



Assemblée générale

Distr. générale
14 juillet 2017
Français
Original : anglais

Soixante-douzième session

Point 73 b) de l'ordre du jour provisoire*

Promotion et protection des droits de l'homme : questions relatives aux droits de l'homme, y compris les divers moyens de mieux assurer l'exercice effectif des droits de l'homme et des libertés fondamentales

Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation

Note du Secrétaire général

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre à l'Assemblée générale le rapport établi en application de la résolution [35/6](#) du Conseil des droits de l'homme par la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, Catalina Devandas-Aguilar.

* [A/72/150](#).



Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées

Résumé

Dans le présent rapport, la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées se penche sur les problèmes que rencontrent les filles et les jeunes femmes handicapées du point de vue de leur santé et de leurs droits en matière de sexualité et de procréation et donne aux États des orientations sur les modalités d'établissement de cadres juridique et d'intervention permettant de promouvoir l'autonomie de ces personnes et de traiter les facteurs structurels qui les exposent à la violence, à la maltraitance et à d'autres pratiques néfastes.

Table des matières

<i>Chapitre</i>	<i>Page</i>
I. Introduction	3
II. Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation	4
A. Contexte	4
B. Le handicap et la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation	5
C. La Convention relative aux droits des personnes handicapées	6
III. Problèmes rencontrés par les filles et les jeunes femmes handicapées en matière de santé sexuelle et procréative	8
A. Stigmatisation et stéréotypes	8
B. Obstacles à l'accès à l'information et aux services concernant la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation	10
C. Pratiques néfastes et forcées	12
D. La violence sexuelle et sexiste à l'égard des filles et des jeunes femmes handicapées	15
IV. Exercice et respect des droits en matière de santé sexuelle et procréative des filles et des jeunes femmes handicapées	17
A. Le cadre juridique	17
B. Le cadre d'action	17
C. L'éducation	18
D. L'accès à la justice	19
E. L'accessibilité	20
F. La non-discrimination	21
G. La participation	21
H. La collecte des données	22
I. La mobilisation des ressources	23
V. Conclusions et recommandations	23

I. Introduction

1. Dans sa résolution 35/6, le Conseil des droits de l'homme a demandé à la Rapporteuse spéciale du Conseil des droits de l'homme sur les droits des personnes handicapées de faire rapport chaque année à l'Assemblée générale.

2. Dans ses rapports thématiques, la Rapporteuse spéciale a souligné combien il importait d'adopter une approche tenant compte du sexe dans toutes les interventions visant les personnes handicapées et mis en relief l'importance des problèmes particuliers qui peuvent empêcher les femmes et les filles handicapées de jouir pleinement de leurs droits. Il est aujourd'hui établi que les actions conduites aux niveaux international et national en faveur des droits des personnes handicapées ont trop souvent négligé la question du sexe. Par conséquent, il faut d'urgence faire face aux multiples formes de discrimination, de marginalisation et aux autres atteintes aux droits fondamentaux dont ces personnes sont victimes dans la plupart des sociétés (voir A/HRC/28/58, par. 19 d).

3. Le présent rapport porte principalement sur la santé et les droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation. L'expression « filles handicapées » s'emploie en référence aux femmes handicapées de moins de 18 ans, tandis que l'expression « jeunes femmes handicapées » se réfère aux femmes âgées de 15 à 24 ans¹. La Rapporteuse spéciale souligne que ces femmes rencontrent des problèmes aigus qui ne leur permettent pas de prendre des décisions librement concernant leur santé sexuelle et procréative et sont régulièrement exposées à la violence, à la maltraitance et à des pratiques néfastes, y compris la stérilisation, les avortements et la contraception forcés. Elle rappelle que les États ont l'obligation d'investir dans la promotion de la santé et des droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation et de mettre fin à toute les formes de violence dont elles font l'objet.

4. Lors de la préparation de son rapport, la Rapporteuse spéciale a analysé 47 réponses à un questionnaire transmis aux États Membres et à des institutions des droits de l'homme et des organisations de la société civile, dont des organisations représentant les personnes handicapées, ainsi que les résultats de consultations conduites dans trois pays avec des filles et des jeunes femmes handicapées, dont les principales conclusions sont reflétées dans le texte. Elle a également organisé, en juin 2017, à New York, une consultation d'experts avec des représentants d'organismes des Nations Unies, d'associations féminines et d'associations de personnes handicapées. La Rapporteuse spéciale tient à remercier Plan International pour le soutien apporté à ces études qui ont été coordonnées par son cabinet.

¹ Voir l'article premier de la Convention relative aux droits de l'enfant et le *Rapport du Plan d'action du système des Nations Unies pour la jeunesse* (2014), p. 5. Disponible en anglais à l'adresse : www.unyouthswap.org/system/refinery/resources/2014/10/15/20_42_35_106_UN_Youth_SWAP_Report_2014.pdf.

II. Santé et droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation

A. Contexte

5. Il existe dans le monde plus d'un milliard de personnes handicapées. Le taux global moyen de prévalence du handicap est estimé à 15,6 %². Les personnes handicapées subissent des contraintes sociales considérables partout dans le monde, notamment la pauvreté, des lois et des pratiques discriminatoires, des obstacles liés à l'environnement et au manque d'information, un bas niveau d'éducation, le manque de soins et d'emplois et un surcroît de dépenses dû au handicap (voir [A/70/297](#), par. 25 à 32, et [A/71/314](#), par. 13 à 16).

