



Nations Unies

Division des politiques sociales et du développement social (DSPD)  
Département des affaires économiques et sociales (DAES)



**OUTILS** sur  
le **HANDICAP** pour l'**AFRIQUE**

---

**SERVICES DE SANTÉ INCLUSIFS POUR  
LES PERSONNES HANDICAPÉES**



---

Outils sur le handicap pour l'AFRIQUE



**SERVICES DE SANTÉ INCLUSIFS POUR LES  
PERSONNES HANDICAPÉES**

---



# TABLE DES MATIÈRES

<b>1. PRÉSENTATION.....</b>	<b>1</b>
<b>2. CONTENU TECHNIQUE.....</b>	<b>3</b>
2.A. Contexte .....	3
2.B. Cadre juridique .....	4
2.C. Accès à la santé pour les personnes handicapées : sujets préoccupants...7	
Point sur la situation nationale.....	9
2.D. Mesures destinées à garantir le droit des personnes handicapées aux services de santé .....	13
Point sur la situation nationale.....	20
<b>3. RÉSUMÉ ET PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS .....</b>	<b>21</b>
<b>4. RESSOURCES UTILES.....</b>	<b>22</b>
<b>5. ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE .....</b>	<b>23</b>
Fiche de cours du formateur – Le droit à la santé, Session 1 .....	24
Activité d'apprentissage 2.B. : Des droits étroitement liés .....	25
Support : Article 25 de la CDPH .....	26
Fiche de cours du formateur – Le droit à la santé, Session 2 .....	27
Activité d'apprentissage 2.D. : Plan pour lever les barrières aux soins de santé .....	28
Support : Barrières aux soins de santé pour les personnes handicapées.....	29



## Remerciements

---

La Division des politiques sociales et du développement social (DSPD) 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

---

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

<b>PIDCP</b>	Pacte international relatif aux droits civils et politiques
<b>PIDESC</b>	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
<b>PIP</b>	Programme d'intervention prolongée
<b>PM</b>	Partenariats multipartites
<b>PNA</b>	Plans nationaux d'action
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le développement
<b>SABE</b>	Self-Advocates Becoming Empowered
<b>TIC</b>	Technologies de l'information et de la communication
<b>TIC</b>	Technologies de l'information et de la communication
<b>UIP</b>	Union interparlementaire
<b>UIT</b>	Union internationale des télécommunications
<b>UNESCO</b>	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
<b>USAID</b>	Agence des États-Unis pour le développement international
<b>VIH/SIDA</b>	Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>VOCA</b>	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 est destiné à toute personne ayant un intérêt pour les droits de l'homme des personnes handicapées, ou le devoir de les protéger et de les promouvoir. Il concerne particulièrement les décideurs politiques dans le domaine de la santé, les prestataires de soins de santé et les OPH travaillant 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.



