

SERVICES DE SANTÉ INCLUSIFS POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES

TABLE DES MATIÈRES

1. PRÉSENTATION	6
2. CONTENU TECHNIQUE	8
2.A.....	Contexte 8
2.B.....	Cadre juridique 4
2.C.....	A
accès à la santé pour les personnes handicapées : sujets préoccupants.....	15 Point sur la situation nationale 16
2.D.....	M
mesures destinées à garantir le droit des personnes handicapées aux services de santé	29
Point sur la situation nationale.....	41
3. RÉSUMÉ ET PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS.....	41
4. RESSOURCES UTILES	42
5. ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE	43
Fiche de cours du formateur - Le droit à la santé, Session 1	43
Activité d'apprentissage 2.B.: Des droits étroitement liés	45
Support: Article 25 de la CDPH.....	46
Fiche de cours du formateur - Le droit à la santé, Session 2	47
Activité d'apprentissage 2.D.: Plan pour lever les barrières aux soins de santé.....	48
Support: Barrières aux soins de santé pour les personnes handicapées	49

Remerciements

La Division pour le développement social Inclusif (DDSI) souhaite remercier tous ceux qui ont contribué aux Outils sur le handicap pour l'Afrique, dont le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), la Commission économique pour l'Afrique (CEA), le Bureau international du Travail (BIT), le Centre international de formation de l'OIT (CIF-OIT), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Union africaine et les gouvernements du Kenya, d'Afrique du Sud et de Zambie. La DSPD souhaite également remercier le gouvernement italien pour son soutien financier et les nombreuses organisations de personnes handicapées africaines (OPH) qui ont apporté une contribution essentielle à ces Outils.

Liste d'acronymes

ANVPT	Accès non visuel aux postes de travail
AT	Aide technique
CDE	Comité des droits de l'enfant
CDPH	Comité des droits des personnes handicapées
CDPH	Convention relative aux droits des personnes handicapées
CE	Commission européenne
CEDAW	Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CESCR	Comité des droits économiques, sociaux et culturels
CIDE	Convention relative aux droits de l'enfant
CIDE	Convention relative aux droits de l'enfant
CIF	Classification internationale du fonctionnement, Organisation mondiale de la santé
CIF-OIT	Centre international de formation de l'OIT
DSPD	Division pour le développement social et inclusif/DAES des Nations Unies
DUDH	Déclaration universelle des droits de l'homme
G3ICT	Initiative mondiale TIC pour tous
GCP	Gestion du cycle de projet
HCDH	Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme
IFD	Institutions de financement du développement
IMF	Institutions de microfinance
ODD	Objectifs de développement durable
OIT	Organisation internationale du travail
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONU-DAES	Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPH	Organisations de personnes handicapées
OSISA	Open Society Initiative for Southern Africa

PIDCP	Pacte international relatif aux droits civils et politiques
PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
PIP	Programme d'intervention prolongée
PM	Partenariats multipartites
PNA	Plans nationaux d'action
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
SABE	Self-Advocates Becoming Empowered
TIC	Technologies de l'information et de la communication
TIC	Technologies de l'information et de la communication
UIP	Union interparlementaire
UIT	Union internationale des télécommunications
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise
VOCA	Dispositif de communication avec sortie vocale

1. PRÉSENTATION

La section de présentation fournit des informations sur les objectifs et le public cible, sur le contenu et le plan du module, ainsi que sur les résultats d'apprentissage.

Objectifs du module

- ▶ Mettre en lumière les barrières aux soins de santé pour les personnes handicapées et examiner les actions à mener pour les éliminer.

À qui est destiné ce module?

Ce module s'adresse à tous ceux qui ont un intérêt ou un devoir de protéger et de promouvoir les Droits Humains et les droits des handicapés, y compris les personnes handicapées elles-mêmes et leurs organisations représentatives. Le module est particulièrement pertinent pour les décideurs dans le contexte de la santé, les professionnels de la santé, les prestataires de soins de santé, les gouvernements, les universités et les ONG qui travaillent à améliorer l'accès des personnes handicapées aux services de santé.

De quoi traite ce module?

Le contenu de ce module:

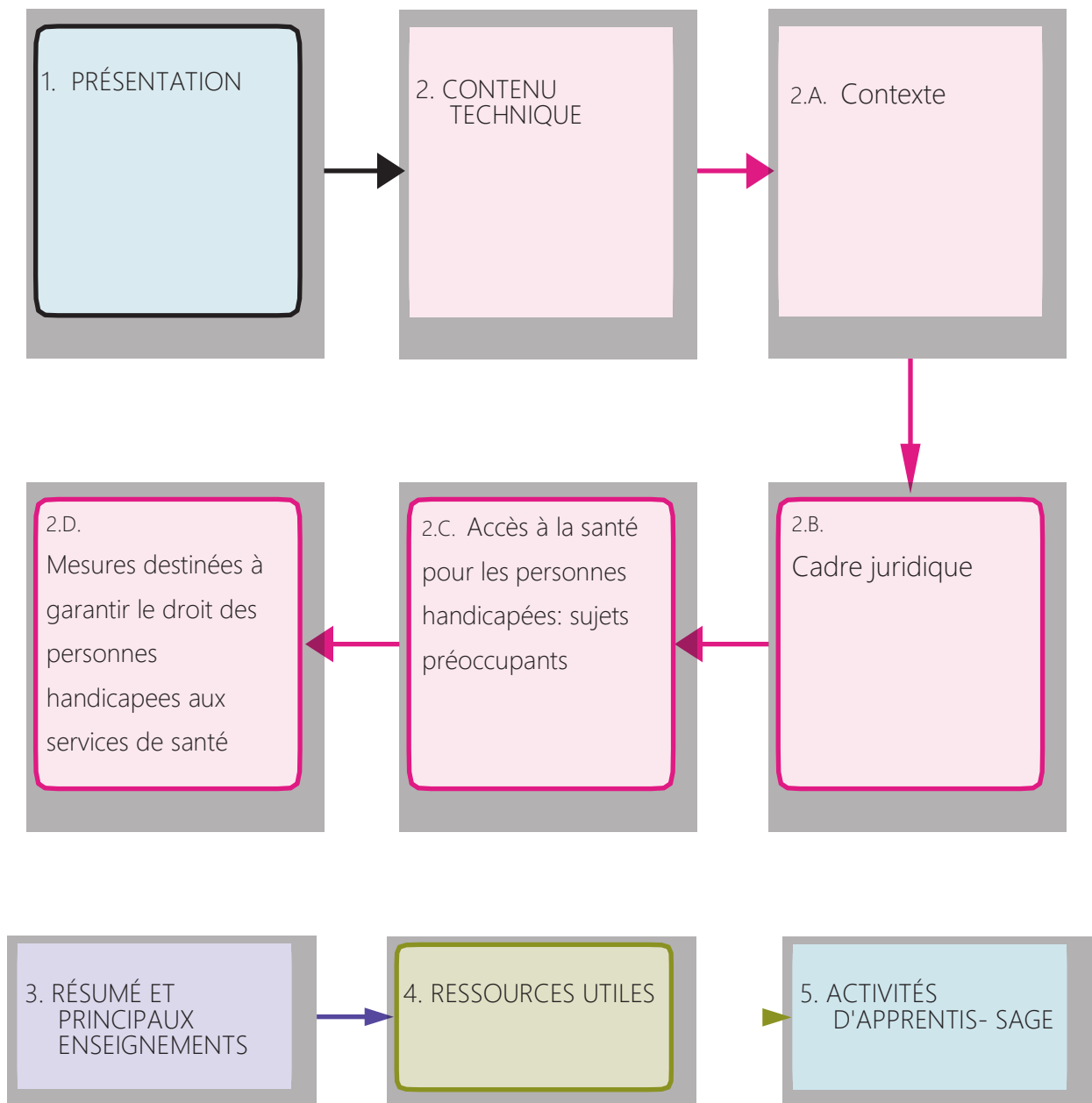
- ▶ explique les liens entre santé et handicap de façon générale;
- ▶ étudie les dispositions de la Convention sur les droits des personnes handicapées (CDPH) en rapport avec les services de santé;
- ▶ examine les sujets de préoccupation spécifiques en relation avec les services de santé;
- ▶ définit des mesures destinées à éliminer les barrières à l'inclusion des personnes handicapées dans les services de santé;
- ▶ inclut des exercices d'apprentissage pour accompagner les supports;
- ▶ fournit une liste de ressources clés pour référence.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de ce module, les participants auront:

1. étudié les principales dispositions de la CDPH en rapport avec les soins de santé;
2. identifié les sujets de préoccupation spécifiques en relation avec les services de santé;
3. défini un certain nombre de stratégies destinées à éliminer les barrières à l'inclusion des personnes handicapées dans les services de santé.

Plan du module



2. CONTENU TECHNIQUE

2.A. Contexte

L'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité. »¹

Il a été dit que, alors que « la santé n'est pas tout, tout n'est rien sans la santé. » Ceci parce qu'une bonne santé est la condition préalable pour jouir de nombreux aspects fondamentaux de la vie, tels que l'éducation, le travail et la société et pour y participer.

La santé est déterminée par un large éventail de facteurs, dont la plupart se situent en- dehors du domaine de la santé. Les facteurs sociaux, économiques et environnementaux sont les principaux facteurs extérieurs déterminants en matière de santé. Les personnes handicapées qui sont disproportionnellement touchées par la pauvreté sont souvent dans des situations qui ont des répercussions négatives sur leur santé, y compris à cause d'un accès insuffisant à l'éducation, aux conditions d'hygiène, à l'eau potable et à la sécurité alimentaire, entre autres. Au niveau individuel, des facteurs tels que l'âge, le sexe, les facteurs héréditaires et les choix de vie sont importants.

Le nombre de personnes vivant avec un handicap est en augmentation, en raison de facteurs tels que la croissance et le vieillissement de la population et les progrès médicaux qui préservent et prolongent la vie. Cela a augmenté la demande de services de santé. Certaines personnes handicapées sont plus susceptibles que le reste de la population de connaître des problèmes de santé dérivés. Il en résulte que les personnes handicapées peuvent avoir des besoins plus importants que la population générale. Les services de promotion de la santé destinés à prévenir l'aggravation du handicap et la promotion de la santé en général sont importants pour la qualité de vie et l'état de santé de ceux qui sont touchés par le handicap.

Les personnes handicapées rencontrent des obstacles significatifs dans l'accès aux soins de santé. Ces barrières peuvent être particulièrement graves pour ceux qui résident dans des zones rurales, et peuvent inclure:

- ▶ des hôpitaux et cliniques physiquement inaccessibles;
- ▶ un manque de transports appropriés leur permettant d'atteindre des services de soins médicaux ou de réadaptation; un manque de communication et d'aménagement dans les établissements de santé;
- ▶ du personnel non formé et un manque d'effectif;
- ▶ des attitudes négatives des prestataires de soins de santé;
- ▶ des pratiques néfastes, notamment en ce qui concerne les personnes présentant des handicaps psychosociaux;
- ▶ le refus de traitement en raison du handicap.

¹ Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1948.

Comme pour les membres de la population en général, les besoins de santé des personnes handicapées peuvent largement varier. L'éventail de services disponible pour la population générale doit aussi être accessible aux personnes présentant tout type de handicap. Une attention particulière doit également être portée à la satisfaction des besoins de ceux qui présentent des handicaps invisibles, notamment des handicaps psychosociaux et autres troubles mentaux. La garantie d'une meilleure santé mentale fait partie intégrante de la prestation de services de santé, mais elle n'a pas reçu l'attention adéquate de la part des dirigeants politiques et de la société en général. Il en résulte un lourd fardeau à porter et un obstacle croissant au développement dans de nombreux pays du monde.

Même si les gouvernements ne peuvent pas offrir de garanties contre les maladies ou les affections, il leur appartient de prendre des mesures pour améliorer la santé humaine, que ce soit dans l'environnement social, physique, juridique ou économique.

Le modèle médical contre le modèle social du handicap

Le modèle médical du handicap:

Le mythe le plus notable et le plus répandu touchant les droits de l'homme et le handicap est peut-être l'idée que le handicap est tout simplement un problème médical qui doit être résolu, ou une maladie qui doit être « soignée ». Cette notion implique qu'une personne qui présente un handicap est en quelque sorte « cassée » ou « malade » et a besoin d'une réparation ou de soins. En définissant le handicap comme le problème et l'intervention médicale comme la solution, les individus, les sociétés et les gouvernements échappent à la responsabilité de la lutte contre les barrières qui existent dans les environnements sociaux et physiques. Au lieu de cela, ils font reposer la charge de résoudre le « problème » de la personne handicapée sur les professions médicales. De nombreux gouvernements du monde entier ont alimenté le modèle médical en finançant de nombreuses recherches médicales ayant pour but de trouver le « médicament » pour certains handicaps, tout en n'octroyant aucun financement pour éliminer les barrières qui créent le handicap dans la société.

Le modèle social du handicap:

Le modèle social envisage le handicap comme quelque chose qui est créé par les barrières et attitudes de la société, et non comme un trait ou une caractéristique inhérent à la personne. Selon le modèle social, la société crée la plupart des barrières sociales et physiques que nous considérons comme « handicapantes » et ce modèle a pour but d'éliminer ces barrières, et non pas de « réparer » ou « soigner » les handicaps. Cela comprend la modification de l'environnement construit, l'apport d'informations dans des formats accessibles et la garantie que les lois et politiques soutiennent l'exercice de la pleine participation et la non-discrimination.

Adapté de Human Rights Yes! de Janet Lord et Allison deFranco The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, The Right to Health, disponible à l'adresse:

<http://www1.umn.edu/humanrts/edumat/hreduseries/HR-YES/chap-8.html>

2.B. Cadre juridique

Le droit à la santé est bien établi dans le droit international des droits de l'homme, y compris dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels², qui reconnaît le droit de chacun à jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il soit capable d'atteindre (art. 12) ; et la Convention relative aux droits de l'enfant, qui demande aux États parties de reconnaître le droit aux enfants handicapés de bénéficier d'une aide spécifique pour garantir leur accès effectif aux soins de santé et à la rééducation de façon propre à assurer une intégration sociale aussi complète que possible et leur épanouissement personnel, y compris dans le domaine culturel et spirituel (art. 23).

La constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) consacre aussi le meilleur état de santé possible comme un droit de tout être humain. Le droit à la santé inclut aussi un accès à des soins de santé rapides, satisfaisants et abordables, tout en étant d'une qualité appropriée. Le droit à la santé signifie que les États doivent créer les conditions dans lesquelles chacun peut bénéficier de la meilleure santé possible. Cela ne signifie pas le droit à être en bonne santé.

La santé comme ressource pour la vie quotidienne

Pour atteindre un état de bien-être physique, mental et social complet, un individu ou un groupe doit pouvoir identifier et réaliser ses aspirations, satisfaire ses besoins et changer ou gérer son environnement. La santé est donc conçue comme une ressource pour la vie quotidienne, et non pas comme un objectif de vie. La santé est un concept positif qui met l'accent sur les ressources sociales et personnelles, ainsi que sur les capacités physiques. (OMS, 1998)

La Convention relative aux droits des personnes handicapées renforce et intensifie la protection des personnes handicapées en matière de santé et de réadaptation. Elle reconnaît que les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible et que les États parties doivent reconnaître ce droit sans discrimination fondée sur le handicap (art. 25), et garantit ensuite le droit des personnes handicapées à l'accès à des services de réadaptation de toute sorte (art. 26). En outre, la Convention reconnaît le droit des personnes handicapées à l'accès, au sein de leur communauté, à une gamme de services à domicile ou en établissement et autres services sociaux d'accompagnement (art. 19).

Important

- Le droit à la santé inclut l'accès aux programmes de santé publique essentiels ainsi qu'aux services de réadaptation, y compris établissements de soins, soins de proximité et services d'aide.
- Les services doivent être proposés sur une base individuelle ou « axée sur la personne », dans le respect des services d'aide nécessaires (par exemple, dispositifs de soutien, soins infirmiers, répit, réadaptation, activités quotidiennes et conseils en matière de soins).
- Le droit à la santé inclut l'accès aux services de santé de base ainsi qu'aux services de réadaptation spécialisés.

² La Déclaration universelle des droits de l'homme, avec le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, ainsi que le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, sont reconnus comme la charte internationale des droits.

En interdisant toute forme de discrimination, la CDPH demande aussi que des aménagements raisonnables soient proposés. Il est donc demandé aux États de prendre des mesures pour:

- ▶ garantir que les personnes handicapées sont raisonnablement intégrées dans le contexte des services de soins, et
- ▶ garantir d'une façon générale l'accessibilité aux services de soins de santé.

Essentiel pour de nombreuses personnes handicapées, le droit à la santé inclut l'accès aux soins de réadaptation. Le droit à la réadaptation est énoncé plus largement dans l'article 26 de la CDPH.

Santé et adaptation/réadaptation

« *Adaptation* désigne le processus visant à aider les personnes à acquérir de nouvelles compétences, capacités et connaissances. *Réadaptation* désigne la réacquisition de compétences, de capacités ou de connaissances qui ont été perdues ou affaiblies à cause de l'acquisition d'un handicap, ou en raison d'un changement relatif au handicap ou aux circonstances ».

« En lien étroit avec la perception du handicap au sens strict en tant que problème médical, renforcé par le modèle médical du handicap, on trouve l'idée que l'adaptation et la réadaptation sont aussi des sujets médicaux et font donc partie du contexte de la santé. L'adaptation et la réadaptation comprennent une gamme de mesures (physiques, professionnelles, éducatives, liées à la formation et autres) nécessaires pour autonomiser les personnes handicapées afin d'améliorer leur indépendance et leur capacité à participer à la société, et pas seulement pour parvenir à la santé physique ou mentale. C'est la raison pour laquelle le droit à la santé et le droit à l'adaptation et à la réadaptation sont traités séparément dans la CDPH. L'exception, bien sûr, est que les soins de réadaptation sont reconnus comme une partie du droit à la santé. Cela inclut, par exemple, les thérapies physiques de renforcement des muscles touchés par une blessure, une maladie ou un handicap. »

Adapté de Human Rights Yes ! de Janet Lord et Allison deFranco The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Chapters on the Right to Health and the Right to Habilitation and Rehabilitation, disponible à l'adresse:

<http://www1.umn.edu/humanrts/edumat/hreduseries/HR-YES/contents.html>

Comme les autres droits traités dans les présents Outils, les droits des personnes handicapées à la santé sont indivisibles, interdépendants et reliés aux autres droits consacrés par la CDPH. Une relation à double sens existe souvent entre la jouissance des droits d'une personne et son incapacité à en jouir. Par exemple, une mauvaise santé a des retombées négatives sur la possibilité de recevoir une éducation ou de travailler. Dans le même temps, un manque d'accès à l'éducation ou au travail a des retombées sur la possibilité qu'a la personne d'accéder à des soins de santé appropriés. Le présent module cible le droit à la santé. Cependant, les liens étroits entre les droits établis par la CDPH mettent en lumière le besoin d'une approche globale quant à son application.

Le plan d'action mondial de l'OMS sur le handicap 2014-2021 met l'accent sur la réalisation d'une santé, d'un fonctionnement, d'un bien-être et des droits humains optimaux pour toutes les personnes handicapées. Le plan d'action appelle les États membres de l'OMS à éliminer les obstacles et à améliorer l'accès aux services et programmes de santé ; renforcer et étendre la réadaptation, les appareils fonctionnels et les services de soutien, ainsi que la réadaptation à base communautaire ; et améliorer la

collecte de données pertinentes et comparables au niveau international sur le handicap, ainsi que la recherche sur le handicap et les services connexes³.

Le plan d'action poursuit les trois objectifs suivants :

1. éliminer les obstacles et améliorer l'accès aux services et programmes de santé ;
2. renforcer et étendre les services de réadaptation, d'adaptation, de technologie d'assistance, d'assistance et de soutien, et la réadaptation à base communautaire ; et
3. renforcer la collecte de données pertinentes et comparables au niveau international sur le handicap et soutenir la recherche sur le handicap et les services associés.⁴

Le 27 mai 2021, la 74e Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution EB148.R6 « Le niveau de santé le plus élevé possible pour les personnes handicapées. »⁵ La résolution vise à rendre le secteur de la santé plus inclusif et accessible aux personnes handicapées en s'attaquant aux obstacles importants aux services de santé auxquels elles sont confrontées. Ceux-ci incluent :

- **Accès à des services de santé efficaces** : les personnes handicapées rencontrent souvent des obstacles qui affectent gravement leurs droits, y compris des obstacles physiques qui empêchent l'accès aux établissements de santé ; barrières informationnelles qui empêchent l'accès à l'information sur la santé et barrières comportementales qui conduisent à la discrimination.
- **Protection pendant les urgences sanitaires** : les urgences de santé publique, telles que la pandémie de COVID-19 (voir Module sur COVID-19), affectent de manière disproportionnée les personnes handicapées car les plans nationaux de préparation et de réponse aux urgences sanitaires ne les prennent souvent pas en compte.
- **Accès aux interventions de santé publique dans différents secteurs** : les interventions de santé publique n'atteignent pas les personnes handicapées car l'information n'est pas dans un format accessible et leurs besoins et situations spécifiques ne sont pas reflétés dans les interventions.

La résolution vise également à améliorer la collecte et la ventilation de données fiables sur le handicap afin d'éclairer les politiques et programmes de santé⁶.

La stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées : un engagement renouvelé pour une Europe sans barrières se concentre sur l'élimination des barrières⁷. La Commission a identifié huit grands domaines d'action: accessibilité, participation, égalité, emploi, éducation et formation, protection sociale, santé et action extérieure. L'article 7 - Santé, stipule :

³ Ib ³ WHO: Disability and Rehabilitation Team: www.who.int/disabilities

⁴ Ibid.

⁵ "A New Landmark Resolution on Disability Adopted at the 74th World Health Assembly," May 27, 2021, <https://www.who.int/news/item/27-05-2021-a-new-landmark-resolution-on-disability-adopted-at-the-74th-world-health-assembly>

⁶ Ibid.

⁷ 2006 Eurobarometer: 91% find that more money should be spent on eliminating physical barriers for people with disabilities

«Les personnes handicapées peuvent avoir un accès limité aux services de santé, y compris aux traitements médicaux de routine, ce qui entraîne des inégalités de santé sans rapport avec leur handicap. Ils ont droit à l'égalité d'accès aux soins de santé, y compris aux soins préventifs, et à des services de santé et de réadaptation spécifiques et abordables qui tiennent compte de leurs besoins, y compris ceux liés au genre. C'est principalement la tâche des États membres, qui sont responsables de l'organisation et de la prestation des services de santé et des soins médicaux. La Commission soutiendra les développements politiques pour un accès égal aux soins de santé, y compris des services de santé et de réadaptation de qualité conçus pour les personnes handicapées. Il accordera une attention particulière aux personnes handicapées lors de la mise en œuvre des politiques visant à lutter contre les inégalités de santé ; promouvoir des actions dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail pour réduire les risques de handicaps se développant au cours de la vie professionnelle et améliorer la réinsertion des travailleurs handicapés⁸ ; et travailler pour prévenir ces risques⁹. »

Les droits des personnes handicapées à la santé sont indivisibles, interdépendants et interconnectés avec les autres droits inscrits dans la CDPH. Une relation bidirectionnelle existe souvent entre la jouissance ou l'incapacité de jouir de ses droits. Par exemple, une mauvaise santé a un impact négatif sur la capacité d'une personne à faire des études ou à travailler. Dans le même temps, le manque d'accès à l'éducation ou au travail a un impact sur la capacité d'accéder à des soins de santé appropriés. Le présent module porte sur le droit à la santé. Cependant, les relations interconnectées entre les droits énoncés dans la CDPH soulignent la nécessité d'une approche holistique de sa mise en œuvre.

Voir l'activité d'apprentissage 2.B. intitulée Des droits étroitement liés

La section qui suit étudie plus en détail leur application et celle des autres droits de la CDPH dans le contexte des services de santé.

⁸ Health and Safety at Work 2007-2012 – COM (2007) 62.

⁹ EUROPEAN COMMISSION, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - European Disability Strategy 2010-2020: A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0636:FIN:EN:PDF>

2.C. Accès à la santé pour les personnes handicapées: sujets préoccupants

Éliminer les barrières rencontrées par les personnes handicapées dans l'accès à la santé

Des défis pour les personnes handicapées continuent d'exister dans les pays développés comme dans les pays en développement, bien qu'à des degrés divers. Ces défis incluent l'accès difficile aux soins/traitements médicaux, à la thérapie, aux technologies d'assistance, à l'éducation, à la négligence, à la marginalisation, à l'exploitation, à la stigmatisation, à l'humiliation, etc.

Bien que les hommes comme les femmes soient confrontés à des obstacles aux soins de santé, les hommes sont moins susceptibles que les femmes de considérer qu'eux-mêmes ou leurs enfants sont suffisamment malades pour avoir besoin de services de soins de santé et savoir où accéder à ces services. Les hommes signalent également plus de difficultés à accéder au financement des soins de santé.¹⁰

L'état de santé des personnes handicapées est souvent plus mauvais que celui de la population générale. Jusqu'à relativement récemment, de telles différences étaient fréquemment considérées comme une conséquence inévitable du handicap, mais il est de plus en plus admis qu'elles peuvent en réalité être le résultat d'inégalités et d'inéquités en termes d'accès aux soins de santé.

Les problèmes de handicap se manifestent principalement dans les contextes sociaux et les relations sociales, plus que dans la situation médicale d'un individu. Dans le contexte de la santé, la stigmatisation et le préjudice font apparaître des barrières supplémentaires, qui se dressent alors devant les personnes handicapées. Cela inclut: **les barrières physiques** qui empêchent l'accès des personnes handicapées aux cliniques et hôpitaux ; **les obstacles en termes d'information** qui empêchent l'accès des personnes handicapées à la littérature médicale et aux brochures et tracts d'information destinés à la promotion, la prévention et la protection sanitaires ; **les barrières comportementales** qui font apparaître des discriminations pouvant avoir de fortes retombées sur les droits des personnes handicapées, particulièrement sur celles qui présentent des handicaps psychosociaux ; et **les barrières institutionnelles** qui comprennent la législation, les pratiques et les procédures qui interdisent l'accès des personnes handicapées aux soins de santé. Les services destinés aux personnes présentant des handicaps physiques, sensoriels ou intellectuels ont aussi fait l'objet de critiques en relation avec les barrières culturelles et liées à la communication.

L'accès aux soins de santé pour les personnes handicapées s'étend bien au-delà des facteurs d'accessibilité décrits précédemment. Des différences en matière d'accès aux services sociaux et de santé peuvent apparaître en raison de la disponibilité, dans la mesure où les services peuvent être rares ou tout simplement parce qu'ils ne sont pas proposés à certains groupes, parce que leur qualité peut varier selon les groupes, et parce que certains groupes peuvent ne pas être au courant de certains services par manque d'information. Il est important d'améliorer à la fois la capacité des personnes handicapées à accéder au système de soins de santé et la garantie que le système est capable de répondre de façon rapide et appropriée à leurs besoins.

¹⁰ WHO: Disability and Rehabilitation Team: www.who.int/disabilities.

Services spécialisés

Outre la garantie d'accès des personnes handicapées aux services de santé généraux, certains services spécialisés, tels que les services de réadaptation, peuvent être nécessaires. Par exemple, dans certains cas les personnes ont besoin de services de soins ou de réadaptation spécifiques à leur incapacité. De nombreux pays possèdent un hôpital ou un centre national de réadaptation qui propose des services spécialisés aux patients venus de tout le pays et qui, après un accident, une maladie ou une blessure, ont acquis un handicap physique ou cognitif et ont besoin d'une réadaptation spécialisée. La difficulté dans de nombreux pays tient à ce que de telles installations peuvent soigner un nombre limité de patients, entraînant de longues périodes d'attente ou même un refus de traitement.

Exemples

- ▶ Quand l'accès aux traitements médicaux est limité, les personnes handicapées peuvent ne pas être prioritaires pour le traitement. Par exemple, dans le cas du VIH et du SIDA, les personnes handicapées peuvent ne pas recevoir de thérapie antirétrovirale et de prophylaxie après exposition en raison d'une stigmatisation et d'une discrimination liée au handicap.
- ▶ L'intimité et la confidentialité peuvent être compromises pour les personnes handicapées recherchant un traitement ou un conseil médical du fait de la présence d'assistants personnels ou d'interprètes en langue des signes.
- ▶ Les personnes qui apportent une assistance technique destinée à mettre en application les programmes de santé publique manquent souvent d'expertise en matière de handicap et écartent donc le handicap de leurs évaluations et autres travaux (par exemple, conception d'enquêtes sur les ménages, stratégies de sensibilisation).
- ▶ Les documents écrits sur les questions de santé peuvent ne pas être accessibles aux personnes aveugles. Les messages à la radio ne sont pas accessibles aux personnes sourdes.