6. Le handicap est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Les femmes handicapées représentent presque un cinquième de la population féminine mondiale³. On ne dispose pas de données mondiales fiables et représentatives sur les enfants handicapés⁴. Leur nombre se situerait entre 93 et 150 millions, peut-être plus⁵. En outre, il y a très peu de statistiques disponibles sur les filles handicapées, que ce soit sur le plan international ou national, car les données générales ne sont pas ventilées par sexe, âge et type de handicap. Ce manque de données a contribué à rendre invisibles les questions pressantes des droits fondamentaux des enfants handicapés, notamment des filles.

7. Les conjonctions entre jeunesse, handicap et sexe exacerbent les formes de discrimination et donnent lieu à des formes particulières de violation des droits fondamentaux des filles et des jeunes femmes handicapées. Partout dans le monde, les droits des personnes handicapées sont violés et des obstacles les empêchent de participer à la vie sociale au même titre que les autres personnes, mais la situation des filles handicapées est bien plus grave que celle des garçons handicapés, quels que soient le type et le niveau du handicap. Les filles handicapées sont plus susceptibles d'être exclues des échanges et des activités au sein de la famille, mais aussi de l'éducation, de la formation professionnelle et de l'emploi, et ont moins de chances de bénéficier d'une intégration pleine et entière⁶.

8. En outre, les filles et les jeunes femmes handicapées sont quasiment sans exception empêchées de prendre librement des décisions en matière de santé sexuelle et procréative, ce qui peut favoriser des pratiques discriminatoires et néfastes comme cela est indiqué au chapitre III ci-dessous. Pour la plupart, ces pratiques se produisent dans des institutions, compte tenu du fait que les filles et jeunes femmes handicapées sont le plus souvent placées dans des centres spécialisés⁷.

² Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap* (Genève, 2011) (p. 27). Disponible à l'adresse : www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/fr.

³ OMS et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap* (p. 28).

⁴ C. Cappa, N. Petrowski et J. Njelesani, "Navigating the landscape of child disability measurement: a review of available data collection instruments", *ALTER, European Journal of Disability Research*, vol. 9, n° 4 (octobre-décembre 2015).

⁵ OMS et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap* (p. 36).

⁶ *Situation des enfants dans le monde : les enfants handicapés*, publication des Nations Unies, numéro de vente F.13.XX.1. p. 1. Disponible à l'adresse : www.unicef.org/sowc2013/files/SWCR2013_FR_Lo_res_24_Apr_2013.pdf.

⁷ Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), "Children and young people with disabilities", factsheet, mai 2013 (p. 19). Disponible en anglais à l'adresse : www.unicef.org/disabilities/files/Factsheet_A5_Web_NEW.pdf.

B. Le handicap et la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation

9. L'intégration du handicap et l'égalité des sexes ne sont réalisables que s'il est tenu compte des droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de santé sexuelle et procréative. Ces filles et ces jeunes femmes sont notamment capables de mettre en valeur leur propre identité et d'exploiter leur potentiel au maximum dès lors que leurs besoins et leurs droits concernant la santé et les droits sexuels et procréatifs sont consacrés. L'exercice de ces droits favorise leur santé et leur bien-être, réduit les disparités dans l'accès à l'éducation et à l'emploi et facilite leur autonomisation. Lorsqu'il n'est pas tenu compte de ces besoins et de ces droits, elles sont exposées à des grossesses non désirées, à des maladies sexuellement transmissibles, à de la violence sexiste et à des sévices sexuels, à être mariées à un âge précoce et à subir d'autres pratiques néfastes qui les empêchent de participer à la vie sociale.

10. La santé et les droits en matière de sexualité et de procréation sont des droits de l'homme. Ils ne sont pas seulement partie intégrante du droit à la santé car ils sont nécessaires à la jouissance de nombreux autres droits fondamentaux dont le droit à la vie, le droit de vivre à l'abri de la torture, des mauvais traitements et de la discrimination, la reconnaissance égale devant la loi, le respect de la vie privée et de la vie familiale, l'éducation et le travail. En tant que tels, la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation sont universels et inaliénables, indissociables, interdépendants et étroitement liés. Les États ont l'obligation de garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des informations et services relatifs à la santé et aux droits en matière sexuelle et procréative⁸.

11. La santé et les droits en matière sexuelle et procréative impliquent l'exercice d'un ensemble de libertés et de droits. Il s'agit du droit de décider librement en matière de sexualité et de procréation sans discrimination, contrainte ou violence et du droit d'accéder à un ensemble de structures, de services, de biens et d'informations concernant la santé sexuelle et procréative⁹. Au nombre des services relatifs à la santé sexuelle et procréative, on citera notamment les conseils en matière de contraception, l'information, l'éducation, la communication et les services; l'éducation et les services de soins prénatals, l'accouchement sans risque et les soins postnatals; la prévention et les soins appropriés de la stérilité; les services d'avortement sans risque; la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles et la réduction des affections de l'appareil génital, l'information, l'éducation et les conseils concernant la santé en matière de sexualité et de procréation (voir [A/CONF.171/13/Rev.1](#), chap. VII).

12. Les États ont l'obligation de respecter, de promouvoir et d'assurer la santé et les droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Convention relative aux droits de l'enfant, la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et la Convention relative aux droits des personnes handicapées, ainsi que d'autres instruments internationaux et régionaux, établissent des normes pour garantir la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation des filles et des jeunes femmes handicapées et protéger leur droit d'être à l'abri de toute forme de violence sexiste.

⁸ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22 (2016) sur le droit à la santé en matière de sexualité et de procréation (par. 11 à 21).