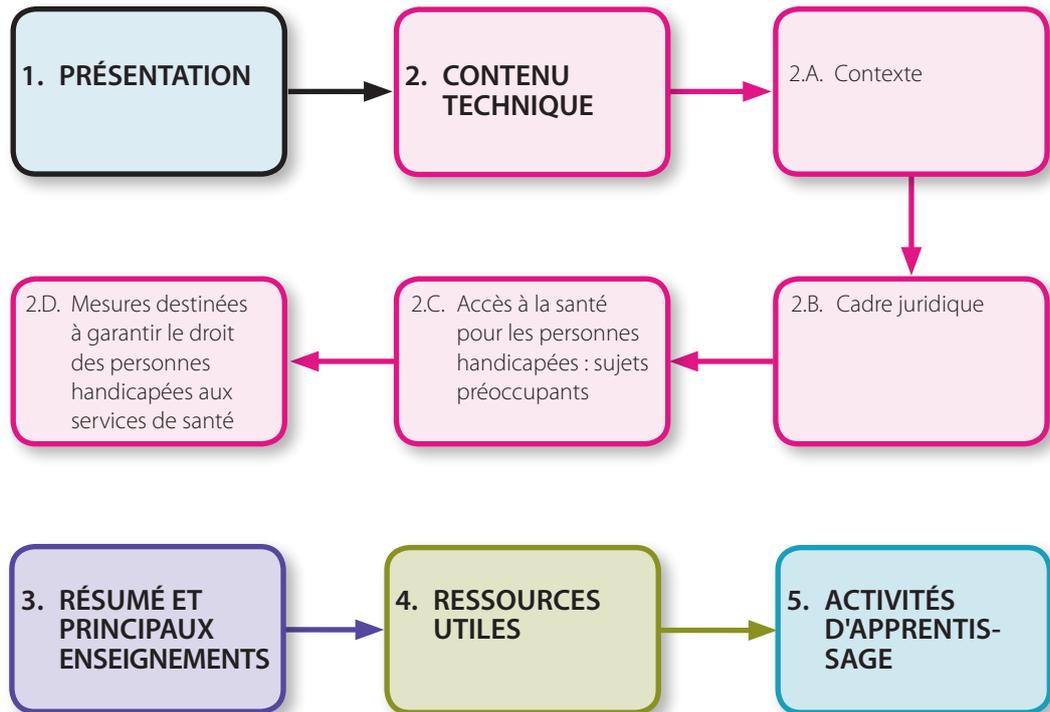
© OITA Florente

## 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. »<sup>1</sup> It has been said that, while "health is not everything, everything is nothing without health." 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.

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

<sup>1</sup> Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1948.

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 culturels,<sup>2</sup> 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).

<sup>2</sup> 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.

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.

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.



### 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.

## 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

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.

#### 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.
- ▶ 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 ?

**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.

## La santé et les personnes présentant un handicap psychosocial

Dans certains pays africains, 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 traitements et des médicaments forcés, des maltraitements verbales et physiques, de mauvaises conditions de vie et un surpeuplement, et sont souvent enchaînés pendant de longues périodes.<sup>3</sup>

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 enfants.<sup>4</sup> 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.

## 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.<sup>5</sup> Persons with disabilities are sometimes placed in institutions, group homes, hospitals, and other group living situations, where they may not only be prevented from making informed

<sup>3</sup> Human Rights Watch, par exemple, a rapporté des cas d'enchaînement dans des pays tels que le Ghana, la Somalie et le Sud Soudan. Rapports disponibles à l'adresse : <https://www.hrw.org/fr/topic/disability-rights>

<sup>4</sup> Vous trouverez plus d'informations concernant les conséquences des croyances négatives relatives aux personnes présentant un handicap psychosocial dans le module « Culture, croyances et handicap » des présents Outils.

<sup>5</sup> 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>

and independent decisions about their sexual and reproductive health, but also face an increased risk of sexual abuse and 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.

## 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 handicap.<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup>

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.<sup>8</sup> 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. 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.

<sup>6</sup> Informations IRIN de l'ONU, Heightened HIV risk for people with disabilities, disponible à l'adresse : <http://www.irinnews.org/report/100414/heightened-hiv-risk-for-people-with-disabilities>

<sup>7</sup> Dr. Jill Hanass-Hancock (HEARD, IDDC), Dr. Paul Chappell (Université de Johannesburg, IDDC) et Leandri Pretorius (HEARD), Document de travail de l'ONUSIDA, Strategy Brief for Integrating Disability into AIDS Programming (2014).

<sup>8</sup> ONUSIDA, The Gap Report : People with Disabilities (2014)

## 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](http://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 œuvre<sup>9</sup> 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.

<sup>9</sup> Voir le module sur les Plans nationaux d'action des présents Outils.

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.

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.

## 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 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.

En Afrique, comme sur d'autres continents, 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 les pays africains. 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.

## 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. 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'informatique<sup>10</sup>.
- ▶ 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.