Point sur la situation nationale

Quelles sont, selon vous, les barrières les plus importantes aux services de santé et aux services sociaux personnels pour les personnes handicapées? Comment ces barrières peuvent-elles être réduites?

Barrières aux services de santé et aux services sociaux personnels pour les personnes handicapées

- manque d'accès physique, y compris de transports et/ou de proximité des cliniques et, à l'intérieur des cliniques, manque de rampes, de tables d'examen et d'installations similaires adaptées;
- manque de documents d'information et de communication (par exemple, manque de documents en braille, en grands caractères, en langage simple et en images; manque d'interprètes en langue des signes, manque de documents pour les sourds et les personnes présentant un déficit auditif);
- manque de bureaux privés pour discuter de sujets de santé et de problèmes sociaux confidentiels;
- manque de temps, de soin et d'attention supplémentaires pour répondre aux besoins des personnes handicapées;
- manque de points d'eau, de toilettes et de salles de bains adaptés;
- manque de sensibilisation, de connaissances et de compréhension des besoins des personnes handicapées;
- attitudes négatives, préjugés et stigmatisation imposée de la part des prestataires de soins de santé et de services sociaux;
- manque de connaissances et de compétences des prestataires en ce qui concerne les personnes handicapées;
- manque de coordination entre les prestataires de soins de santé;
- manque de formation du personnel de santé;
- manque de financements, y compris manque d'assurance-maladie.

Important

Trop souvent, même les politiques bien intentionnées traitent les personnes handicapées comme une « cible », comme des bénéficiaires passifs des services de santé et des services sociaux personnels. Une consultation avec les personnes handicapées et les OPH est essentielle pour garantir que les programmes répondent effectivement aux besoins. Le cadre AAAQ (disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité, Availability, Accessibility, Acceptability and Quality) fournit un cadre utile pour identifier les obstacles à des soins de santé inclusifs pour les personnes handicapées.

Point sur la situation nationale

Quelles sont les barrières aux soins de santé dans votre pays selon le cadre AAAQ?

BONNES PRATIQUES MONDIALES: ACCÈS À LA SANTÉ

BANGLADESH

WISH2ACTION: Améliorer l'accessibilité des centres de santé grâce à une conception universelle et à des aménagements raisonnables¹¹

Conformément à la « Loi de 2013 sur les droits et la protection des personnes handicapées » du Bangladesh, les prestataires de services de santé sont tenus d'apporter des changements ou des « ajustements raisonnables » à leurs pratiques afin d'améliorer la prestation de services aux personnes handicapées et de les protéger contre la discrimination ou les désavantages. À ce titre, le gouvernement du Bangladesh a créé des centres de santé syndicale et de planification familiale au niveau des communautés rurales sous la direction du directeur général de la planification familiale (DGFP), ministère de la Santé et du Bien-être familial. Cependant, étant donné que la conception d'accessibilité universelle n'a pas été prise en compte lors de leur développement, les centres sont restés inaccessibles aux personnes handicapées et aux patients vulnérables.

Le projet WISH2ACTION de Handicap International (HI) financé par FCDO, mis en œuvre dans la région de Sitakund Upazila, vise à créer un environnement sans obstacle pour les personnes handicapées afin d'améliorer leur participation aux installations communautaires, y compris les services de santé sexuelle et reproductive (SSR). Dans le cadre du projet WISH2ACTION, HI s'est associé au gouvernement du Bangladesh, à des ONG locales et à des organisations de personnes handicapées (OPD) pour rendre accessibles les changements structurels de certains centres de planification familiale et de services de SSR. L'approche à deux volets de WISH2ACTION comprenait la diffusion d'informations sur les services de SSR accessibles aux personnes handicapées, y compris la fourniture de conseils à domicile sur la planification familiale, les services néonataux et les soins de santé aux adolescents. Ensuite, le personnel de WISH2ACTION et les membres de l'ODP ont encouragé les personnes handicapées à se rendre dans leurs centres de santé locaux pour obtenir des services une fois que les centres étaient accessibles pour leurs appareils fonctionnels.

FINLANDE

Une carte d'invalidité pour soutenir l'égalité d'accès¹²

En 2016, l'Union européenne (UE) a piloté la « carte européenne d'invalidité » dans huit pays, dont la Finlande, pour permettre aux personnes handicapées de communiquer leurs besoins et d'accéder à une aide dans les États membres de l'UE. La Fondation finlandaise de service pour les personnes handicapées mentales (KVPS) a coordonné la mise en œuvre de l'essai national de 2018 à 2020 en collaboration avec d'autres ONG partenaires, le Forum finlandais des personnes handicapées et l'Institution d'assurance sociale de Finlande pour promouvoir la carte.

Entre juin et octobre 2018, plus de 4 000 personnes handicapées en Finlande ont demandé la carte. La carte d'invalidité finlandaise, qui comprend une photo et un texte en braille, permet aux personnes de choisir des symboles à apposer au dos de la carte, indiquant le type d'assistance dont elles ont besoin. Les individus peuvent également inclure un code QR renvoyant vers des informations sur leur état ou l'application "What Matters to Me", développée par l'organisation finlandaise Bester en partenariat avec des personnes handicapées. L'application permet aux utilisateurs de stocker des informations sur leurs besoins d'assistance à partager si nécessaire.

¹¹ Excerpted from: STEP TOWARDS DISABILITY INCLUSIVE SEXUAL REPRODUCTIVE HEALTH: LEARNINGS FROM WISH2ACTION PROJECT

¹² Zero project: Innovative Policy 2019 on Independent Living and Political Participation

Etats-Unis

La loi sur la réadaptation de 1973 et la loi sur les Américains handicapés (ADA) de 1990¹³

L'article 504 de la loi américaine sur la réadaptation de 1973 interdit la discrimination fondée sur le handicap par tout programme ou activité bénéficiant d'une aide financière fédérale. Elle impose le respect de normes spécifiques pour la conception et la construction des nouvelles installations et assure l'accessibilité de l'ensemble des programmes. En outre, l'Americans with Disabilities Act (ADA) de 1990, Titre II (ADA) étend la protection contre la discrimination à l'ensemble des services, programmes et activités des gouvernements étatiques et locaux. Il oblige les entités publiques couvertes à fournir un accès égal aux programmes, services et activités pour les personnes handicapées. Les réglementations du Titre II et les normes ADA pour la conception accessible comprennent des exigences spécifiques concernant les nouvelles constructions et les modifications apportées aux bâtiments et aux installations, y compris les établissements de soins de santé, ainsi que les exigences relatives aux animaux d'assistance, aux communications et aux télécommunications. Pour les installations existantes qui ne sont pas accessibles, les exigences d'accès aux programmes en vertu du titre II permettent aux entités publiques la possibilité de déplacer les programmes ou de fournir des services accessibles à d'autres endroits.

Eau, assainissement et hygiène

L'accès aux installations d'eau, d'assainissement et d'hygiène est une condition sine qua non pour une bonne santé pour toutes les personnes. L'article 28 de la Convention assure « aux personnes handicapées l'égalité d'accès aux services d'eau salubre et leur assure l'accès à des services, appareils, accessoires et autres aides répondant aux besoins créés par leur handicap qui soient appropriés et abordables ». Pendant de nombreuses années, les besoins en assainissement et en hygiène des personnes handicapées ont été traités comme une faible priorité. De nombreuses personnes handicapées vivent sans accès aux services sanitaires de base, ce qui peut exacerber les incapacités et la pauvreté.

Les personnes handicapées peuvent être exposées à des risques pour la santé accrues en raison d'un manque d'accès aux services sanitaires et d'hygiène. Le manque d'installations inclusives signifie que les personnes handicapées doivent parfois s'engager dans des pratiques peu hygiéniques et dangereuses. L'accès à de l'eau potable et propre et à des installations sanitaires est un droit de base pour toutes les personnes, y compris les personnes handicapées, et dont l'absence peut avoir des répercussions importantes sur leur bien-être. Par exemple, des toilettes et installations d'eau inaccessibles sont des facteurs qui contribuent de façon importante à l'abandon scolaire parmi les enfants handicapés, particulièrement les filles.

Le handicap doit être intégré aux programmes sanitaires et d'hygiène et les projets d'assainissement doivent aller au-delà des solutions techniques et lever les barrières comportementales et institutionnelles à un assainissement accessible. De meilleures installations réduisent l'exposition aux épidémies et aux maladies, augmentant donc les possibilités et l'espérance de vie des personnes handicapées. La participation des personnes handicapées à la conception des programmes d'assainissement et d'hygiène inclusifs est cruciale, y compris le partage d'exemples de politiques et de pratiques réussies afin que les bonnes pratiques soient appliquées plus largement. Le coût d'un accès amélioré pour tous est largement compensé par les avantages.

¹³ Americans with Disabilities Act of 1990. <https://www.ada.gov/pubs/adastatute08.pdf>. Title II of the ADA is enforced by the U.S. Department of Justice, Civil Rights Division, Disability Rights Section, and the HHS Office for Civil Rights. The Title II regulations are set forth at 28 C.F.R. Part 35.

BONNE PRATIQUE: (WASH – Water, Sanitation and Hygiene – Eau, Assainissement et Hygiene) TIMOR-LESTE

Le Partenariat multipartite pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène inclusifs (2011)¹⁴

L'objectif global de ce projet WASH inclusif de sept semaines était d'assurer l'intégration réussie des besoins des personnes handicapées dans les initiatives WASH grâce à des partenariats multipartites entre les ONG et le gouvernement. La Mission contre la lèpre a mis en œuvre le projet en collaboration avec WaterAid, Plan International, DWASH, Bee Saneamentu no Igene iha Komunitade (BESIK) et Ra'es Hadomi Timor Oan (RHTO).

Les partenaires ont travaillé avec The Leprosy Mission pour proposer des projets à toutes les agences WASH au Timor-Leste, collecté des données sur les défis auxquels sont confrontées les personnes handicapées, développé des solutions durables et des ateliers de formation pour les parties prenantes, mis en place une formation pour les parties prenantes et développé des prototypes de solutions techniques.

Les partenaires ont également élaboré un rapport sur les recommandations aux parties prenantes de poursuivre les projets WASH et ont assuré le suivi de l'engagement des autres parties prenantes à continuer de travailler en faveur de WASH inclusif au Timor-Leste.

Le projet a permis d'atteindre les objectifs suivants :

- **Politique:** la mise en œuvre des directives sur les normes inclusives pour les points d'eau et les toilettes publiques a été lancée en février 2011 et a été intégrée dans les directives de la Politique Nationale d'Assainissement. Tous les nouveaux points d'eau sont construits conformément à la norme d'accessibilité élaborée dans le cadre du projet.
- **Renforcement des capacités:** l'OPH locale propose désormais des ateliers de formation sur le développement inclusif du handicap pour les autres parties prenantes.
- **Plaidoyer et sensibilisation:** un membre de l'OPH locale a participé à une tournée de conférences dans plusieurs villes australiennes (Brisbane, Canberra, Melbourne, Townsville) pour sensibiliser aux défis auxquels sont confrontées les personnes handicapées dans le Timor-Leste rural. Le projet a été promu par les stations de radio timoraises locales et les sièges sociaux internationaux de toutes les agences impliquées.
- **Accessibilité:** des brochures pédagogiques sur l'EAH inclusif ont été produites dans les dialectes locaux. Le lieu de l'atelier et le transport étaient accessibles aux personnes handicapées.
- **Participation:** l'engagement du village était l'objectif principal et les populations locales ont été encouragées à partager leurs expériences et défis WASH lors des sessions dans les villages.
- **Questions de genre:** Des experts en genre ont été activement impliqués dans le projet, et le rôle des femmes en tant que soignantes et aidantes des personnes handicapées lors de l'utilisation des installations WASH a été souligné.

La santé et les personnes présentant un handicap psychosocial

Dans certains pays, les personnes qui sont perçues comme ayant un handicap psychosocial ou un trouble mental rencontrent souvent des problèmes particuliers dans l'accès aux soins et, pire, font l'objet de mauvais traitements dans des contextes de soins ou de traitements. Cela peut comprendre une détention arbitraire en prison ou un placement non volontaire en institution, où les résidents peuvent subir des

¹⁴ Source: Extrait de: UN, BEST PRACTICES FOR INCLUDING PERSONS WITH DISABILITIES IN ALL ASPECTS OF DEVELOPMENT EFFORTS, April 2011, page 49

traitements et des médications forcés, des maltraitances verbales et physiques, de mauvaises conditions de vie et un surpeuplement, et sont souvent enchaînés pendant de longues périodes¹⁵.

Des mauvais traitements ont aussi été rapportés au niveau communautaire où, en raison de fausses idées sur les personnes présentant un handicap psychosocial, les prestataires locaux de soins de santé (y compris les guérisseurs traditionnels) adoptent parfois des pratiques abusives, dont l'enchaînement, même envers les enfants¹⁶. Les familles et les proches constituent souvent le principal mécanisme de soutien des patients présentant divers handicaps psychosociaux, mais ils ont fréquemment du mal à offrir un soutien efficace compte tenu de l'absence de dispositifs de soutien basés sur la communauté, tels que des services médicaux ambulatoires ou des services et conseils de réadaptation basés sur un consentement libre et éclairé.

Le handicap mental et psychosocial est une maladie universelle avec des défis universels. Aucun continent, aucune région, aucun pays n'est à l'abri. Cependant, les réponses correctives varient en fonction de la culture, des traditions, des ressources, des politiques et de la conscience sociale et communautaire. L'adoption du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et la reconnaissance dans celui-ci de la santé mentale comme un élément important de la santé humaine est une mesure très prometteuse dans la mobilisation internationale en faveur de la santé mentale et du bien-être¹⁷.

En raison de la nature complexe des problèmes de santé mentale, un traitement réussi nécessite un accès régulier à des professionnels de la santé et à une variété de services de soutien. Malheureusement, les services de soins de santé mentale ne sont souvent pas disponibles ou sont sous-utilisés, en particulier dans les pays en développement. L'OMS a estimé que, dans les pays développés, l'écart de traitement (le pourcentage de personnes qui ont besoin de soins de santé mentale mais ne reçoivent pas de traitement) varie de 44 % à 70 % ; dans les pays en développement, l'écart de traitement peut atteindre 90 %. Les problèmes de santé mentale courants tels que la dépression peuvent être extrêmement invalidants, mais de nombreuses personnes atteintes de ces problèmes ne reçoivent pas de traitement¹⁸.