⁹ Ibid., par. 5; [E/CN.4/2004/49](#) (par. 22 à 40).

13. La santé en matière de sexualité et de procréation, les droits de l'homme et le développement durable sont étroitement liés. Les objectifs de développement durable prônent « l'accès universel à la santé sexuelle et procréative et aux droits liés à la procréation » et établissent des cibles à atteindre dans ce domaine au titre de l'objectif 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge), de l'objectif 4 (Assurer à tous une éducation équitable, inclusive et de qualité et des possibilités d'apprentissage tout au long de la vie) et de l'objectif 5 (Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles). En outre, l'objectif 5 met en relief l'obligation d'éliminer toutes les formes de discrimination et de violence à l'égard des filles et des femmes (dont celles qui sont atteintes de handicaps). L'investissement dans la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation permet de sauver des vies et d'autonomiser les filles et les jeunes femmes handicapées. La promotion de la santé et des droits de ces personnes en matière de sexualité et de procréation doit donc figurer au premier rang des priorités des États.

C. La Convention relative aux droits des personnes handicapées

14. L'adoption de la Convention relative aux droits des personnes handicapées a représenté une avancée majeure sur le chemin de l'exercice plein et effectif des droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de santé sexuelle et procréative. Consacrant les principes fondamentaux des droits de l'homme, la Convention s'est éloignée des visions médicales et paternalistes de la santé et des droits sexuels et procréatifs des personnes handicapées pour adopter une approche basée sur les droits de l'homme. La Convention s'oppose à toute forme de décisions prises au nom de ces personnes en matière de santé sexuelle et procréative (voir art. 12 et 25); interdit les pratiques néfastes et discriminatoires à l'égard des personnes handicapées dans toutes les questions liées au mariage, à la famille, à la fonction parentale et aux relations, y compris le droit de décision en ce qui concerne la procréation, le nombre et l'espacement des naissances des enfants (voir art. 23); demande de mettre fin à toutes les formes d'exploitation, de violence et de maltraitance, y compris dans leurs aspects fondés sur le sexe (voir art. 16) et favorise l'accès à des services et des programmes de santé sexuelle et procréative de qualité et peu coûteux (voir art. 25).

15. La Convention aborde les droits des filles et des jeunes femmes handicapées de façon transversale au moyen d'une approche à deux volets. D'un côté, elle inclut des articles spécifiques sur les femmes et les enfants handicapés (voir art. 6 et 7). De l'autre, elle se réfère à eux dans les principes généraux et autres articles de fond (voir art. 3, 4, 8, 13, 16, 18, 23, 25 et 30). L'article 6 reconnaît que les femmes et les filles handicapées sont exposées à de multiples discriminations et fait obligation aux États de prendre les mesures voulues pour leur permettre de jouir pleinement et dans des conditions d'égalité de tous leurs droits et de s'assurer de leur plein épanouissement, de leur promotion et de leur autonomisation. Les États doivent également se donner des objectifs portant spécifiquement sur les filles handicapées, y compris en ce qui concerne leur santé sexuelle et procréative, et en suivre la réalisation¹⁰.

16. L'article 7 de la Convention souligne que les États prennent toutes les mesures nécessaires pour garantir aux enfants handicapés la pleine jouissance de tous les droits et tiennent compte de l'intérêt supérieur de l'enfant et de ses capacités d'évolution. La Convention fait ainsi obligation aux États de garantir à l'enfant

¹⁰ Voir observation générale n° 3 (2016) du Comité des droits des personnes handicapées sur les femmes et les filles handicapées (par. 27).

handicapé, sur la base de l'égalité avec les autres enfants, le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité, et d'obtenir pour l'exercice de ce droit une aide adaptée à son handicap et à son âge (voir art. 7, alinéa 3). Ce faisant, la Convention renforce les obligations incombant aux États de reconnaître et de respecter les capacités d'évolution des enfants handicapés et de les aider à les renforcer de façon à ce qu'ils puissent prendre leurs décisions de façon autonome. Comme cela a été souligné par le Comité des droits de l'enfant, le jeune âge ou le handicap de l'enfant ne doivent pas le priver du droit d'exprimer ses opinions, tout comme ils ne doivent pas réduire le poids qu'il faut donner à ses opinions lors de la définition de son intérêt supérieur¹¹

17. Si le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 et la Déclaration et le Programme d'action de Beijing de 2015 ont permis d'accorder plus d'attention à la santé et aux droits des filles et des jeunes femmes en matière de sexualité et de procréation, c'est dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées que les États et le système international des droits de l'homme ont réaffirmé leur engagement à promouvoir et à protéger les droits des filles et des jeunes femmes handicapées dans ce domaine. Par exemple, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a publié une observation générale sur le droit à la santé sexuelle et procréative en faisant spécifiquement référence aux femmes handicapées, notamment à l'accessibilité et aux aménagements raisonnables¹². Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et le Comité des droits de l'enfant ont également souligné l'importance de fournir des services de santé sexuelle et procréative et de mettre fin à la violence sexuelle et aux pratiques préjudiciables frappant les jeunes femmes et les filles handicapées¹³. Au titre de ses procédures spéciales, le Conseil des droits de l'homme s'est également penché sur la question de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation des filles handicapées, notamment les rapports récents du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible en ce qui concerne le droit des adolescentes (voir [A/HRC/32/32](#), par. 86 et 94), du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants sur la torture dans les établissements de santé (voir [A/HRC/22/53](#), par. 48 et 57 à 70) et du Groupe de travail sur la question de la discrimination à l'égard des femmes en ce qui concerne la santé et la sécurité (voir [A/HRC/32/44](#), par. 45 à 47).

