ 2010-16 +		MUTILATION GÉNÉRALE / EXCISION (%) + 2004-16 * +			JUSTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE (%) 2010-16 *			DISCIPLINE VIOLENTE (%) + 2010-16 *						
	Total		Hommes		Femmes		Mariés avant 15 ans		Mariés avant 18 ans		Total	Femmes ^a	Filles ^b	Soutien de la pratique ^c		Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes				
Iran (République Islamique de)	11	y	13	y	10	y	3		17		99	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Iraq	5	y	5	y	4	y	5		24		99		8	3	y	5	-	51	79	y	81	y	77	y
Irlande	-		-		-		-		-		100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islande	-		-		-		-		-		100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israël	-		-		-		-		-		100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italie	-		-		-		-		-		100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaïque	3	y	4	y	3	y	1		8		100		-	-	-	-	5	85	y	87	y	82	y	
Japon	-		-		-		-		-		100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordanie	2	y	3	y	0	y	0		8		99		-	-	-	-	70	y	90	y	91	y	89	y
Kazakhstan	2	x,y	2	x,y	2	x,y	0		7		100		-	-	-	-	14	53		55		50		
Kenya	26	x,y	27	x,y	25	x,y	4		23		67		21	3		6	36	42	-	-	-	-	-	
Kirghizistan	26		30		22		1		12		98		-	-	-	-	33	57		60		54		
Kiribati	-		-		-		3	x	20	x	94	x	-	-	-	-	60	x	76	x	81	x,y	-	-
Koweït	-		-		-		-		-		-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	23	x,y	25	x,y	21	x,y	1		17		43		-	-	-	40		33	-	-	-	-	-	
Lettonie	-		-		-		-		-		100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liban	2	x,y	3	x,y	1	x,y	1	x	6	x	100	x	-	-	-	-	10	x,y	82	x,y	82	x,y	82	x,y
Libéria	21	x,y	21	x,y	21	x,y	9		36		25	y	50	-		39	24	43	90	x,y	90	x,y	90	x,y
Libye	-		-		-		-		-		-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-		-		-		-		-		100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	-		-		-		-		-		100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxembourg	-		-		-		-		-		100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	23	y	23	y	23	y	12		41		83		-	-	-	46	y	45	-	-	-	-	-	