Parmi les défis à l'accès aux soins de santé mentale figurent la disponibilité limitée et l'abordabilité des services de soins de santé mentale, l'insuffisance des politiques de soins de santé mentale, le manque d'éducation sur la maladie mentale et la stigmatisation. Dans de nombreux pays, le coût des services de santé mentale est un obstacle important à l'accès aux soins pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Bien que de nombreux pays aient introduit des soins de santé mentale publics, des soins de santé mentale privés, une assurance-maladie et des combinaisons de ces systèmes, les personnes atteintes de

¹⁵ Human Rights Watch has, for example, reported on instances of shackling in countries including Ghana, Somaliland and South Sudan. Reports available at: <https://www.hrw.org/topic/disability-rights>

¹⁶ De plus amples informations concernant les impacts des croyances négatives sur les personnes souffrant de handicaps psychosociaux peuvent être trouvées dans le module sur la « Culture, les croyances et le handicap » de la Boîte à outils pour l'Afrique.

¹⁷ Lopez A, Mathers CD, Essati M, Jamison DT, Murray CJL, Global Burden of Disease and Risk Factors, 2006, Washington, DC, World Bank.

maladie mentale grave sont fortement désavantagées sur le plan économique et social. Les troubles mentaux ne sont pas couverts par les polices d'assurance dans de nombreux pays, ce qui rend les soins de santé mentale inabordable pour de nombreuses personnes. L'OMS rapporte également que 25 pour cent de tous les pays n'offrent pas de prestations d'invalidité aux patients atteints de troubles mentaux, et qu'un tiers de la population mondiale vit dans des pays qui consacrent moins de 1 pour cent de leur budget de santé à la santé mentale. En outre, 31 % des pays n'ont pas de budget public spécifique pour les maladies mentales. Cela signifie que le coût est, et demeure, un obstacle important à l'accès aux services de santé mentale¹⁹.

Un autre défi pour accéder aux soins de santé mentale est la disponibilité des médicaments essentiels et des produits pharmaceutiques. Il s'agit d'un défi particulier dans de nombreux pays en développement et cela restreint considérablement l'accès au traitement des troubles mentaux. Le même rapport de l'OMS souligne que près de 20 % des pays n'ont pas au moins un antidépresseur commun, un antipsychotique et un antiépileptique disponibles dans les établissements de soins primaires.

L'OMS recommande l'intégration de services spécialisés de santé mentale dans les soins de santé primaires. Cela contribue à améliorer l'accès aux soins de santé et à réduire la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux et de leurs familles. La stigmatisation est considérablement réduite parce que les services de soins de santé primaires ne sont associés à aucun problème de santé spécifique, comme les troubles de santé mentale.

La sensibilisation des professionnels de la santé, des prestataires de services sociaux, des représentants du gouvernement, des autorités de sécurité, des soignants, des guérisseurs traditionnels et spirituels et du public aux besoins des personnes souffrant de handicaps mentaux et psychosociaux est très importante pour aborder et résoudre les croyances néfastes, les attitudes négatives et les préjugés. La sensibilisation est essentielle au renforcement de la capacité organisationnelle et individuelle de fournir la gamme de services de santé et sociaux qui permettront aux personnes souffrant de handicaps mentaux et psychosociaux et aux membres de leur famille de mener une vie pleinement inclusive dans leurs communautés.²⁰

Bonne pratique: Santé et personnes handicapées psychosociales

BHOUTAN

*Une stratégie nationale pour lutter contre les problèmes de santé mentale*²¹

Au Bhoutan, comme dans de nombreux pays, il y a eu un manque de sensibilisation, des mythes et de la honte concernant les problèmes de santé mentale. Par conséquent, de nombreuses personnes ont dû

¹⁹ Lund C, Myer L, Stein DJ, Williams DR, Flisher AJ, "Mental Illness and Lost Income among adult South Africa", 2013, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. May;48(5): pp.845-51

²⁰ Jamanetwork.com, « Integrating mental health into primary care: a global perspective », Organisation mondiale de la Santé et Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA), Genève, 2008, p. 13 et 19.

²¹ Zero Project.org: Innovative Policy 2019 on Independent Living and Political Participation

cachez leurs symptômes et n'ont pas accès au traitement. Cependant, pour tenter de remédier à la situation, le Programme national de santé mentale a été lancé en 1997 pour fournir des services de santé mentale communautaires et pour éduquer la société sur la protection, la prévention et le traitement de la santé mentale. Avec un réseau national de soins de santé primaires bien établi, le Bhoutan s'efforce maintenant de former des médecins, des agents de santé et des infirmières aux compétences en matière de traitement de la santé mentale ; fournir des médicaments appropriés ; et intégrer la santé mentale dans les services généraux de soins de santé primaires.

La mise en œuvre du programme national de santé mentale a commencé par des visites d'une équipe de services de santé mentale aux dirigeants communautaires, au personnel de santé local (médecins, agents de santé et infirmières) et aux guérisseurs traditionnels pour discuter des pratiques existantes, comprendre leurs points de vue et obtenir leur coopération. . À la suite de ces consultations, le personnel de santé offre une éducation et une formation pour présenter les concepts modernes de santé mentale et leurs avantages. L'équipe de santé mentale, composée de dirigeants communautaires, de personnel de santé local et de guérisseurs traditionnels, identifie les cas potentiels dans la communauté et dispense une formation aux compétences psychiatriques de base, telles que le diagnostic et le traitement des problèmes de santé mentale courants. Après avoir interrogé et diagnostiqué les cas identifiés, l'équipe aide les agents de santé locaux à créer des plans de traitement individuels, qui incluent des consultations avec les familles et leur implication dans la supervision des médicaments et le soutien émotionnel. Les agents de santé locaux assurent le suivi des cas individuels dans les cliniques ou par le biais de visites à domicile. Au niveau national, une équipe de base de spécialistes de la santé mentale visite régulièrement les centres de santé primaires pour suivre les activités et assurer une supervision clinique.

En 2017, le Bhoutan comptait 345 médecins (y compris des spécialistes), 25 cliniciens, 1 264 infirmières et 600 assistants de santé. En 2018, le programme a formé environ 86 pour cent des médecins généralistes, 25 pour cent des infirmières et 75 pour cent des agents de soins de santé primaires.

Santé sexuelle et génésique des personnes handicapées

La santé génésique va au-delà de l'absence de maladie ou d'infirmité. C'est un état de bien-être physique, mental et social complet dans tous les domaines relatifs au système reproductif, à tous les âges de la vie.

Les personnes handicapées ont les mêmes besoins en termes de sexualité et de santé génésique que les autres personnes. Cependant, même si les services et informations existants peuvent généralement être facilement adaptés pour satisfaire les personnes handicapées, leur accès est souvent semé d'embûches. Dans de nombreux cas, des barrières sont créées ou entretenues par la stigmatisation, l'ignorance et les attitudes négatives de la société et des individus, y compris des prestataires de soins de santé. Par exemple, on suppose souvent que les personnes handicapées ne sont pas sexuellement actives et n'ont donc pas besoin de services de santé sexuelle et génésique. Quand on travaille pour s'assurer que tous les programmes de santé sexuelle et génésique touchent les personnes handicapées et répondent à leurs besoins, il est également important d'améliorer la sensibilisation concernant leurs besoins et leurs droits.

Le besoin de services de santé sexuelle et génésique pour les femmes handicapées est souvent accru en raison de leur plus grande vulnérabilité aux abus. Les femmes handicapées sont plus souvent victimes de violence sexiste, d'agression sexuelle, de négligence, de maltraitance et d'exploitation que les femmes non handicapées.²² Les personnes handicapées sont parfois placées dans des institutions, des foyers de groupe, des hôpitaux et d'autres situations de vie en groupe, où elles peuvent non seulement être empêchées de prendre des décisions éclairées et indépendantes concernant leur santé sexuelle et reproductive, mais aussi faire face à un risque accru d'abus sexuels et la violence.

Les personnes présentant un handicap intellectuel ou mental sont particulièrement vulnérables à cet égard. Les violences faites aux femmes handicapées peuvent aussi prendre la forme d'interventions ou de traitements médicaux forcés, y compris la stérilisation forcée, dont l'incidence a été rapportée dans de nombreux pays et régions.

On a aussi souvent refusé aux femmes handicapées le droit d'entretenir des relations et de décider si elles veulent une famille, quand et avec qui, et dans certains cas, elles subissent un mariage forcé.

Le résultat de ce risque accru de violence sexuelle est que les femmes handicapées sont aussi plus à risque d'être infectées par le VIH et autres maladies sexuellement transmissibles. Dans des situations de crise, ces risques sont multipliés.

BONNES PRATIQUES: SERVICES DE SSR

BANGLADESH

WISH2ACTION: garantir une livraison à domicile sûre et propre dans le cluster d'Ulipur grâce à la réponse aux inondations et au COVID-19²³

En 2020, trois inondations se sont produites dans le cluster Ulipur au milieu de la crise COVID-19. L'équipe du projet WISH2ACTION de HI a identifié que les femmes enceintes handicapées souffraient de lacunes dans les services de SSR, car les centres de santé et de planification familiale devenaient inaccessibles pour les soins prénatals ou l'accouchement. L'équipe du projet WISH2ACTION a organisé des réunions avec les comités de gestion des clusters (CMC), sollicitant leurs suggestions pour améliorer la situation. Le CMC a suggéré aux centres de protection familiale de mettre à jour la liste des femmes enceintes et des accoucheuses qualifiées (SBA) dans leurs régions respectives. Les SBA n'ont pas été en mesure d'assurer un accouchement propre et sûr à domicile en raison de l'indisponibilité de kits d'accouchement sûrs. Grâce à WISH2ACTION, HI a fourni aux centres de planification familiale dans 11 sous-districts (utilisés par les SBA) des kits d'accouchement sûrs

²² Dans sa publication de 2006 intitulée *In-Depth Study on All Forms of Violence against Women*, le Secrétaire général des Nations Unies a observé que les études menées en Europe, en Amérique du Nord et en Australie montraient que plus de la moitié des femmes handicapées avaient été victimes de violences physiques, contre un tiers des femmes non handicapées. A/61/122/Add.1, par. 152, citation de Human Rights Watch, "Women and girls with disabilities", disponible à l'adresse: <http://hrw.org/women/disabled.html>

²³ Extrait de: STEP TOWARDS DISABILITY INCLUSIVE SEXUAL REPRODUCTIVE HEALTH: LEARNINGS FROM WISH2ACTION PROJECT

contenant des points stériles, une lame, une feuille de caoutchouc, des gants et du matériel de serrage. De plus, les autorités de santé du district et de planification familiale, l'administration locale ont joué un grand rôle pour faciliter la mise en œuvre de l'initiative, qui a conduit à des accouchements à domicile sûrs et propres et à une diminution de la mortalité et de la morbidité maternelles.

WISH2ACTION: Services de SSR inclusifs dans différents établissements de santé pour aider les personnes handicapées à prendre les bonnes décisions

La collecte de données de HI auprès des bénéficiaires, les visites de suivi, les activités d'orientation, la cour et les séances de sensibilisation individuelles via WISH2ACTION ont révélé que la plupart des personnes handicapées n'étaient pas au courant de leurs droits en matière de SSR, de la disponibilité des services et des centres de santé, et dépendaient de établissements de santé. En réponse, l'équipe du projet WISH2ACTION a diffusé des informations précises sur les services et centres de SSR disponibles, tels que les centres de santé et de bien-être familial, les cliniques communautaires et le complexe de santé d'Upazila. En conséquence, le nombre de personnes handicapées cherchant des services de SSR et de planification familiale dans les établissements publics, qui sont gratuits, a augmenté.

Inclusion du handicap dans la lutte contre le VIH et le SIDA

Tout indique que les personnes handicapées présentent un risque d'exposition au VIH égal, si ce n'est supérieur, au reste de la population. Même si les données sont rares, une analyse de données de 2014 provenant des pays d'Afrique subsaharienne a montré que les personnes handicapées sont 1,3 fois (1,48 fois pour les femmes) plus à risque de contracter le VIH que les personnes sans handicap²⁴. De plus, tout indique que les personnes qui vivent avec le VIH ou avec le SIDA sont aussi à risque de développer des handicaps à cause de la maladie ou des traitements associés.²⁵

Pourtant, l'ONUSIDA a montré que les personnes handicapées « représentent l'une des populations les plus importantes et les moins bien desservies » en ce qui concerne les services de santé et du VIH.²⁶ Les barrières auxquelles font face les personnes handicapées en la matière sont semblables à celles rencontrées vis-à-vis de l'accès aux soins de santé en général, y compris l'absence d'informations ou d'éducation accessibles concernant la prévention, le traitement et les soins du VIH et autres sujets associés, et l'inaccessibilité des centres de dépistage et de traitement du VIH du fait de barrières physiques, de la mauvaise coordination des services de santé et de l'absence de transports accessibles.

²⁴ Informations IRIN de l'ONU, Risque accru de VIH chez les personnes handicapées, disponible à l'adresse : <http://www.irinnews.org/report/100414/heightened-hiv-risk-for-people-with-disabilities>

²⁵ Dr. Dr Jill Hanass-Hancock (HEARD, IDDC), Dr. Paul Chappell (Université de Johannesburg, IDDC) et Leandri Pretorius (HEARD), UNUSIDA Labor Document, Strategy Brief for Integrating Disability into AIDS Programming (2014).

²⁶ ONUSIDA, The Gap Report: People with Disabilities (2014).

Pour les personnes handicapées infectées par le VIH, la pauvreté et les barrières telles que le manque de transports vers les centres médicaux de traitement empêchent leur accès effectif aux soins et aux traitements, y compris les antirétroviraux et autres médicaments destinés aux infections associées. Les personnes handicapées connaissent aussi de plus forts taux de pauvreté, qui limitent encore leur accès à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien relatifs au VIH.

Obstacles à des soins du VIH et du SIDA inclusifs

Manque de disponibilité: Les installations, produits et services liés au VIH, y compris à sa prévention, aux traitements et au soutien, ne sont souvent pas disponibles pour les personnes handicapées; le nombre de prestataires de soins de santé qualifiés n'est pas suffisant pour offrir un soutien spécifique au handicap et un aménagement de la prévention du VIH, des traitements, des soins et du soutien.