¹¹ Voir observation générale n° 14 (2013) du Comité des droits de l'enfant sur le droit de l'enfant à ce que son intérêt supérieur soit une considération primordiale (par. 54).

¹² Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22 (par. 2, 8, 9, 16, 19, 20, 24 et 30).

¹³ Voir observation générale n° 20 (2016) du Comité des droits de l'enfant sur l'exercice des droits de l'enfant pendant l'adolescence (par. 31 et 32); recommandation générale conjointe n° 31/observation générale n° 18 (par. 9 et 88) du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et du Comité des droits de l'enfant sur les pratiques préjudiciables; observation générale n° 15 (2013) du Comité des droits de l'enfant sur le droit de l'enfant à jouir du meilleur état de santé possible (par. 1, 5, 8, 15, 22 et 114 b); observation générale n° 13 (2011) du Comité des droits de l'enfant sur le droit de l'enfant d'être protégé contre toutes les formes de violence (par. 8, 15 a), 16, 21 e), 23, 41 a), 43 a) ii), 47 a) i), 48, 54 b), 56, 60, 72 g) et 75 a) et observation générale n° 3 (par. 6, 9, 17, 21 et 37) du Comité des droits de l'enfant sur le VIH/sida et les droits de l'enfant.

III. Problèmes rencontrés par les filles et les jeunes femmes handicapées en matière de santé sexuelle et procréative

A. Stigmatisation et stéréotypes

18. La stigmatisation et les stéréotypes contribuent dans une large mesure à limiter l'accès des filles et des jeunes femmes handicapées à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation¹⁴. D'une façon générale, la sexualité des personnes handicapées est considérée comme un sujet tabou. Les proches, les enseignants et le personnel soignant sont généralement anxieux, peu préparés et peu confiants pour discuter avec ces personnes de leur sexualité¹⁵. D'aucuns supposent en outre que les personnes handicapées, notamment les filles et les jeunes femmes, sont soit asexuées soit hypersexuées¹⁶. Ce sont notamment les personnes atteintes de déficiences intellectuelles et de handicaps psychosociaux qui sont le plus victimes de ce type de stigmatisations. Les études empiriques montrent cependant que les jeunes handicapés ont les mêmes préoccupations et besoins sexuels, relationnels et identitaires que les autres jeunes et affichent les mêmes modèles de comportement sexuel¹⁷.

19. Les stéréotypes reposant sur le sexe et le handicap donnent souvent lieu à des discriminations structurelles ou systémiques à l'égard des femmes handicapées, notamment lorsqu'il s'agit pour elles d'exercer leurs droits sexuels et procréatifs¹⁸. La stigmatisation et la méconnaissance du handicap et de la sexualité peuvent avoir des conséquences profondément négatives sur la vie des personnes handicapées, accroître leur dépendance et les infantiliser. La nature des préjugés subis retentit négativement sur l'opinion qu'elles ont d'elles-mêmes et les plongent dans la précarité et l'isolement social¹⁹. Les filles et les jeunes femmes handicapées ne sont ni considérées comme des personnes ayant besoin d'informations et de services sur leur santé et leurs droits en matière de sexualité et de procréation, ni comme des personnes censées capables de prendre des décisions à ce sujet. En outre, nombre de filles et de jeunes femmes atteintes de handicaps graves vivent chez elles ou dans des établissements spécialisés et sont totalement dépendantes ou sous l'influence d'autres personnes, ce qui les empêche, de façon intentionnelle ou non, de jouir pleinement de leur autonomie et de leur liberté individuelle. Souvent, elles ne possèdent pas les connaissances de base et ne disposent pas du soutien nécessaire pour se protéger des violences sexuelles, des grossesses non désirées ou des infections sexuellement

¹⁴ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, "OHCHR commissioned report: gender stereotyping as a human rights violation", octobre 2013. Disponible en anglais à l'adresse : www.ohchr.org/Documents/Issues/.../2013-Gender-Stereotyping-as-HR-Violation.doc.

¹⁵ M. Ballan, "Parental perspectives of communication about sexuality in families of children with autism spectrum disorders", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 42, no 5 (mai 2012); A. Dupras et H. Dionne, "The concern of parents regarding the sexuality of their child with a mild intellectual disability", *Sexologies*, vol. 23, n° 4 (octobre-décembre 2014).

¹⁶ Voir observation générale n° 3 du Comité des droits des personnes handicapées (par. 30).

¹⁷ E. Brunnberg, M. L. Boström et M. Berglund, "Sexuality of 15/16-year-old girls and boys with and without modest disabilities", *Sexuality and Disability*, vol. 27, n° 3 (septembre 2009); A. C. B. Maia, "Vivência da sexualidade a partir do relato de pessoas com deficiência intelectual", *Psicologia em Estudo*, vol. 21, n° 1 (2016).

¹⁸ Voir observation générale n° 3 (par. 17 e) du Comité des droits des personnes handicapées.

¹⁹ M. M. Cheng et J. R. Udry, "Sexual behaviors of physically disabled adolescents in the United States", *Journal of Adolescent Health*, vol. 31, n° 1 (juillet 2002).

transmissibles, et n'ont pas les moyens de prendre des décisions en toute connaissance de cause concernant leur propre corps, leur santé et leur vie²⁰.