PAYS ET ZONES	TRAVAIL DES ENFANTS (%) + 2010-16 *			MARIAGE DES ENFANTS (%) + 2010-16 *		ENREGISTREMENT DES NAISSANCES (%) + 2010-16*		MUTILATION GÉNÉRALE FÉMININE / EXCISION (%) + 2004-16 *			JUSTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE (%) 2010-16 *		DISCIPLINE VIOLENTE (%) + 2010-16 *									
	Total	Hommes	Femmes	Mariés avant 15 ans	Mariés avant 18 ans	Total	PRÉVALENCE		ATTITUDES	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes								
							Femmes ¹	Filles ¹							Soutien de la pratique ²							
Malaisie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71	y	74	y	67	y						
Malawi	39	42	37	9	42	67	-	-	-	13	16	72	73	72								
Maldives	-	-	-	0	x	4	x	93	x	-	-	-	14	x,y	31	x,y	-	-	-			
Mali	56	59	52	17	52	87		83	76	75	51	73	73	73	73							
Malte	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Maroc	8	x,y	9	x,y	8	x,y	3	x	16	x	94	y	-	-	64	x	91	x,y	92	x,y	90	x,y
Mauritanie	38	-	-	14	34	66		67	53	36	21	y	27	y	80		-	-	-	-	-	-
Mexique	12	16	9	4	26	95		-	-	-	-	5	63	63	63							
Micronésie (États Fédérés de)	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	17	19	15	0	5	99		-	-	-	9	y	10	49	52	46						
Monténégro	13	15	10	1	5	99		-	-	-	5	3	69	73	66							
Montserrat	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	22	x,y	21	x,y	24	x,y	14	48	48	-	-	-	20	23	-	-	-	-	-	-	-	-
Myanmar	9	y	10	y	9	y	2	16	81	-	-	-	49	51	77	y	80	y	75	y		
Namibie	-	-	-	2	7	87	y	-	-	-	22	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nauru	-	-	-	2	x	27	x	83	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	37	37	38	10	37	58		-	-	-	-	43	82	83	81							
Nicaragua	15	x,y	18	x,y	11	x,y	10	x	41	x	85	-	-	-	-	14	x,y	-	-	-	-	-
Niger	31	y	31	y	30	y	28	76	64	2	2	y	6	27	60	82	y	82	y	81	y	
Nigeria	25	y	24	y	25	y	17	43	30	y	25	17	23	25	35	91	y	91	y	90	y	
Nioué	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PAYS ET ZONES	TRAVAIL DES ENFANTS (%) + 2010-16 *						MARIAGE DES ENFANTS (%) + 2010-16 *						ENREGISTREMENT DES NAISSANCES (%) ++ 2010-16*			MUTILATION GÉNITALE FÉMININE / EXCISION (%) + 2004-16 * +			JUSTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE (%) 2010-16 *			DISCIPLINE VIOLENTE (%) + 2010-16 *		
	Total		Hommes		Femmes		Mariés avant 15 ans		Mariés avant 18 ans		Total	Femmes ^a	Filles ^b	Soutien de la pratique ^c		Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes				
Nouvelle Zélande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Oman	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-		
Ouganda	16	y	17	y	16	y	10	40	30	30	1	1	9	44	58	-	-	-	-	-	-	-		
Ouzbékistan	-	-	-	-	0	x	7	x	100	x	-	-	-	61	x	70	x	-	-	-	-	-		
Pakistan	-	-	-	-	3	-	21	-	34	-	-	-	-	32	y	42	y	-	-	-	-	-		
Palaos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Panama	3	y	4	y	1	y	7	26	96	-	-	-	-	-	6	45	47	43	-	-	-	-		
Papouasie Nouvelle Guinée	-	-	-	-	2	x	21	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Paraguay	28	y	32	y	24	y	2	x	18	x	85	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Pays-Bas	-	-	-	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Pérou	22	y	24	y	19	y	3	22	98	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Philippines	11	y	14	y	8	y	2	15	90	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-		
Pologne	-	-	-	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Portugal	3	x,y	4	x,y	3	x,y	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Qatar	-	-	-	-	0	-	4	-	100	y	-	-	-	16	7	50	y	53	y	46	y	-		
République Arabe Syrienne	4	x,y	5	x,y	3	x,y	3	x	13	x	96	x	-	-	-	-	89	x,y	90	x,y	88	x,y		
République centrafricaine	29	y	27	y	30	y	29	68	61	24	1	11	75	80	92	y	92	y	92	y	92	y		
République de Corée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
République de Moldova	16	x,y	20	x,y	12	x,y	0	12	100	-	-	-	-	13	11	76	y	77	y	74	y	-		

PAYS ET ZONES	TRAVAIL DES ENFANTS (%) + 2010-16 *						MARIAGE DES ENFANTS (%) + 2010-16 *		ENREGISTREMENT DES NAISSANCES (%) + 2010-16*	MUTILATION GÉNÉRALE / EXCISION (%) + 2004-16 *			JUSTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE (%) 2010-16 *		DISCIPLINE VIOLENTE (%) + 2010-16 *					
	Total		Hommes		Femmes		Marriés avant 15 ans	Marriés avant 18 ans		PRÉVALENCE		ATTITUDES Soutien de la pratique ^e	Hommes		Femmes		Total	Hommes		Femmes
										Femmes ¹	Filles ¹									
République Démocratique du Congo	38		36		41		10	37	25	-	-	-	61	75	82	82	81			
République démocratique populaire lao	10	y	9	y	11	y	9	35	75	-	-	-	49	58	76	y	77	y	74	y
République Dominicaine	13		17		9		12	36	88	-	-	-	-	2	63	64	61			
République populaire démocratique de Corée	-		-		-		-	-	100	x	-	-	-	-	-	-	-			
République Tchèque	-		-		-		-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-			
République Unie de Tanzanie	29	y	29	y	28	y	5	31	26	10	0	3	40	58	-	-	-			
Roumanie	1	x,y	1	x,y	1	x,y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Royaume-Uni	-		-		-		-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-			
Rwanda	29	y	27	y	30	y	0	7	56	-	-	-	18	41	-	-	-			
Sainte Lucie	4	y	5	y	3	y	1	8	92	-	-	-	-	7	68	y	71	y	64	y
Saint-Kitts-et-Nevis	-		-		-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Saint Marin	-		-		-		-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-			
Saint-Siège	-		-		-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Saint Vincent-et-les-Grenadines	-		-		-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Samoa	-		-		-		1	11	59	-	-	-	30	37	-	-	-			
Sao Tomé et Príncipe	26		25		28		8	35	95	-	-	-	14	19	80	80	79			