Barrières à l'accessibilité: En matière d'accessibilité, il faut faire attention aux attitudes discriminantes autant qu'aux barrières physiques, économiques et liées à l'information.

- **Discrimination:** La stigmatisation et la discrimination créent des barrières à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien liés au VIH pour les personnes handicapées.
- **Inaccessibilité physique** La prévention, les traitements, les soins et le soutien liés au VIH sont souvent inaccessibles aux personnes handicapées, notamment le dépistage et les centres de traitement du VIH, en raison de barrières physiques, d'une mauvaise coordination des services de santé et d'un manque de transports.
- **Inaccessibilité économique:** Les consommateurs handicapés vivent souvent dans la pauvreté, ce qui limite leur accès à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien liés au VIH; les personnes handicapées ne jouissent pas du même accès aux installations, biens et services, y compris les dispositifs médicaux et de soutien.
- **Inaccessibilité de l'information:** Les informations relatives à la prévention, aux traitements, aux soins et autres aspects liés au VIH sont inaccessibles aux personnes handicapées ; et les personnes handicapées sont souvent jugées à tort incapables de prendre des décisions concernant leurs traitements et leurs soins ou de participer à la prise de décision.

Installations, bien et services liés au VIH et au SIDA inacceptables: Les personnes handicapées rencontrent souvent des traitements irrespectueux dans le contexte du VIH et du SIDA; les procédures de consentement éclairé ne sont souvent pas respectées pour les personnes handicapées, la confidentialité et l'intimité des personnes handicapées sont souvent violées.

Mauvaise qualité des installations, bien et services liés au VIH et au SIDA: Les personnes handicapées ont droit à des installations, des biens et des services de qualité.

Source: One Billion Strong, HIV/AIDS, Disability and Discrimination: A Thematic Guide to Law, Policy and Programming (2012).

Important

De la même façon que le handicap devrait être intégré aux services de santé en général, les droits et besoins des personnes handicapées devraient être intégrés dans les réponses nationales au VIH et au SIDA, y compris dans les plans stratégiques nationaux. Dans de nombreux pays, ce n'est pas le cas.

Exemples de bonnes pratiques

Les personnes handicapées – et leurs organisations – peuvent s'engager significativement et complètement dans les programmes liés au VIH et au SIDA. Les formes d'engagement comprennent les types d'intervention suivants:

- ▶ éduquer les personnes sur le VIH;
- ▶ proposer des moyens de prévention du VIH, des services et des traitements;
- ▶ proposer une protection contre les discriminations et la violence sexuelle; et
- ▶ sensibiliser les personnes pour qu'elles participent à la lutte contre le VIH.

DHAT

Le Disability, HIV and AIDS Trust (DHAT) travaille à la promotion des droits et au renforcement des capacités des personnes handicapées touchées par un cancer du col de l'utérus, la tuberculose, le VIH et les infections associées au SIDA. Il a pour but de parvenir à l'inclusion et à la pleine participation des personnes handicapées dans le contexte des droits du handicap, du cancer du col de l'utérus, de la tuberculose, des droits sexuels et génésiques, des interventions en matière de VIH et de SIDA.

Le Disability HIV and AIDS Trust (DHAT) est une organisation régionale à but non lucratif, enregistrée à Harare, au Zimbabwe. Site Internet: www.DHATRegional.org

2.D. Mesures destinées à garantir le droit des personnes handicapées aux services de santé

La présente section étudie les approches destinées à garantir le droit aux services de santé pour les personnes handicapées. Comme pour l'application des autres droits inscrits dans la CDPH, il existe une série de mesures pouvant être prises par les pays et autres intervenants afin de garantir le droit aux services de santé pour les personnes handicapées. On peut notamment citer:

Voir l'activité d'apprentissage 2.D. intitulée Plan pour lever les barrières aux soins de santé

Cadres juridique et politique

Les pays ont des obligations spécifiques conformément au droit international afin de respecter et garantir le droit à la santé des personnes handicapées. Les États, en coopération avec les personnes handicapées et leurs organisations représentatives, doivent faire une étude ou un exercice de cadrage de toute la législation et des politiques touchant au droit des personnes handicapées aux soins de santé. Par ce processus, les États parties peuvent identifier les domaines nécessitant une réforme ou un développement pouvant servir de fondement à l'établissement d'un cadre juridique et politique global pour le droit à la santé des personnes handicapées. Lors du développement de nouveaux cadres juridiques et politiques, il est essentiel qu'un plan de mise en œuvre²⁷ soit établi et que des processus de suivi et d'évaluation soient inclus.

Lors de l'évaluation des cadres juridiques et politiques, les domaines suivants doivent être pris en compte, entre autres:

Le rôle des médecins, infirmières et administrateurs

En tant que membres des professions de soin, les professionnels de la santé ont un rôle particulièrement important.

La sensibilisation des professionnels des services de santé aux besoins des personnes handicapées en matière de soins de santé est donc d'une importance fondamentale. Au-delà de la compréhension des droits et problèmes des personnes handicapées, les organisations représentant les personnes handicapées ont réaffirmé la persistance de barrières comportementales en matière de soins de santé, notamment un personnel de première ligne condescendant et ignorant. Les attitudes négatives et les croyances néfastes créent des barrières significatives à la prestation de soins de santé pour les personnes handicapées. Les mesures destinées à parvenir à des services de santé réellement inclusifs doivent traiter les barrières comportementales, y compris par l'éducation des professionnels de santé aux droits des personnes handicapées. Les barrières comportementales ont un effet dévastateur sur la qualité des soins de santé, particulièrement pour les personnes ayant un trouble de l'apprentissage ou mental, qui ont une longue histoire faite d'incompréhension, de peur et de stigmatisation.

²⁷ Voir le Module sur les Plans nationaux d'action des present outils.

Dans le contexte des services de santé, il est de la plus grande importance d'impliquer dans la sensibilisation les prestataires de soins de santé de première ligne qui sont en contact quotidien avec les personnes handicapées. La sensibilisation est essentielle au renforcement des capacités organisationnelles et individuelles visant à proposer une gamme de services de santé qui permettent aux personnes handicapées de vivre parfaitement intégrées dans leurs communautés.

Accessibilité physique

Les personnes handicapées qui présentent des problèmes de santé ne peuvent pas se rendre dans les hôpitaux ou cliniques si les bâtiments leur sont physiquement inaccessibles. Pour garantir la jouissance des personnes handicapées à leur droit aux services de santé, l'accessibilité doit donc être traitée largement, par exemple en matière d'entrées des bâtiments et des établissements de santé, d'équipements appropriés, d'installations sanitaires et de transports vers les établissements de santé. L'accessibilité devrait être orientée principalement sur les difficultés d'orientation dans les établissements de santé, y compris l'enregistrement des formulaires d'inscription, la présence d'un siège dans la salle d'attente, et la signalisation du moment où la personne peut entrer dans la salle d'examen.

Barrières liées à l'information

Les informations sur les services de santé sont rarement disponibles dans des formats accessibles aux personnes handicapées. Cela limite la compréhension des personnes quant aux services disponibles et à la façon d'y accéder et cela soulève des questions sur le fait de savoir:

1. si l'utilisation des services généraux et des services liés au handicap ou à la santé mentale par les personnes handicapées est une représentation exacte du besoin réel: et
2. si la qualité du consentement éclairé aux traitements est assurée.

Souvent, les efforts de sensibilisation à la santé et de promotion de la santé échouent aussi à atteindre les personnes handicapées.

Barrières économiques

Les facteurs économiques et financiers sont des barrières réelles en matière de services de santé pour les personnes handicapées. Alors que les barrières financières internes au système de santé peuvent toucher les membres de la population en général en matière d'accès aux soins, les personnes handicapées peuvent connaître des inconvénients supplémentaires pour leur santé et leur bien-être. Les personnes handicapées à faibles revenus sont plus susceptibles de rencontrer des barrières financières aux soins. Il existe des différences significatives quant à la disponibilité des services entre les personnes qui peuvent payer pour des services et celles qui n'ont pas les ressources nécessaires. Dans de nombreux pays, seuls ceux qui peuvent se permettre de payer pour des dispositifs de soutien tels que béquilles, aides auditives et lunettes peuvent s'en procurer.

Garantir la participation des OPH

L'aide aux services de santé et aux services sociaux doit être fournie, organisée et conçue selon ce qui est important pour les usagers des services de leur propre point de vue.

L'implication et la participation des utilisateurs restent limitées dans le secteur de la santé, même s'il existe maintenant une meilleure prise de conscience de l'importance de développer des formes de participation efficaces. Cela est conforme avec la CDPH, qui prévoit que les personnes handicapées et leurs organisations représentatives doivent être consultées pour les décisions concernant les lois, les politiques et les programmes (art. 4(3)).

Afin de garantir un secteur de la santé inclusif, il est essentiel pour les responsables politiques de consulter et garantir la participation – à toutes les étapes de développement, mise en œuvre, suivi et évaluation des politiques liées à la santé – des personnes handicapées présentant tous types de handicaps, ainsi que de leurs organisations représentatives. Il est reconnu qu'en matière de santé, il n'existe pas de solution passe-partout et que les services et situations sont uniques et différents dans chaque communauté et chaque pays.

Les OPH peuvent apporter leur contribution dans de nombreux domaines, y compris:

- ▶ la formation des médecins, des infirmières et des professionnels de santé;
- ▶ la conception de services de santé accessibles;
- ▶ un avis sur l'accessibilité de l'environnement existant;
- ▶ un avis sur l'accès à la communication;
- ▶ une identification des stratégies d'inclusion;
- ▶ une prestation d'aide aux familles de personnes et de patients handicapés.

Un point de contact sur l'accès et le handicap peut être organisé dans chaque hôpital ou clinique pour servir de ressource et d'interface avec la communauté des personnes handicapées, la famille des patients handicapés et les autres. Les OPH devraient être impliquées dans toutes les campagnes de sensibilisation destinées aux organisations de la société civile en lien avec l'utilisation des services de santé.

Soutenir les OPH

De nombreuses organisations de personnes handicapées ont réussi à se développer sans aide substantielle en matière de formation de leur personnel et de création de leurs structures d'organisation. Les ministères des affaires sanitaires et sociales et les agences travaillant en partenariat avec les organisations de personnes handicapées peuvent aider les OPH à garantir que des processus de gestion, tels que la planification stratégique, la gouvernance et la comptabilité générale sont mis en place pour chaque organisation et de manière collective.

BONNES PRATIQUES: ACCOMPAGNER ET ASSURER LA PARTICIPATION DES OPH

BANGLADESH

WISH2ACTION: Organisation pour les personnes handicapées (OPD) se faisant la championne des services de santé et des droits sexuels et reproductifs inclusifs (SDSR) pour les personnes handicapées.²⁸

De septembre 2018 à août 2021, HI a mis en œuvre son projet WISH2ACTION au Bangladesh pour inclure les personnes handicapées dans les services de SDSR grâce à l'engagement communautaire et à des changements de politique nationale. Au lieu d'établir de nouveaux réseaux, WISH2ACTION a tiré parti des structures existantes des ODP aux niveaux national et communautaire pour mettre en œuvre les activités du projet, notamment:

- diffuser des informations sur la SDSR sur les services aux personnes handicapées;
- le lobbying pour créer des relais communautaires afin que les services soient accessibles dans les communautés;
- plaider en faveur et faciliter la formation de services de SDSR intégrant le handicap.
- plaider au niveau de l'établissement de santé pour rendre l'infrastructure et les services de l'établissement de santé inclusifs; et
- offrir une représentation des personnes handicapées dans les structures communautaires (par exemple, les CMC) pour partager les défis rencontrés par les personnes handicapées pour accéder aux services de SDSR, et un soutien pour identifier des solutions possibles.

En travaillant avec les ODP, WISH2ACTION a augmenté le nombre de personnes handicapées recevant des services de SDSR. De plus, les ODP ont amélioré leur capacité à plaider activement en faveur des services de SDSR pour les personnes handicapées, entraînant des changements de comportement au sein des communautés et permettant aux femmes handicapées de « s'exprimer en toute confiance sur les problèmes de SDSR et leurs droits ». En formant les membres de l'ODP sur la SDSR, WISH2ACTION a également abordé les contraintes de ressources communes, telles que l'accès limité au financement et à la formation qui ont aidé les groupes à élargir la portée de leur travail et leur soutien aux personnes handicapées.

Structures institutionnelles destinées à soutenir l'accès aux services de santé

Les personnes handicapées devraient pouvoir accéder aux services de santé dans le système de santé général. Les structures institutionnelles, au niveau national, doivent travailler pour garantir une prestation de services de santé convenable aux personnes handicapées.

Dans de nombreux cas, les problèmes relatifs au handicap sont traités principalement par un ministre référent, souvent celui des Affaires sociales. Dans de nombreux pays, le ministère de la Santé est chargé de l'intégration du handicap dans tous les secteurs concernés des services de santé et du déploiement des dernières avancées médicales et chirurgicales afin d'aider les personnes handicapées à mener des vies pleines et actives.

L'intégration dans le contexte de la santé encourage l'inclusion et lève les barrières qui excluent les personnes handicapées de l'accès aux services de santé ouverts à la population générale. L'intégration concerne la mise en place d'aménagements appropriés dans les services, politiques, pratiques, installations de soins de santé ainsi que dans leur distribution, afin que les personnes

²⁸ Extrait de: Faruk Ahmed Jalal et al., Step Towards Disability Inclusive Sexual Reproductive Health: Learnings from WISH2ACTION Project (Bangladesh), August 2021). © Handicap International – Humanity & Inclusion, Bangladesh

handicapées puissent parvenir à une inclusion complète et à une participation active et sans frein en matière de soins de santé et qu'elles jouissent des bénéfices et des avancées de la science et de la technologie médicales. De plus, puisque le handicap est présent tout au long de la vie, les services de santé doivent être disponibles et accessibles pour les personnes handicapées à tous les âges de la vie.

La CDPH appelle à la mise en place (i) d'un cadre national pour son application et son suivi (art. 33), consistant en un ou plusieurs points de contact dans le gouvernement, (ii) la création possible d'un « dispositif de coordination » chargé de sa promotion, sa protection et du suivi de son application, et (iii) la désignation ou la création d'un mécanisme de suivi indépendant. Ce cadre, qui doit aussi inclure la participation de personnes handicapées et de leurs organisations représentatives, doit être entrepris pour faire avancer l'application des droits à la santé, et pour garantir que les efforts à cet égard sont harmonisés au sein du gouvernement.