20. Les préjugés patriarcaux dominants sur le rôle des femmes, qui ne seraient avant tout que des épouses et des mères, constituent également un obstacle pour les filles et les jeunes femmes handicapées et les empêchent de vivre pleinement leur vie sexuelle et procréative. Parce qu'elles considèrent que ces personnes ont peu de chances ou sont incapables de devenir des épouses ou des mères ou encore de dispenser des soins, les familles leur accordent souvent beaucoup moins d'attention qu'aux autres membres de la famille, contribuant ainsi à élargir les inégalités entre les personnes²¹. De même, les préjugés sociétaux concernant la beauté féminine pénalisent un grand nombre de filles et de jeunes femmes handicapées qui se considèrent laides et sans intérêt. La prévalence de ce type de modèles et d'opinions peut produire de profondes séquelles sur ces personnes, qui peuvent ainsi se considérer comme incapables de suivre ces modèles et opinions, et, par conséquent, entrent dans un cercle vicieux d'absence de perspectives et de relégation au second plan par les familles et la société. Certaines jeunes femmes handicapées ont indiqué que la stigmatisation à propos du handicap était telle qu'elles étaient prêtes à accepter un partenaire qui les maltraiterait²².

21. Dans l'exercice de leurs droits en matière de sexualité et de procréation, les filles et les jeunes femmes handicapées appartenant à des groupes historiquement défavorisés ou victimes de discriminations tels que les peuples autochtones, les minorités religieuses ou ethniques, les populations pauvres ou rurales, les migrants, les réfugiés, les lesbiennes, les homosexuels, les bisexuels, les transgenres et les intersexués, connaissent des formes multiples et croisées de discrimination. Ainsi, les filles et les jeunes femmes handicapées appartenant à des peuples autochtones sont davantage exposées au mariage précoce, à la violence sexuelle et aux grossesses non désirées²³. Les filles handicapées, notamment celles qui souffrent de déficiences intellectuelles, rencontrent également des obstacles importants dans l'affirmation de leur orientation sexuelle car leurs parents et tuteurs les étouffent et refoulent leurs opinions²⁴.

22. Les filles et les jeunes femmes atteintes de déficiences multiples et celles qui sont sourdes, sourdes et aveugles, autistes, lépreuses ou atteintes de déficiences intellectuelles ou de handicaps psychosociaux subissent des formes aggravées de stigmatisation et de discrimination. Par exemple, l'opinion omniprésente selon laquelle les filles et les jeunes femmes atteintes de déficiences intellectuelles sont incapables de comprendre la sexualité et de connaître leur corps, à laquelle s'ajoute la crainte des proches d'être tenus pour responsables des conséquences de leurs

²⁰ S. Altundağ et N. Ç. Çalbayram, "Teaching menstrual care skills to intellectually disabled female students", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 25, n^{os} 13-14 (juillet 2016); M. Á. A. Rodríguez, A. A. Díaz et B. A. Martínez, "Eficacia de un programa de educación sexual en jóvenes con discapacidad intelectual", *Análisis y Modificación De Conducta*, vol. 32, n^o 142 (2006); J. Duh, "Sexual knowledge of Taiwanese adolescents with and without visual impairments", *Journal of Visual Impairment and Blindness*, vol. 94, n^o 6 (2000).

²¹ K. F. Linton et H. A. Rueda, "Dating and sexuality among minority adolescents with disabilities: an application of sociocultural theory", *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, vol. 25, n^o 2 (janvier 2015); J. A. McKenzie, "Disabled people in rural South Africa talk about sexuality", *Culture, Health and Sexuality*, vol. 15, n^o 3 (2013).

²² P. Chappell, "How Zulu-speaking youth with physical and visual disabilities understand love and relationships in constructing their sexual identities", *Culture, Health and Sexuality*, vol. 16, n^o 9 (2014).

²³ Inter-Agency Support Group on Indigenous Peoples' Issues, "Thematic paper on sexual and reproductive health and rights of indigenous peoples", 2014.

²⁴ L. Löfgren-Mårtenson, "The invisibility of young homosexual women and men with intellectual disabilities", *Sexuality and Disability*, vol. 27, n^o 1 (mars 2009).

relations sexuelles, fait que celles-ci sont placées sous une surveillance permanente et excessive. Dans certains pays, les filles et les jeunes femmes handicapées, notamment celles qui sont atteintes d'albinisme, sont exposées à un surcroît de violence sexuelle car certains hommes sont convaincus que les relations sexuelles avec ces personnes permettent de guérir du VIH/sida (voir A/71/255, par. 17).

B. Obstacles à l'accès à l'information et aux services concernant la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation

23. Un grand nombre de filles et de jeunes femmes handicapées n'ont pas accès à l'information et à l'éducation sur la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation et aux services qui s'y rattachent. Selon plusieurs études, les jeunes handicapées, notamment les filles et les jeunes femmes atteintes de déficiences intellectuelles, connaissent très peu ces questions, notamment la prévention et la transmission du VIH²⁵. Faute d'éducation inclusive, les filles et les jeunes femmes handicapées n'ont pas accès à une éducation sexuelle complète car ces programmes éducatifs ne sont généralement pas enseignés dans les établissements spécialisés. De plus, l'éducation sexuelle complète n'est pas toujours proposée dans des formes accessibles et dans des langages alternatifs et ne répond pas non plus aux besoins spécifiques des personnes handicapées²⁶. La stigmatisation et les stéréotypes sur la sexualité féminine peuvent également conduire les parents, tuteurs et enseignants des filles et des jeunes femmes handicapées à exclure celles-ci des programmes d'éducation sexuelle complète²⁷. D'une façon générale, les familles et les enseignants ne savent pas comment aborder la question de la sexualité et de l'égalité avec les filles et les jeunes femmes handicapées.