PAYS ET ZONES	TRAVAIL DES ENFANTS (%) + 2010-16 *			MARIAGE DES ENFANTS (%) + 2010-16 *		ENREGISTREMENT DES NAISSANCES (%) ++ 2010-16 *	MUTILATION GÉNITALE FÉMININE / EXCISION (%) + 2004-16 *			JUSTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE (%) 2010-16 *		DISCIPLINE VIOLENTE (%) + 2010-16 *		
	Total	Hommes	Femmes	Mariés avant 15 ans	Mariés avant 18 ans		Femmes ^a	Filles ^b	ATTITUDES Soutien de la pratique ^c	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Sénégal	23	29	17	9	31	68	24	15	19	25	57	-	-	-
Serbie	10	12	7	0	3	99	-	-	-	-	4	43	44	42
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	37	y 38	y 37	y 13	39	77	90	31	y 69	34	63	82	y 81	y 82
Singapour	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovaquie	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-
Slovénie	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-
Somalie	49	x,y 45	x,y 54	x,y 8	x 45	x 3	x 98	46	y 65	-	76	x,y	-	-
Soudan	25	28	22	12	34	67	87	32	41	-	34	64	65	63
Soudan du Sud	-	-	-	9	52	35	-	-	-	-	79	-	-	-
Sri Lanka	1	y 1	y 1	y 2	x 12	x 97	x	-	-	-	-	53	x,y	-
Suède	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-
Suisse	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	4	y 4	y 4	y 5	19	99	-	-	-	-	13	86	y 87	y 85
Tadjikistan	10	x,y 9	x,y 11	x,y 0	12	88	-	-	-	-	60	78	x,y 80	x,y 75
Tchad	52	51	52	30	67	12	38	10	29	51	74	71	72	71
Thaïlande	8	x,y 8	x,y 8	x,y 4	23	100	y	-	-	-	9	9	75	77
Timor Leste	4	x,y 4	x,y 4	x,y 3	19	55	-	-	-	81	86	-	-	-
Togo	28	29	27	6	22	78	5	0	1	18	29	81	81	80
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	-	-	-	0	6	93	-	-	-	21	29	-	-	-
Trinité-et-Tobago	1	x,y 1	x,y 1	x,y 2	x 8	x 97	x	-	-	-	-	8	x 77	x,y 78
Tunisie	2	y 3	y 2	y 0	2	99	-	-	-	-	30	93	y 94	y 92