Budgétisation

Des soins de santé et des transports inabordables sont les deux principales raisons qui font que les personnes handicapées ne reçoivent pas les soins de santé nécessaires dans les pays à faibles revenus. De nombreux gouvernements du monde entier ont des difficultés à fournir les ressources adéquates aux services de santé. Il existe souvent des pressions conflictuelles entre les budgets de la santé, en raison de ressources limitées, et les services tels que ceux qui sont fournis par les hôpitaux généraux ne couvrent pas les besoins des personnes handicapées. Dans de nombreux pays, les affectations budgétaires actuelles ne sont pas suffisantes pour avoir des retombées significatives dans le domaine des services aux personnes handicapées. Cependant, les gouvernements peuvent améliorer les résultats en matière de santé pour les personnes handicapées en rendant les services de santé abordables et en faisant un meilleur usage des ressources disponibles.

Dans beaucoup de pays, tant développés qu'en voie de développement, on a assisté à une augmentation significative de la gamme et de la diversité des services de santé et des services sociaux personnels fournis par les prestataires de soins de santé privés. Quand l'assurance santé privée domine le marché de la santé et le financement des soins, les gouvernements doivent garantir que les personnes handicapées sont couvertes et évaluer les mesures à prendre pour rendre les cotisations santé abordables. Les gouvernements doivent utiliser des incitations financières pour encourager les prestataires de soins de santé à rendre les services accessibles et proposer des évaluations, des traitements et un suivi détaillés. Les gouvernements doivent aussi étudier des options pour réduire ou supprimer les avances de frais des personnes handicapées qui n'ont pas d'autres moyens de financer les services de soins de santé dont elles ont besoin.

Recueillir des données sur la prestation de soins de santé pour les personnes handicapées

Les données sur le pourcentage de personnes handicapées utilisant les services de santé sont souvent difficiles à obtenir dans de nombreux pays. L'utilisation des services de santé par les personnes handicapées est rarement mesurée dans beaucoup de pays. Les enquêtes générales ne ventilent pas complètement ou systématiquement les données sur le handicap d'une manière qui permettrait une analyse distincte des facteurs sociaux, économiques et démographiques liés au handicap dans les services de santé. La CDPH demande aux États de collecter les informations appropriées, y compris les données

statistiques et de recherche, pour leur permettre d'élaborer et d'appliquer des politiques destinées à rendre effectifs des soins de santé inclusifs et les autres droits garantis par le traité.

Selon l'OMS, il n'y a « pas suffisamment de données et de recherches rigoureuses et comparables sur le handicap et les systèmes de soins de santé à l'échelle nationale et mondiale. Des données sont recueillies sur la mortalité, mais il n'existe pas de données pertinentes pour les politiques sur le fonctionnement et l'invalidité. Les systèmes nationaux de collecte de données, qui peuvent comprendre des recensements, des enquêtes démographiques et des registres de données administratives, ne recueillent pas souvent de données sur le handicap. Les personnes handicapées sont souvent exclues des essais qui recherchent des preuves scientifiques des résultats d'une intervention de santé. Le manque de données probantes constitue un obstacle important à la prise de décisions et, à son tour, a des répercussions sur l'accès aux soins de santé ordinaires et aux services spécialisés pour les personnes handicapées. ²⁹»

Selon l'OMS, les données nécessaires pour renforcer les systèmes de soins de santé comprennent : le nombre de personnes et l'état de santé des personnes handicapées ; les obstacles sociaux et environnementaux, y compris la discrimination; la réactivité des systèmes de soins de santé aux personnes handicapées; l'utilisation des services de soins de santé par les personnes handicapées; les besoins en matière de réadaptation et d'habilitation et l'ampleur du besoin de soins, qu'ils soient satisfaits ou non. Il est important de désagréger davantage ces données par sexe, âge, revenu ou profession pour découvrir des tendances, des tendances et d'autres renseignements sur les « sous-groupes » de personnes³⁰handicapées.

BONNE PRATIQUE : COLLECTE DE DONNÉES BANGLADESH

Les autorités locales utilisent la base de données des bénéficiaires wish2ACTION pour soutenir les personnes handicapées³¹

Les réunions entre le responsable de la protection sociale de l'Upazila et le président de l'Union Parishad de Salimpur de Sitakunda Upazila ont révélé des lacunes concernant les données précises disponibles pour les personnes handicapées dans la région. Pour minimiser ces lacunes, Handicap International (HI) a fourni une liste de ses bénéficiaires aux autorités et autres parties prenantes concernées dans le cadre du projet WISH2ACTION, que l'équipe du projet a préparé à partir des données collectées à l'aide du questionnaire du Groupe de Washington (WGQ). Les bureaux des administrations locales et d'autres parties prenantes ont depuis utilisé la base de données dans leurs initiatives pour soutenir les personnes handicapées.

²⁹ Voir OMS : Objectif 3 : Renforcer la collecte de données pertinentes et comparables au niveau international sur le handicap et soutenir la recherche sur le handicap et les services connexes.

³⁰ OMS : Équipe d'invalidité et de réadaptation : www.who.int/disabilities.

³¹ Faruk Ahmed Jalal et al., Step Towards Disability Inclusive Sexual Reproductive Health: Learnings from WISH2ACTION Project (Bangladesh), août 2021. © Handicap International – Humanité & Inclusion, Bangladesh

Progrès des sciences et technologies médicales: accéder aux technologies et dispositifs de soutien

Conformément à la CDPH, les États parties doivent promouvoir la mise à disposition, la connaissance et l'utilisation de technologies et dispositifs de soutien conçus pour les personnes handicapées en lien avec l'adaptation et la réadaptation.

Selon l'OMS, l'adaptation et la réadaptation peuvent réduire l'impact d'un large éventail de problèmes de santé (tels que les maladies et les blessures). Le rapport mondial sur le handicap les définit comme des ensembles de mesures qui aident les personnes souffrant ou susceptibles de souffrir d'un handicap à atteindre et à maintenir un fonctionnement optimal en interaction avec leur environnement. Englobant les soins médicaux, la thérapie et les technologies d'assistance, ces mesures devraient commencer le plus tôt possible et être disponibles aussi près que possible du lieu de résidence des personnes handicapées.

Ces dernières années, les technologies de soutien mises à disposition des personnes handicapées ont connu des améliorations notables:

- ▶ Les personnes présentant un handicap physique qui affecte les mouvements peuvent bénéficier d'aides à la mobilité telles que fauteuils roulants, scooters, déambulateurs, cannes, béquilles, prothèses et appareils orthopédiques pour mieux se déplacer.
- ▶ Les aides auditives peuvent améliorer les capacités des personnes atteintes de déficience auditive.
- ▶ L'assistance cognitive, incluant des dispositifs de soutien informatiques ou électriques, peut aider les personnes après une lésion cérébrale.
- ▶ Le matériel et les logiciels informatiques tels que les programmes de reconnaissance vocale ou les applications de lecture et d'agrandissement d'écran, peuvent aider les personnes à mobilité réduite ou présentant des handicaps sensoriels à utiliser l'informatique³².
- ▶ En classe comme ailleurs, les dispositifs de soutien tels que les tourne-page automatiques, les repose-livres et les stylos ergonomiques, permettent aux apprenants handicapés de participer à des activités éducatives.
- ▶ Le sous-titrage codé permet aux personnes présentant des déficiences auditives de suivre des films et des programmes de télévision.
- ▶ Les barrières des bâtiments publics, des entreprises et des lieux de travail peuvent être supprimées ou modifiées afin d'améliorer l'accessibilité. Ces modifications incluent rampes, ouvertures de portes automatiques, barres d'appui et couloirs élargis.
- ▶ Les touches adaptées permettent à un enfant dont les capacités motrices sont limitées de jouer à différents jeux.
- ▶ De nombreux types de dispositifs aident les personnes handicapées à effectuer des tâches telles que la cuisine, l'habillage et la toilette. Les ustensiles de cuisine se déclinent avec des poignées larges et rembourrées pour aider les personnes souffrant d'arthrite ou de faiblesses dans les mains. Les distributeurs de médicaments avec alarme peuvent aider les personnes à ne pas oublier de prendre leur traitement à temps. Les personnes en fauteuil roulant peuvent utiliser des instruments extensibles leur permettant d'atteindre des objets sur des étagères.
- ▶ Lorsqu'on leur donne les moyens d'accéder à ces technologies de soutien, les personnes handicapées sont plus à même de vivre de façon indépendante et de participer à la société. Il a toutefois été estimé que dans de nombreux pays à faibles et moyens revenus, seules 5 à 15 % des personnes qui auraient besoin de

³² Pour plus d'exemples de dispositifs informatiques de soutien, consultez le module consacré aux technologies de l'informatique et de (TIC) en lien avec le handicap.

dispositifs et de technologies de soutien y ont accès.³³

Réadaptation basée sur la communauté

La CDPH exprime spécifiquement le droit des personnes handicapées à vivre au sein de leur communauté (art. 19). La réadaptation basée sur la communauté (RBC) vise principalement à améliorer la qualité de vie des personnes handicapées et de leurs familles ; à satisfaire leurs besoins fondamentaux ; et à garantir leur inclusion et leur participation. Il s'agit d'une stratégie multisectorielle qui permet aux personnes handicapées d'accéder à l'éducation, à l'emploi, à la santé et aux services sociaux et d'en bénéficier. C'est une stratégie axée sur la réadaptation, l'égalisation des chances et l'inclusion sociale de tous les enfants et adultes handicapés, dans le cadre du développement de la communauté dans son ensemble.

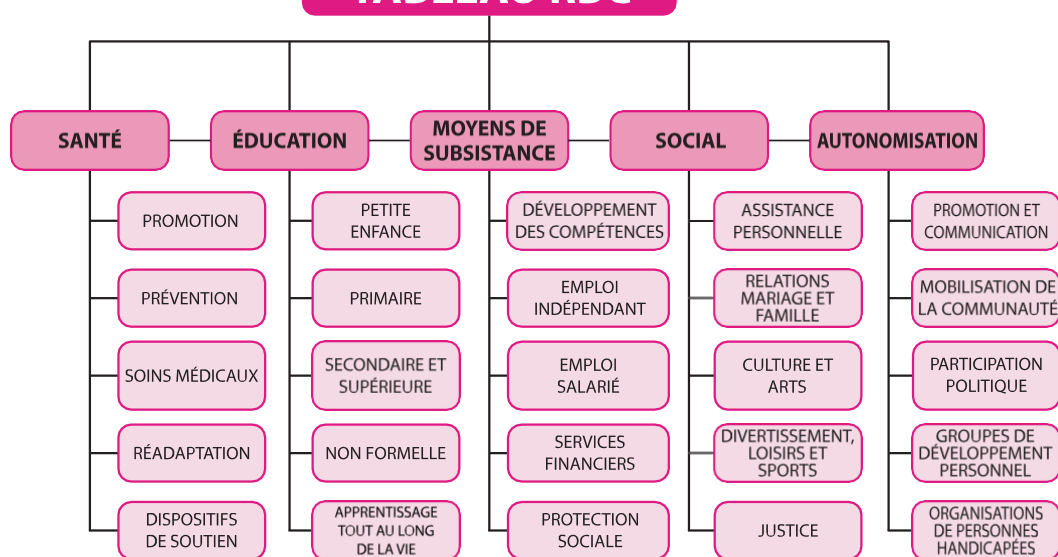
La RBC est mise en œuvre grâce aux efforts combinés des personnes handicapées elles-mêmes, de leurs familles et de leurs communautés, ainsi que des services appropriés de santé, d'éducation, des services professionnels et des services sociaux.³⁴ La RBC s'est développée en passant d'une approche médicale à une approche basée sur les droits de l'homme des personnes handicapées. Ainsi, le centre d'intérêt de la RBC a évolué de la réadaptation médicale vers une approche multisectorielle plus globale incluant l'accès aux soins de santé, à l'éducation, à la formation professionnelle, aux programmes de génération de revenus et à la participation et l'inclusion dans la communauté. Ici encore, il est essentiel d'obtenir (i) la participation directe des personnes handicapées dans la planification et la mise en œuvre des programmes de réadaptation basée sur la communauté, (ii) une collaboration accrue entre les secteurs fournissant les services, et (iii) le soutien du gouvernement avec le développement de politiques nationales. Toutefois, comme chaque communauté diffère par ses conditions socio-économiques, son terrain, ses cultures et son système politique, il n'existe pas de modèle de RBC unique adapté à tous les pays ou à toutes les régions d'un même pays. La RBC est un élément essentiel du développement des communautés.³⁵

³³ OMS (2012). (2) Assistive devices/technologies: what WHO is doing: World Health Organization; 2012 [19 juin 2012]. Disponible à l'adresse suivante: <http://www.who.int/disabilities/technology/activities/en/#>

³⁴ OIT, UNESCO, OMS, CBR: A Strategy for Rehabilitation, Equalization of Opportunities, Poverty Reduction and Social Inclusion of Persons with Disabilities, Joint Position Paper (2004), p. 2, disponible à l'adresse suivante : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43060/1/9241592389_eng.pdf

³⁵ Voir le guide de la réadaptation basée sur la communauté de l'OMS, de l'UNESCO, de l'OIT et de l'IDDC, disponible à l'adresse suivante: www.who.int/disabilities.

TABLEAU RBC



Éléments clés de la réadaptation basée sur la communauté (RBC) pour l'Afrique

La RBC doit:

1. adopter une approche fondée sur les droits, en offrant plus d'autonomie aux personnes handicapées et à leurs familles;
2. impliquer les personnes handicapées, leurs parents et leurs organisations dès le départ;
3. permettre aux parties prenantes clés d'accéder aux informations sur tous les sujets, y compris le VIH et le SIDA;
4. aborder les personnes handicapées de façon holistique;
5. défendre des législations et des politiques adaptées;
6. encourager la valorisation des personnes handicapées elles-mêmes;
7. développer des plans à court et long termes, avec toutes les parties prenantes, en adoptant une approche « stratégique »;
8. assurer l'inclusion des questions touchant au handicap dans tous les programmes de développement, en collaborant dans tous les secteurs ;
9. tenir compte des cultures, ressources et pratiques locales;
10. aborder les questions de pauvreté parmi les personnes handicapées et leurs familles.