24. En outre, dans de nombreuses parties du monde, les filles et les jeunes femmes handicapées sont souvent totalement exclues du système éducatif ou isolées de leur communauté, que ce soit chez elles ou dans des établissements spécialisés, et ne peuvent donc pas accéder à l'éducation sexuelle. Le manque d'accès égal à une éducation inclusive et de qualité influe négativement sur les filles et les jeunes femmes handicapées, notamment dans les situations de conflit ou après les conflits ou dans des contextes humanitaires, en particulier lorsque ces personnes handicapées sont des réfugiés, des personnes déplacées, des migrants ou des demandeurs d'asile privés de leur liberté dans des hôpitaux, des institutions d'accueil ou des établissements pour mineurs, des établissements pénitentiaires ou encore des sans-abris ou des personnes vivant dans la pauvreté. Dans ces situations,

²⁵ T. Alemu et M. Fantahun, "Sexual and reproductive health status and related problems of young people with disabilities in selected associations of people with disability", *Ethiopian Medical Journal*, vol. 49, n° 2 (avril 2011); A. Jahoda et J. Pownall, "Sexual understanding, sources of information and social networks; the reports of young people with intellectual disabilities and their non-disabled peers", *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 58, n° 5 (mai 2014).

²⁶ C. Alquati Bisol, T. M. Sperb et G. Moreno-Black, "Focus groups with deaf and hearing youths in Brazil: improving a questionnaire on sexual behavior and HIV/AIDS", *Qualitative Health Research*, vol. 18, n° 4 (avril 2008); C. Krupa et S. Esmail, "Sexual health education for children with visual impairments: talking about sex is not enough", *Journal of Visual Impairment and Blindness*, vol. 104, n° 6 (2010).

²⁷ A. Lafferty, R. McConkey et A. Simpson, "Reducing the barriers to relationships and sexuality education for persons with intellectual disabilities", *Journal of Intellectual Disabilities*, vol. 16, n° 1 (mars 2012); S. Mall et L. Swartz, "Attitudes toward condom education amongst educators for deaf and hard-of-hearing adolescents in South Africa", *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, vol. 6, n° 1 (août 2014).

les filles et les jeunes femmes courent le risque d'être victimes de violences physiques ou sexuelles ou de contracter des maladies sexuellement transmissibles²⁸.

25. En général, les filles et les jeunes femmes handicapées ont un accès limité aux services de santé sexuelle et procréative. Parmi les obstacles les plus courants à l'accès à ces services, on citera notamment les attitudes négatives et hostiles du personnel chargé de ces services; l'absence d'accessibilité physique aux immeubles et aux équipements (tables d'examen, équipement de diagnostic); l'absence d'informations accessibles dans les formes adéquates (en braille ou en termes simples); les obstacles à la communication (comme le manque de formation des personnels soignants en communication avec des filles et des jeunes femmes atteintes de déficiences intellectuelles et leur incapacité d'utiliser le langage des signes); l'attitude des proches et des personnels soignants qui filtrent l'information et les services; l'absence de transports accessibles pour se déplacer vers les structures de santé ou rejoindre le lieu de résidence; le coût élevé des services et l'isolement des filles et des jeunes femmes handicapées dans des établissements, camps, structures familiales ou foyers d'accueil. De plus, ces filles et jeunes femmes ont souvent des besoins et des attentes spécifiques qui ne peuvent être satisfaits par des services gynécologiques²⁹.

26. Les filles et les jeunes femmes handicapées sont confrontées à des problèmes considérables dans leur hygiène menstruelle. L'absence d'installations sanitaires appropriées dans les écoles, notamment de toilettes séparées, accessibles et fermées et le manque d'éducation, de ressources et d'appui en matière d'hygiène menstruelle, ne leur permettent pas de gérer comme il convient leur hygiène et les exposent aux maladies³⁰. En conséquence, elles sont nombreuses à rester chez elles ou à être envoyées dans des établissements spéciaux, ce qui les prive d'une éducation sexuelle complète.

27. La prévalence d'infections sexuellement transmissibles chez les jeunes handicapés, y compris les filles et les jeunes femmes handicapées, est préoccupante. Il est établi que les enfants et les jeunes handicapés sont autant ou davantage exposés que les autres jeunes aux maladies sexuellement transmissibles, tandis que les filles handicapées le sont plus que les garçons handicapés³¹. Cependant, les jeunes handicapés, dont les filles handicapées, ont moins de probabilité d'être informés en matière de prévention du VIH/sida ou de bénéficier de préservatifs ou d'autres méthodes pour prévenir la propagation de maladies sexuellement transmissibles. Il apparaît ainsi que le dépistage du VIH est moins fréquent chez les jeunes handicapés des deux sexes que chez les autres catégories de la population³².

²⁸ Handicap International, "Disability in humanitarian context: views from affected people and field organisations", Study – 2015, Advocacy (2015) (p. 9). Disponible à l'adresse : www.handicapinternational.org.uk/sites/uk/files/documents/files/2015-07-study-disability-in-humanitarian-context-handicapinternational.pdf.

²⁹ F. Williams, G. Scott et A. McKechnie, "Sexual health services and support: the views of younger adults with intellectual disability", *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, vol. 39, n° 2 (2014).

³⁰ OHCHR, "Realization of the equal enjoyment of the right to education by every girl" (2017) (p. 12). Disponible en anglais à l'adresse : www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/ReportGirlsEqualRightEducation.pdf.