<sup>10</sup> Pour plus d'exemples de dispositifs informatiques de soutien, consultez le module consacré aux technologies de l'information et de la communication (TIC) en lien avec le handicap

- ▶ 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 dispositifs et de technologies de soutien y ont accès.<sup>11</sup>

## Réadaptation basée sur la communauté

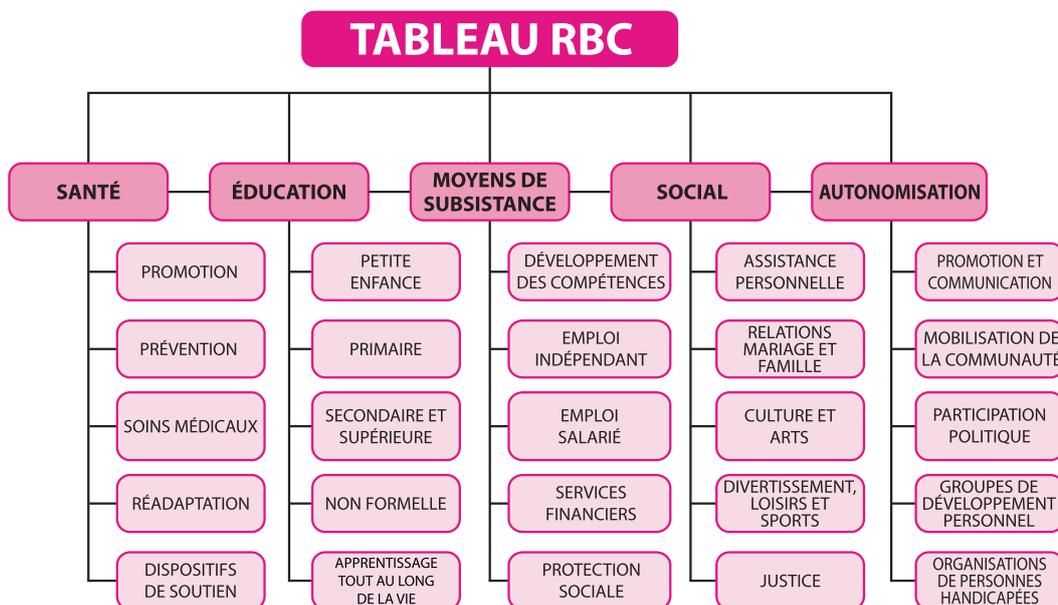
La CDPH exprime spécifiquement le droit des personnes handicapées à vivre au sein de leur communauté (art. 19). La réadaptation basée sur la communauté (RBC) vise principalement à améliorer la qualité de vie des personnes handicapées et de leurs familles ; à satisfaire leurs besoins fondamentaux ; et 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.<sup>12</sup> 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

<sup>11</sup> 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/#>

<sup>12</sup> 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](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43060/1/9241592389_eng.pdf)

adapté à tous les pays ou à toutes les régions d'un même pays. La RBC est un élément essentiel du développement des communautés.<sup>13</sup>



### 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

<sup>13</sup> 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](http://www.who.int/disabilities)

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.



### **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

- 📖 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).



## 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

	<b>Messages clés</b>	Consulter le résumé et les principaux enseignements.
	<b>Objectifs</b>	À la fin de cette session, les participants auront étudié les principales dispositions de la CDPH en matière de services de santé.
	<b>Organisation de la classe</b>	Tables pour petits groupes de 4. Table ronde/Cercle de chaises pour une discussion en classe entière
	<b>Activité</b>	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.
	<b>Durée</b>	90 minutes
	<b>Notes pour l'équipe de formation</b>	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.
	<b>Fiches de travail</b>	Activité d'apprentissage 2.B. : Des droits étroitement liés
	<b>Supports</b>	Support : Article 25 de la CDPH



**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

	<b>Messages clés</b>	Consulter le résumé et les principaux enseignements.
	<b>Objectifs</b>	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.
	<b>Organisation de la classe</b>	Tableaux à feuilles et marqueurs Tables pour petits groupes de 4. Table ronde/chaises en cercle pour les présentations et la discussion.
	<b>Activité</b>	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.
	<b>Durée</b>	90 minutes
	<b>Notes pour l'équipe de formation</b>	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 : <a href="http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/">http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/</a> pour plus de supports.
	<b>Fiches de travail</b>	Activité d'apprentissage 2.D : Plan pour lever les barrières aux soins de santé
	<b>Supports</b>	Support : Barrières aux soins de santé pour les personnes handicapées



**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.