Source: Community-Based Rehabilitation (CBR) as a Participatory Strategy in Africa, Cornell University ILR School, 2002, disponible à l'adresse suivante : <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/gladnetcollect/60>.

Les soins communautaires et les services sociaux personnels peuvent être définis comme des services conçus pour permettre aux personnes de rester vivre dans leur communauté, notamment lorsqu'elles ont

des difficultés à y parvenir du fait de la maladie, du handicap ou de l'âge. La clé pour assurer l'absence de discrimination et un accès égal aux services de santé et aux services sociaux personnels consiste à élever le niveau de sensibilisation aux besoins et droits des personnes handicapées. Cela nécessite la consultation des personnes handicapées et leur participation à toutes les étapes du développement des politiques, de la planification et de la mise en œuvre des programmes. Les politiques et programmes, quel que soit leur niveau, bénéficient toujours de la participation des organisations de personnes handicapées dès le départ.

BONNES PRATIQUES: RBC

ISRAËL

Ministère de la Santé – Programme SES³⁶

En 2010, le ministère israélien de la Santé a lancé le programme Support Education Services (SES) pour les personnes entre 18 et 55 ans souffrant de graves problèmes de santé mentale dans le cadre de son programme de réadaptation. Géré par divers fournisseurs de services et universités, le programme SES demande aux individus d'élaborer un plan de réadaptation personnel et de travailler avec des coordonnateurs professionnels sur les défis académiques, émotionnels et sociaux rencontrés au cours de leurs études.

Le programme SES est le résultat de diverses lois et politiques de santé mentale qu'Israël a développées après l'adoption de la loi de 2000 sur la réadaptation en santé mentale du pays. Comme indiqué dans la loi, SES est un programme en quatre parties comprenant:

- un tutorat de l'enseignement supérieur destiné aux étudiants déjà dans l'enseignement supérieur;
- des services d'enseignement complémentaire proposant des cours pour améliorer les compétences en langue hébraïque et les connaissances informatiques de base;
- cours de préparation à l'enseignement supérieur, et
- intégrer les individus dans leurs communautés pour réduire la fracture numérique.

Le ministère surveille les normes de service tous les mois. De plus, les bénéficiaires de services remplissent un questionnaire pour évaluer les résultats chaque année. Le ministère saisit ensuite les données dans un modèle de panier de qualité visant à encourager la qualité des prestataires de services.

JDC Israël, l'Institut national d'assurance et le ministère des Affaires sociales élaborent actuellement des projets similaires pour d'autres handicaps.

JORDAN

Société Al Hussein: Programme de préparation à l'école³⁷

L'ONG jordanienne Al Hussein Society organise un cours intensif d'un an préparant les enfants handicapés

³⁶ [Zero Project Report 2020: Inclusive education. 75 Innovative Practices and 11 Innovative Policies from 54 countries](#), BUTCHER, Thomas et al, January 2020.

³⁷ Excerpted from: Access to Social Services for Persons with Disabilities in the Middle East, 2009). [www.makingitwork-crp.org](http://www.makingitwork-crp.org/sites/default/Access%20to%20Social%20Services%20for%20Persons%20with%20Disabilities%20in%20the%20Middle%20East) > sites > default Access to Social Services for Persons with Disabilities in the Middle East.

âgés de 6 à 10 ans à intégrer les écoles ordinaires. Le programme de préparation à l'école se compose d'une équipe multidisciplinaire fournissant des services sur mesure pour soutenir l'apprentissage des enfants, tels que les frais de scolarité, la thérapie et la technologie d'assistance. Les experts en éducation spéciale du programme travaillent avec les familles pour créer des plans d'éducation individuels pour aider les enfants à se préparer et à réussir les examens d'entrée requis que les élèves handicapés doivent passer pour que les écoles ordinaires les admettent en première année. Cependant, le programme ne se concentre pas uniquement sur l'école. L'admission, mais s'efforce d'améliorer le comportement des élèves, leur participation à la société et le développement des compétences sociales. Depuis son lancement en 2009, le programme a réussi à intégrer 65 % des enfants en moyenne dans les écoles ordinaires. Au cours de l'année académique 2018/19, ce taux est passé à près de 85 %.

GAZA, TERRITOIRES OCCUPES PALESTINIENS

Centre de réadaptation du Croissant-Rouge palestinien (PRCS): khan Younis³⁸

Les services médicaux et de santé des centres de réadaptation de la Société du Croissant-Rouge palestinien (PRCS) ont eu un impact positif sur la vie de milliers de personnes handicapées. En plus des programmes médicaux pour les personnes handicapées ou blessées, le PRCS propose des services tels que la réadaptation, l'éducation, la formation professionnelle, les loisirs et d'autres programmes sociaux. Les centres PRCS organisent des offres de réadaptation à base communautaire en quatre unités thématiques:

- Programme Parents et Bébé: offre une intervention précoce et des compétences aux parents pour gérer à la maison et faciliter le développement de leur enfant handicapé;
- Programmes de formation spéciale pour les enfants ayant des handicaps multiples et graves: propose des visites à domicile ou des activités en centre dans les domaines des compétences de vie et des activités de la vie quotidienne;
- Formation professionnelle: propose des activités en centre avec des liens avec la formation communautaire, les compétences en rédaction, la gestion de l'argent et la vie quotidienne ; et
- Jardin d'enfants spécial : comprend des programmes pour les enfants qui peuvent s'inscrire dans des écoles ordinaires et pour les enfants qui ont peu de chances d'atteindre une éducation ordinaire.

Le jardin d'enfants du centre est enregistré auprès du ministère de l'Éducation. Toutes les autres unités sont certifiées par le ministère des Affaires sociales. Le PRCS n'exige pas de frais de service. Cependant, le centre facture des frais minimes aux utilisateurs des services de physiothérapie et d'orthophonie, en plus d'un service d'autobus pour aider les bénéficiaires à se rendre au centre. Les professionnels travaillent avec les familles pour élaborer des plans de traitement. De plus, le centre dispose de bons réseaux avec d'autres acteurs du handicap et des prestataires de services complémentaires et des contributions aux réseaux régionaux et aux activités de formation.

³⁸ Excerpted from: Access to Social Services for Persons with Disabilities in the Middle East, 2009). www.makingitwork-cprd.org > sites > default Access to Social Services for Persons with Disabilities in the Middle East.

RÉPUBLIQUE DOMINICAINE

*Politique innovante 2020 sur l'éducation inclusive et les TIC: 700 centres de la petite enfance dans tout le pays*³⁹

Depuis 2015, le modèle intégré de prise en charge de la petite enfance de l'Institut national pour la protection de la petite enfance (INAIP) fournit des services d'éducation, de santé et de nutrition aux familles d'enfants (âgés de 45 jours à 5 ans) avec et sans handicap par le biais de nombreux centres de garde d'enfants. En raison d'un manque de sensibilisation, de suivi par les parents et le personnel médical, de spécialistes et de peu d'installations pour leur prodiguer des soins, de nombreux jeunes enfants handicapés en République dominicaine n'ont pas accès au diagnostic précoce. Deux des objectifs du centre sont de détecter les handicaps et de s'assurer que les enfants handicapés reçoivent un soutien et l'égalité des chances. Plus précisément, les assistants et les coordonnateurs de l'éducation observent les premiers signes de déviation par rapport au développement régulier et font des références appropriées pour un soutien adéquat (par exemple, un soutien thérapeutique, un équipement spécial). Par la formation et l'éducation des parents, le centre vise également à prévenir la violence et à faciliter une plus grande sensibilisation et acceptation des enfants handicapés par les familles.

INDE

*Amar Seva Sangam: Formation des agents de réadaptation Communautaire*⁴⁰

Reconnaissant que le manque de professionnels qualifiés et les longues distances vers les zones urbaines entraînaient un accès insuffisant aux services de thérapie d'intervention précoce pour les enfants des zones rurales indiennes, Amar Seva Sangam a lancé un programme de formation et une application de ressources pour les agents de réadaptation communautaires. À ce jour, l'ONG a formé plus de 1 800 agents de réadaptation communautaire (CRW) pour fournir une thérapie d'intervention précoce dans les foyers d'enfants âgés de 0 à 6 ans. Les CRW reçoivent d'abord une orientation de trois jours, suivie d'un programme de formation de base de dix jours où la réadaptation des spécialistes, notamment des physiothérapeutes et des éducateurs spécialisés, enseignent les connaissances de base et font des démonstrations. De plus, les spécialistes de la réadaptation et le CRW visitent conjointement chaque enfant une fois par mois pour lui fournir une thérapie et une formation à la fois au CRW et aux parents. L'application Mobile Village-Based Rehabilitation - Early Intervention permet aux agents de réadaptation, de garde d'enfants et de santé communautaires d'accéder au soutien continu de spécialistes de la réadaptation et de modules d'apprentissage pour se renseigner eux-mêmes et les membres de la famille des enfants qu'ils soutiennent. L'application permet également aux CRW de mettre en œuvre un plan de traitement tandis que les spécialistes suivent les progrès des compétences motrices, cognitives, de mobilité et de la parole.

³⁹ Zero Project Report 2020: Inclusive education. 75 Innovative Practices and 11 Innovative Policies from 54 countries, BUTCHER, Thomas et al, January 2020.

⁴⁰ Zero Project Report 2020: Inclusive education. 75 Innovative Practices and 11 Innovative Policies from 54 countries, BUTCHER, Thomas et al, January 2020.

Point sur la situation nationale

Dans votre contexte local, quels modèles alternatifs pourriez-vous imaginer concernant les pratiques suivantes?

- Placer les enfants handicapés ou orphelins du fait de maladies infectieuses telles que la malaria ou le VIH/SIDA; quelle serait l'alternative basée sur la communauté ?
- Garder les enfants handicapés à la maison et hors de l'école à cause des craintes de maltraitance ou de l'inaccessibilité des écoles; quelles options existent pour régler le problème de l'isolement par rapport à la communauté et à l'école ?
- Séparer les adultes handicapés dans des camps isolés ou des hôpitaux psychiatriques peu ou pas soutenus; quelle serait l'alternative basée sur la communauté ?

3. RÉSUMÉ ET PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS

L'accent mis sur la pleine inclusion des personnes handicapées et sur la lutte contre la discrimination fournit un cadre important pour le développement de services de santé plus inclusifs pour les personnes handicapées. La demande de services plus adaptés, plus accessibles et de meilleure qualité émise par les personnes handicapées, leurs organisations, leur défenseurs et leurs familles pousse les prestataires de services à intégrer ces services et à promouvoir et soutenir l'intégration et l'inclusion des personnes handicapées dans tous les aspects de la société. Cela reflète aussi une meilleure compréhension et une prise de conscience de l'expérience vécue par les personnes handicapées pour accéder aux services de santé, ainsi que de l'impact des barrières invalidantes sur leur indépendance, leur autonomie, leur santé et leur bien-être. Ainsi, les fournisseurs de services de santé ont eu à se pencher sur la question des consultations avec les personnes handicapées et de leur participation à la planification et à la prestation des services.

Toutes les parties prenantes doivent agir concrètement pour mener à bien l'intégration de la fourniture de services de santé, leur réorientation vers un modèle social du handicap et l'inclusion des personnes handicapées non seulement comme participants actifs à leurs soins de santé, mais aussi dans les décisions stratégiques concernant le financement et la planification des services de santé.

4. RESSOURCES UTILES

- **Access to Social Services for Persons with Disabilities in the Middle East, 2009.** [www.makingitwork-crpd.org > sites > defaultAccess to Social Services for Persons with Disabilities in ...](http://www.makingitwork-crpd.org/sites/default/Access%20to%20Social%20Services%20for%20Persons%20with%20Disabilities%20in%20...)
- One Billion Strong, HIV/AIDS, *Disability and Discrimination: A Thematic Guide to Law, Policy and Programming* (2012). ONUSIDA, Organisation mondiale de la santé et Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Policy Brief: Disability and HIV* (2009).
- Nations Unies, *Déclaration sur les droits des personnes handicapées, adoptée, par la résolution 3447 de l'Assemblée générale du 9 décembre 1975*
- Nations Unies, *Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale*, adoptés par la résolution A/46/119 de l'Assemblée générale du 17 décembre 1991
- Nations Unies, Questions de fond concernant la mise en œuvre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, Comité des droits économiques, sociaux et culturels, vingt-deuxième session, observation générale n° (2000). Le droit au meilleur niveau de santé possible, 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR, 22e session. Genève: Nations Unies
- OMS, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève: (1998) OMS
- OMS, *Health 21 - the health for all policy framework for the WHO European Region*.
- Europe Health for All Series, No 6. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Copenhague : (1999), OMS
- OMS *Reducing Inequalities in Health - proposals for health promotion policy and action, Consensus Statement*, European Committee for Health Promotion Development, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Copenhague : (1999) OMS
- OMS, *Rethinking Care from the Perspective of Disabled People, Conference and Report and Recommendations*, Équipe de l'OMS chargée des incapacités et de la réadaptation, OMS: (2001) Genève
- OMS, *La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, OMS : (2001) Genève.
- OMS, *Government responses to the implementation of the UN Standard Rules on medical care, rehabilitation, support services and personnel training: Main Report*, OMS: (2001) Genève.
- OMS, *Rethinking Care from the Perspective of Disabled People, Conference and Report and Recommendations*, Équipe de l'OMS chargée des incapacités et de la réadaptation, OMS: (2001) Genève.
- OMS et ONUSIDA, *Joint Position Paper on the Provision of Mobility Devices in Less- Resourced Settings*, (2011)
- Banque mondiale, « Disability and HIV/AIDS at a Glance – A World Bank Factsheet » (Nov. 2004).
- Banque mondiale, *Global Survey on HIV/AIDS and Disability* (Avril 2004).
- Banque mondiale et Organisation mondiale de la santé: *Rapport mondial sur le handicap* (2011).
- Zero Project Report 2020: Inclusive education. 75 Innovative Practices and 11 Innovative Policies from 54 countries, BUTCHER, Thomas et al, January 2020.

5. ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Fiche de cours du formateur – Le droit à la santé, Session 1

Contenu technique 2.B: Cadre juridique

Activité d'apprentissage 2.B. Des droits étroitement liés

Support: Article 25 de la CDPH

Fiche de cours du formateur – Le droit à la santé, Session 2

Fiche de cours du formateur – Le droit à la santé, Session 2

Activité d'apprentissage 2.D. Plan pour lever les barrières aux soins de santé

Support: Barrières aux soins de santé pour les personnes handicapées

Fiche de cours du formateur – Le droit à la santé, Session 1

Messages clés	Consulter le résumé et les principaux enseignements.
Objectifs	À la fin de cette session, les participants auront étudié les principales dispositions de la CDPH en matière de services de santé.
Organisation de la classe	Tables pour petits groupes de 4. Table ronde/Cercle de chaises pour une discussion en classe entière
Activité	30 min. – Introduction au sujet et contribution technique. 30 min. – Travail en groupes sur l'activité d'apprentissage 2.B. 30 min. – Retour d'expérience et discussion en classe entière.
Durée	90 minutes
Notes pour l'équipe de formation	Veillez à utiliser la conversation de suivi des travaux de groupes pour présenter des exemples spécifiques à certains pays et à certains contextes afin d'encourager l'apprentissage mutuel.
Fiches de travail	Activité d'apprentissage 2.B: Des droits étroitement liés
Supports	Support: Article 25 de la CDPH

Activité d'apprentissage 2.B: Des droits étroitement liés

Objectif: Examiner les principales dispositions de la CDPH en matière de services de santé.

Dans la CDPH, le terme « santé » apparaît 20 fois : outre les articles 25 et 26 consacrés à la santé, à l'adaptation et à la réadaptation, on le retrouve une fois dans le préambule, qui explique « qu'il importe que les personnes handicapées aient pleinement accès aux équipements physiques, sociaux, économiques et culturels, à la santé et à l'éducation ainsi qu'à l'information et à la communication pour jouir pleinement de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales ». Il est aussi mentionné à l'article 16 sur le droit de ne pas être soumis à l'exploitation, à la violence et à la maltraitance; à l'article 22 sur le respect de la vie privée et à l'article 27 sur le travail et l'emploi.

En groupes, étudiez de près l'article 25 et réfléchissez aux questions suivantes:

1. Quels droits de l'homme contribuent à garantir le droit à la santé des personnes handicapées?
2. Quels droits de l'homme peuvent résulter de la jouissance effective du droit à la santé des personnes handicapées?
3. Quels cadres (juridique ou politique) existants peuvent efficacement soutenir l'application du droit à la santé des personnes handicapées dans vos pays?

Vous avez 30 minutes pour en discuter en groupes. Préparez-vous à faire une brève présentation en classe entière.

Support Article 25 de la CDPH

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. Ils prennent toutes les mesures appropriées pour leur assurer l'accès à des services de santé qui prennent en compte les sexospécificités, y compris des services de réadaptation. En particulier, les États parties:

- a. fournissent aux personnes handicapées des services de santé gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes, y compris des services de santé sexuelle et génésique et des programmes de santé publique communautaires;
- b. fournissent aux personnes handicapées les services de santé dont celles-ci ont besoin en raison spécifiquement de leur handicap, y compris des services de dépistage précoce et, s'il y a lieu, d'intervention précoce, et des services destinés à réduire au maximum ou à prévenir les nouveaux handicaps, notamment chez les enfants et les personnes âgées;
- c. fournissent ces services aux personnes handicapées aussi près que possible de leur communauté, y compris en milieu rural;
- d. exigent des professionnels de la santé qu'ils dispensent aux personnes handicapées des soins de la même qualité que ceux dispensés aux autres, notamment qu'ils obtiennent le consentement libre et éclairé des personnes handicapées concernées ; à cette fin, les États parties mènent des activités de formation et promulguent des règles déontologiques pour les secteurs public et privé de la santé de façon, entre autres, à sensibiliser les personnels aux droits de l'homme, à la dignité, à l'autonomie et aux besoins des personnes handicapées ;
- e. interdisent dans le secteur des assurances la discrimination à l'encontre des personnes handicapées, qui doivent pouvoir obtenir à des conditions équitables et raisonnables une assurance maladie et, dans les pays où elle est autorisée par le droit national, une assurance-vie;
- f. empêchent tout refus discriminatoire de fournir des soins ou services médicaux ou des aliments ou des liquides en raison d'un handicap.

Fiche de cours du formateur – Le droit à la santé, Session 2

Messages clés	Consulter le résumé et les principaux enseignements.
Objectifs	À la fin de cette session, les participants auront élaboré un certain nombre de stratégies visant à éliminer les barrières à l'inclusion des personnes handicapées dans les services de santé.
Organisation de la classe	Tableaux à feuilles et marqueurs Tables pour petits groupes de 4. Table ronde/chaises en cercle pour les présentations et la discussion.
Activité	40 min. – Travail en petits groupes autour de l'activité d'apprentissage 2.D. 20 min. – Présentations (4 x 5 min.) 30 min. – Questions-réponses et discussion.
Durée	90 minutes
Notes pour l'équipe de formation	Le support présente quatre barrières aux services de santé pour les personnes handicapées. Attribuez-en une à chaque groupe. Après la présentation des groupes, utilisez les 30 dernières minutes pour discuter du travail de chaque groupe et combler les lacunes d'apprentissage que vous avez pu identifier. Rendez-vous à l'adresse : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/ pour plus de supports.
Fiches de travail	Activité d'apprentissage 2.D: Plan pour lever les barrières aux soins de santé
Supports	Support: Barrières aux soins de santé pour les personnes handicapées

Activité d'apprentissage 2.D. Plan pour lever les barrières aux soins de santé

Objectif: Élaborer un certain nombre de stratégies visant à éliminer les barrières à l'inclusion des personnes handicapées dans les services de santé.

Partie 1

Une barrière spécifique aux soins de santé a été attribuée à votre groupe. Imaginez que vous êtes chargés de l'organisation d'une réunion pour trouver des solutions à cette barrière – qui peut être organisée au niveau local avec des OPH et les leaders de la communauté, avec une organisation telle qu'un hôpital ou une clinique, ou au niveau national avec des décideurs politiques

Ensemble, et en vous concentrant sur le sujet qui vous a été confié, développez une liste d'invitations, un ordre du jour et des propositions de solutions pour éliminer cette barrière. Utilisez les questions suivantes pour guider votre discussion:

- ▶ Quelle est la barrière qui nous préoccupe? Comment affecte-t-elle les personnes handicapées?
- ▶ Quel(s) objectif(s) espérez-vous atteindre à la fin de cette réunion?
- ▶ Qui devez-vous inviter à la réunion? Quelles pourraient être leurs contributions à la réalisation de votre objectif?
- ▶ Quelles solutions allez-vous proposer pour lever cette barrière? À qui pouvez-vous attribuer chaque partie spécifique de la solution afin d'assurer sa mise en œuvre et son efficacité?

Partie 2

Vous devrez présenter votre plan en classe entière, il faut donc que vous utilisiez les documents disponibles pour créer un support visuel pour votre présentation.

Assurez-vous que votre présentation réponde à toutes les questions ci-dessus.

Vous avez 40 minutes pour terminer la Partie 1. Votre présentation ne doit pas dépasser 5 minutes.

Support: Barrières aux soins de santé pour les personnes handicapées

Pour des lectures complémentaires, consultez: OMS, Aide-mémoire 352:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/>

Coûts prohibitifs

Le coût abordable des services de santé et du transport sont deux des principales raisons pour lesquelles les personnes handicapées ne reçoivent pas les soins requis dans les pays à faibles revenus ; 32 à 33 % des personnes non handicapées n'ont pas les moyens de se payer des soins de santé, contre 51 à 53 % des personnes handicapées.

Disponibilité limitée des services

Le manque de services appropriés pour les personnes handicapées est une barrière importante aux soins de santé. Par exemple, une étude menée dans les États de l'Uttar Pradesh et du Tamil Nadu, en Inde, a démontré que le manque de services à proximité était la deuxième barrière la plus importante à l'utilisation des équipements de santé, derrière les considérations de coût.

Barrières physiques

Des accès accidentés aux bâtiments (hôpitaux, centres de santé), des équipements médicaux inaccessibles, une mauvaise signalisation, des couloirs étroits et des escaliers, des équipements de toilette inadaptés et des aires de stationnement inaccessibles créent autant de barrières aux installations de soins de santé. Par exemple, les femmes à mobilité réduite sont souvent dans l'incapacité d'accéder aux programmes de dépistage du cancer du sein ou du col de l'utérus car les tables d'examen ne sont pas réglables en hauteur et les équipements de mammographie ne conviennent qu'aux personnes qui peuvent se tenir debout.

Compétences et connaissances inadaptées des professionnels de santé

Il est deux fois plus probable que des personnes handicapées déclarent trouver les compétences des professionnels de santé inadaptées à leurs besoins ; quatre fois plus probable qu'elles déclarent être mal traitées ; et près de trois fois plus probable qu'elles indiquent ne pas avoir pu être soignées du tout.

L'OMS: Que faire pour vous protéger et protéger les autres du COVID-19

- Maintenez une distance d'au moins 1 mètre entre vous et les autres pour réduire votre risque d'infection lorsqu'ils toussent, éternuent ou parlent. Maintenez une distance encore plus grande entre vous et les autres lorsque vous êtes à l'intérieur. Plus on est loin, mieux c'est.
- Faites du port d'un masque une partie normale de la présence d'autres personnes. L'utilisation, le stockage et le nettoyage ou l'élimination appropriés sont essentiels pour rendre les masques aussi efficaces que possible.

Voici les bases du port du masque :

- Nettoyez-vous les mains avant de mettre votre masque, ainsi qu'avant et après l'avoir retiré, et après l'avoir touché à tout moment.
- Assurez-vous qu'il couvre à la fois votre nez, votre bouche et votre menton.
- Lorsque vous retirez un masque, rangez-le dans un sac en plastique propre et lavez-le chaque jour s'il s'agit d'un masque en tissu ou jetez un masque médical dans une poubelle.
- N'utilisez pas de masques avec valves.
- Pour plus de détails sur le type de masque à porter et à quel moment, lisez nos questions-réponses et regardez nos vidéos. Il y a aussi un Q&A axé sur les masques et les enfants.
- En savoir plus sur la science de la façon dont COVID-19 infecte les gens et notre corps réagit en regardant ou en lisant cette interview.
- Pour des conseils spécifiques aux décideurs, voir les conseils techniques de l'OMS.

Comment rendre votre environnement plus sûr

- **Évitez les espaces : fermés, encombrés ou impliquant des contacts étroits.**

o Des épidémies ont été signalées dans des restaurants, des chorales, des cours de fitness, des boîtes de nuit, des bureaux et des lieux de culte où les gens se sont rassemblés, souvent dans des lieux intérieurs bondés où ils parlent fort, crient, respirent fort ou chantent.

o Les risques de contracter le COVID-19 sont plus élevés dans les espaces surpeuplés et insuffisamment ventilés où les personnes infectées passent de longues périodes

ensemble à proximité. Ces environnements sont les endroits où le virus semble se propager plus efficacement par les gouttelettes respiratoires ou les aérosols, il est donc encore plus important de prendre des précautions.

- **Rencontrez des gens à l'extérieur. Les rassemblements à l'extérieur sont plus sûrs que ceux à l'intérieur, en particulier si les espaces intérieurs sont petits et sans air extérieur.**

- o Pour plus d'informations sur la manière d'organiser des événements tels que des réunions de famille, des matchs de football pour enfants et des occasions familiales, lisez nos questions-réponses sur les petits rassemblements publics.

- **Évitez les lieux surpeuplés ou à l'intérieur, mais si vous ne pouvez pas, prenez des précautions :**

- o Ouvrez une fenêtre. Augmentez la quantité de « ventilation naturelle » à l'intérieur.

- o L'OMS a publié des questions-réponses sur la ventilation et la climatisation à la fois pour le grand public et les personnes qui gèrent les espaces et les bâtiments publics.

- o Portez un masque (voir ci-dessus pour plus de détails).

N'oubliez pas les bases d'une bonne hygiène

- Nettoyez-vous régulièrement et soigneusement les mains avec un désinfectant pour les mains à base d'alcool ou lavez-les à l'eau et au savon. Cela élimine les germes, y compris les virus qui peuvent être sur vos mains.

- Évitez de vous toucher les yeux, le nez et la bouche. Les mains touchent de nombreuses surfaces et peuvent attraper des virus. Une fois contaminées, les mains peuvent transmettre le virus à vos yeux, à votre nez ou à votre bouche. À partir de là, le virus peut pénétrer dans votre corps et vous infecter.

- Couvrez-vous la bouche et le nez avec votre coude plié ou un mouchoir lorsque vous toussiez ou éternuez. Ensuite, jetez immédiatement le mouchoir utilisé dans une poubelle fermée et lavez-vous les mains. En suivant une bonne « hygiène respiratoire », vous protégez votre entourage des virus, qui causent le rhume, la grippe et le COVID-19.

- Nettoyez et désinfectez fréquemment les surfaces, en particulier celles qui sont régulièrement touchées, telles que les poignées de porte, les robinets et les écrans de téléphone.

Que faire si vous ne vous sentez pas bien

- Connaître la gamme complète des symptômes de la COVID-19. Les symptômes les plus courants du COVID-19 sont la fièvre, la toux sèche et la fatigue. D'autres

symptômes moins fréquents et pouvant affecter certains patients comprennent une perte du goût ou de l'odorat, des courbatures, des maux de tête, des maux de gorge, une congestion nasale, des yeux rouges, de la diarrhée ou une éruption cutanée.

- Restez à la maison et isolez-vous même si vous présentez des symptômes mineurs tels que toux, maux de tête, fièvre légère, jusqu'à ce que vous vous rétablissiez. Appelez votre fournisseur de soins de santé ou la hotline pour obtenir des conseils. Demandez à quelqu'un de vous apporter des fournitures. Si vous devez sortir de chez vous ou avoir quelqu'un près de chez vous, portez un masque médical pour éviter d'infecter les autres.
- Si vous avez de la fièvre, de la toux et des difficultés respiratoires, consultez immédiatement un médecin. Appelez d'abord par téléphone, si vous le pouvez et suivez les instructions de votre autorité sanitaire locale.
- Tenez-vous au courant des dernières informations provenant de sources fiables, telles que l'OMS ou vos autorités sanitaires locales et nationales. Les autorités locales et nationales et les services de santé publique sont les mieux placés pour conseiller sur ce que les habitants de votre région devraient faire pour se protéger.

Source: OMS (www.WHO.int), OMS: Equipe Handicap et Réadaptation.

www.who.int/disabilities