³¹ U. Agarwal et S. Muralidhar, "A situational analysis of sexual and reproductive health issues in physically challenged people, attending a tertiary care hospital in New Delhi", *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases*, vol. 37, n° 2 (juillet-décembre 2016); J. B. Munymana, V. R. P. M'kumbuzi, H. T. Mapira, I. Nzabanterura, I. Uwamariya et E. Shema, "Prevalence of HIV among people with physical disabilities in Rwanda", *Central African Journal of Medicine*, vol. 60, n° 9 à 12 (septembre-décembre 2014).

³² T. J. Aderemi, M. Mac-Seing, S. A. Woreta et K. A. Mati, "Predictors of voluntary HIV counselling and testing services utilization among people with disabilities in Addis Ababa,

En général, les campagnes de prévention des maladies sexuellement transmissibles et des cancers ne ciblent pas les filles et les jeunes femmes handicapées. Cette question revêt une importance toute particulière pour les sourds ou les sourdes et aveugles qui sont habituellement exclus de toutes les campagnes générales d'information.

28. L'idée erronée très répandue selon laquelle les adolescents, handicapés ou non, ne sont pas capables de décider librement des choix à faire en matière de santé est un obstacle majeur auquel sont confrontées les filles et les jeunes femmes, qu'elles soient handicapées ou non, lorsqu'elles essaient d'accéder à des services et des informations en matière de santé sexuelle et procréative. Nombre d'États limitent légalement la capacité des adolescents de prendre librement des décisions sur leur santé et leurs droits en matière de sexualité et de procréation en exigeant une notification ou une autorisation parentale avant de fournir les informations ou les services requis, ou en permettant au personnel soignant de refuser de fournir aux adolescents des informations, des biens et des services dans ce domaine. En outre, les jeunes femmes handicapées majeures n'ont pas la capacité légale, compte tenu de leur handicap et d'idées préconçues sur leur prétendue absence de capacité, de prendre librement des décisions sur les services de santé sexuelle et procréative dont elles ont besoin. Tout ce contexte restrictif créé des obstacles infranchissables pour les filles et les jeunes femmes handicapées, en particulier celles qui ont besoin de soutien pour exprimer leurs volontés et leurs préférences, sachant que ce type de soutien n'est habituellement apporté que par la famille. Par conséquent, ces filles et jeunes femmes n'ont très souvent aucun contrôle de leur propre vie sur les plans de la sexualité et de la procréation, puisque les décisions les concernant sont prises par autrui sous le prétexte paternaliste que c'est « dans leur propre intérêt » (voir [A/67/227](#), par.36). Nier aux filles et jeunes femmes handicapées l'accès aux soins de santé sexuelle et procréative est une forme de violence qui les expose également aux risques de grossesses non désirées, de mariages précoces et d'abandon scolaire.

C. Pratiques néfastes et forcées

29. La stérilisation forcée des filles et des jeunes femmes handicapées est une violation des droits de l'homme très répandue dans le monde. Les filles et les jeunes femmes handicapées sont beaucoup plus que les autres filles et jeunes femmes victimes de stérilisation forcée pour diverses raisons dont l'eugénisme, la gestion des menstruations et la prévention des grossesses³³. Les femmes atteintes de déficiences intellectuelles et de handicaps psychosociaux, ainsi que celles qui sont placées dans des établissements, sont particulièrement vulnérables à la stérilisation forcée. Malgré le peu de données disponibles sur ces pratiques, les études montrent que la stérilisation continue d'être pratiquée sur ce groupe de la population à un rythme trois fois plus élevé que pour le reste de la population³⁴.

Ethiopia", *AIDS Care*, vol. 26, n° 12 (2014); Y. Bat-Chava, D. Martin et J. G. Kosciw, "Barriers to HIV/AIDS knowledge and prevention among deaf and hard-of-hearing people", *AIDS Care*, vol. 17, n° 5 (juillet 2005).

³³ Open Society Foundations, Human Rights Watch, Women with Disabilities Australia and International Disability Alliance, "Sterilization of women and girls with disabilities: a briefing paper" (novembre 2011). Disponible à l'adresse : www.opensocietyfoundations.org/publications/sterilization-women-and-girls-disabilities-0.

³⁴ L. Servais, R. Leach, D. Jacques et J. P. Roussaux, "Sterilisation of intellectually disabled women", *European Psychiatry*, vol. 19, n° 7 (novembre 2004); L. Lennerhed, "Sterilisation on eugenic grounds in Europe in the 1930s: news in 1997 but why?", *Reproductive Health Matters*, vol. 5, n° 10 (novembre 1997).

30. Bien que les instruments, mécanismes et organismes des droits de l'homme des Nations Unies aient établi que la stérilisation forcée des personnes handicapées constitue une discrimination et une forme de violence, de torture et de traitement cruel, inhumain ou dégradant³⁵, cette pratique demeure légale et en vigueur dans de nombreux pays³⁶. Dans le monde, les systèmes juridiques de nombreux pays habilite les juges, les professionnels de la santé, les membres de la famille et les tuteurs à autoriser la stérilisation au nom des personnes handicapées car cela est « dans leur propre intérêt », notamment les filles handicapées qui sont sous l'autorité légale de leurs parents. Cette pratique est souvent justifiée comme mesure préventive face à la vulnérabilité des filles et des jeunes femmes handicapées aux violences sexuelles en s'abritant derrière le fallacieux prétexte selon lequel la stérilisation permettrait à ces personnes réputées « incapables d'assumer les charges parentales » d'améliorer leur qualité de vie sans supporter le « poids » de la grossesse³⁷. Cependant, la stérilisation ne les protège pas des violences ou maltraitements sexuelles ni ne décharge l'État de l'obligation de les protéger contre ces violences³⁸. La stérilisation forcée est une pratique inacceptable dont les filles et les jeunes femmes handicapées subissent les conséquences sur leur intégrité physique et mentale tout au long de leur existence. Elle doit donc être éradiquée et érigée immédiatement en infraction pénale.