PAYS ET ZONES	TRAVAIL DES ENFANTS (%) + 2010-16 *			MARIAGE DES ENFANTS (%) + 2010-16 *		ENREGISTREMENT DES NAISSANCES (%) + 2010-16*		MUTILATION GÉNÉRALE FÉMININE / EXCISION (%) + 2004-16 *			JUSTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE (%) 2010-16 *		DISCIPLINE VIOLENTE (%) + 2010-16 *								
	Total	Hommes	Femmes	Mariés avant 15 ans	Mariés avant 18 ans	Total	PRÉVALENCE		ATTITUDES	Soutien de la pratique ^e	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes						
							Femmes ¹	Filles ¹													
Turkménistan	0	1	0	0	6	100	-	-	-	-	26	37	y	39	y	34	y				
Turquie	6	y	8	y	4	y	1	15	99	y	-	-	-	-	13	-	-	-			
Tuvalu	-	-	-	0	10	50	-	-	-	73	70	-	-	-							
Ukraine	2	y	3	y	2	y	0	9	100	-	-	-	9	3	61	y	68	y	55	y	
Uruguay	8	x,y	8	x,y	8	x,y	1	25	100	-	-	-	-	2	55	y	58	y	51	y	
Vanuatu	15	y	15	y	16	y	3	21	43	y	-	-	-	60	60	84	y	83	y	84	y
Venezuela (République Bolivarienne de)	8	x,y	9	x,y	6	x,y	-	-	81	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Vietnam	16	17	16	1	11	96	-	-	-	-	28	68	72	65							
Yémen	23	x,y	21	x,y	24	x,y	9	32	31	19	16	y	19	-	49	79	y	81	y	77	y
Zambie	41	x,y	42	x,y	40	x,y	6	31	11	-	-	-	32	47	-	-	-	-	-		
Zimbabwe	-	-	-	4	32	44	-	-	-	33	39	63	63	62							
RÉCAPITULATIF																					
Afrique de l'Est et du Sud	26	27	24	9	35	41	45	12	17	32	48	-	-	-							
Afrique de l'Ouest et Centrale	32	32	32	14	41	45	31	17	23	35	48	86	87	86							
Afrique Sub-Saharienne	29	30	29	12	38	43	37	15	20	34	48	-	-	-							
Amérique du Nord	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-							
Amérique latine et les Caraïbes	11	13	8	-	-	95	-	-	-	-	-	-	-	-							
Asie du Sud	-	-	-	-	-	60	-	-	-	-	-	-	-	-							

PAYS ET ZONES	TRAVAIL DES ENFANTS (%) + 2010-16 *			MARIAGE DES ENFANTS (%) + 2010-16 *		ENREGISTREMENT DES NAISSANCES (%) ++ 2010-16*		MUTILATION GÉNÉRALE FÉMININE / EXCISION (%) + 2004-16 *			JUSTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE (%) 2010-16 *		DISCIPLINE VIOLENTE (%) + 2010-16 *					
	Total	Hommes	Femmes	Mariés avant 15 ans	Mariés avant 18 ans	Total	Femmes ^a	Filles ^b	Soutien de la pratique ^c	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes				
Est de l'Asie et Pacifique	-	-	-	2	**	15	**	84	**	-	-	-	-	29	**	-	-	-
Europe de l'Est et Asie Centrale	-	-	-	1		11		99		-	-	-	-	14		-	-	-
Europe de l'Ouest	-	-	-	-	-	-	-	100		-	-	-	-	-		-	-	-
Europe et Asie Centrale	-	-	-	-	-	-	-	99		-	-	-	-	-		-	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	7	8	6	3		17		92		-	-	-	-	45		87	88	86
Pays les moins développés	26	26	24	12		40		40		-	-	-	39	49		79	79	78
Monde	-	-	-	6	**	25	**	71	**	-	-	-	-	-		-	-	-

Pour une liste complète des pays et zones des régions, sous-régions et catégories de pays, consultez le site data.unicef.org/regionalclassifications. Il est déconseillé de comparer des données issues d'éditions consécutives de La situation des enfants dans le monde. (The State of the World's Children)/

Remarques :

- Données non disponibles.

v Des estimations de 100 % ont été supposées étant donné que les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil dans ces pays sont complets et que tous les événements vitaux (y compris les naissances) sont enregistrés. Source : Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division des statistiques, Rapport statistique sur la population et l'état civil, série A, vol. LXV, New York, 2013.

x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles spécifiées dans l'en-tête de colonne. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

y Les données diffèrent de la définition standard ou ne concernent qu'une partie d'un pays. Si elles se situent dans la période de référence indiquée, ces données sont incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

+ Retrouvez des explications plus détaillée sur la méthodologie et les changements dans le calcul de ces estimations dans la remarque générale sur les données du rapport 2017 sur La situation des enfants dans le monde (The State of the World's Children).

++ Des changements dans la définition de l'enregistrement des naissances ont été effectués à partir des deuxième et troisième cycles de MICS (MICS2 et MICS3) jusqu'au quatrième cycle (MICS4). Afin de permettre la comparabilité avec les cycles ultérieurs, les données de MICS2 et MICS3 sur l'enregistrement des naissances ont été recalculées conformément à la définition de l'indicateur MICS4. Par conséquent, les données recalculées présentées ici peuvent différer des estimations incluses dans les rapports nationaux MICS2 et MICS3.

* Les données font référence à l'année la plus récente disponible pendant la période indiquée dans l'en-tête de la colonne.

** Exclut la Chine.

Les données en italique proviennent de sources différentes de celles présentées pour les mêmes indicateurs dans d'autres tableaux du rapport.

Définitions des indicateurs :

Travail des enfants, pourcentage d'enfants âgés de 5 à 17 ans impliqués dans le travail des enfants au moment de l'enquête. Un enfant est considéré comme impliqué dans le travail des enfants dans les conditions suivantes : a) les enfants âgés de 5 à 11 ans qui, pendant la

semaine de référence, ont effectué au moins une heure d'activité économique ou au moins 28 heures de tâches ménagères, b) les enfants âgés de 12 à 14 ans au moins 14 heures d'activité économique ou au moins 28 heures de travaux ménagers, c) les enfants âgés de 15 à 17 ans ayant effectué au moins 43 heures d'activité économique ou travaux ménagers pendant la semaine de référence, d) les enfants âgés 5-17 ans dans des conditions de travail dangereuses.

Mariage des enfants, pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui ont été mariées ou en union avant l'âge de 15 ans et pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui ont été mariées ou en union avant l'âge de 18 ans.

Enregistrement des naissances, pourcentage d'enfants de moins de 5 ans enregistrés au moment de l'enquête. Le numérateur de cet indicateur comprend les enfants déclarés porteurs d'un certificat de naissance, qu'ils aient ou non été vus par l'enquêteur, et ceux sans certificat de naissance dont la mère ou le soignant a déclaré que la naissance a été enregistrée.

Mutilation génitale féminine / excision (MGF / E), (a) Femmes : pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une MGF / E, b) filles : pourcentage de filles âgées de 0 à 14 ans ayant subi une MGF / E (tel que rapporté par leur mère), c) soutien de la pratique : pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont entendu parler de MGF / E et pensent que la pratique devrait continuer.

Justification de la violence conjugale, pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans considérant qu'un mari a le droit de frapper ou de battre sa femme pour au moins l'une des raisons spécifiées, c'est-à-dire : sa femme brûle la nourriture, sort sans le lui dire, néglige les enfants ou refuse les relations sexuelles.

Discipline violente, pourcentage d'enfants âgés de 1 à 14 ans qui subissent une discipline violente (agression psychologique et / ou punition physique).

Principales sources de données :

Travail des enfants, enquêtes démographiques et de santé (EDS), enquêtes à indicateurs multiples (MICS), et autres enquêtes nationales sur la santé.

Mariage des enfants, EDS, MICS et autres enquêtes nationales.

Enregistrement des naissances, EDS, MICS, autres enquêtes nationales, recensements et systèmes d'enregistrement de l'état civil.

Mutilation génitale féminine / excision, EDS, MICS et autres enquêtes nationales.

Justification de la violence conjugale, EDS, MICS et autres enquêtes nationales.

Discipline violente, EDS, MICS et autres enquêtes nationales.



UNFPA

Réaliser un monde où
chaque grossesse est désirée
chaque accouchement est
sans danger et le potentiel de
chaque jeune est accompli