31. D'autres procédures ou interventions médicales sont souvent pratiquées sans le consentement libre et éclairé des filles et jeunes femmes handicapées, notamment la contraception et les avortements forcés. Souvent, la contraception est pratiquée à la demande des professionnels de la santé ou des parents comme moyen de contrôle des menstruations³⁹. Les besoins contraceptifs des filles et des jeunes femmes handicapées sont identiques à ceux des femmes non handicapées, mais on leur administre plus souvent des contraceptifs injectables ou on leur pose des dispositifs intra-utérins plutôt que de leur prescrire des contraceptifs oraux, ce qui est moins

³⁵ Voir Convention relative aux droits des personnes handicapées (art. 5, 12, 23 et 25), observation générale n° 3 (par. 10, 32, 44 et 45) du Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 22 (par. 30) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 20 (par. 31) du Comité des droits de l'enfant, observation générale n° 13 (par. 23) du Comité des droits de l'enfant, CEDAW/C/CZE/CO/5 (par. 34, 35, 37 et 42), CEDAW/C/AUL/CO/7 (par. 35 et 43), A/63/175 (par. 40 et 41 et 70 à 76), A/HRC/22/53 (par. 48), A/67/227 (par. 28), A/HRC/32/32 (par. 94) et Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes), Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), Programme des Nations Unies pour le développement, Fonds des Nations Unies pour la population, UNICEF et OMS, *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement* (OMS, Genève, 2014). Disponible à l'adresse : www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201405_sterilization_en.pdf.

³⁶ Voir les observations finales du Comité des droits des personnes handicapées en relation avec les rapports présentés par les pays ci-après : Allemagne, Argentine, Australie, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Canada, Chili, Chine, Colombie, Costa Rica, Croatie, El Salvador, Espagne, Honduras, Hongrie, îles Cook, Iran (République islamique d'), Jordanie, Kenya, Lituanie, Maurice, Mexique, Mongolie, Nouvelle-Zélande, Pérou, Portugal, Qatar, République de Corée, République de Moldova, République dominicaine, Serbie, Slovaquie, Tchèque, Thaïlande, Turkménistan, Ukraine, Uruguay et Union européenne.

³⁷ Voir, par exemple, l'arrêt de la Cour constitutionnelle de la Colombie C-182 daté du 13 avril 2016 et l'arrêt de la Cour constitutionnelle d'Espagne 215/1994 en date du 14 juillet 1994.

³⁸ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et al., *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement*, p. 6.

³⁹ H. M. J. Van Schroyen Lantman-de Valk, F. Rook et M. A. Maaskant, "The use of contraception by women with intellectual disabilities," *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 55, n° 4 (avril 2011).

contraignants pour les familles et le personnel médical⁴⁰. En outre, les filles et les jeunes femmes handicapées subissent fréquemment des pressions pour mettre un terme à leur grossesse à cause de stéréotypes négatifs sur leurs supposées capacités parentales réduites et de préoccupations eugéniques sur les possibilités de donner naissance à des handicapés⁴¹. Lors des visites officielles conduites dans les pays, la Rapporteuse spéciale a été informée que certains établissements pratiquaient régulièrement des contrôles gynécologiques et avaient recours à des avortements forcés afin de contenir le nombre de leurs pensionnaires handicapées⁴².

32. On constate avec inquiétude l'augmentation d'opérations chirurgicales et de traitements hormonaux censés inhiber l'accroissement du nombre de filles et de jeunes femmes atteintes de graves handicaps. On considère ainsi l'hystérectomie comme une méthode efficace pour éviter la gestion des menstruations⁴². Cette méthode est justifiée par la présomption discriminatoire selon laquelle les filles et les jeunes femmes handicapées ne supportent pas la douleur, la gêne et le traumatisme que provoquent les menstruations – un argument qui ne s'applique pas aux filles et jeunes femmes non handicapées. Le traitement à l'œstrogène est également de plus en plus administré à des fins « d'atténuation de la croissance », afin d'inhiber l'apparition de la puberté et de réduire la taille et le poids des filles, de façon à faciliter les soins⁴³. Ces pratiques constituent des violations flagrantes des droits de l'homme qui vont bien au-delà de la condescendance et de l'infantilisation car elles font passer en priorité les intérêts des personnels soignants au détriment de la dignité et de l'intégrité de la personne. Comme l'a souligné le Comité des droits de l'enfant, l'interprétation du « propre intérêt » de l'enfant ne peut être mise en avant pour justifier des pratiques qui sont en contradiction claire avec les principes de dignité et le droit à l'intégrité physique des personnes⁴⁴. Entraver le développement d'une fillette ne peut en aucune manière constituer une réponse appropriée à l'absence de soutien que les familles peuvent rencontrer pour venir en aide aux filles handicapées.

33. Ces filles peuvent aussi être proposées en mariage dans certaines régions et communautés connues pour pratiquer le mariage des enfants. En fait, les familles sont plus enclines à marier les filles handicapées de force car c'est pour elles un moyen de leur assurer la sécurité et la protection à long terme⁴⁵. En outre, le Comité des droits des personnes handicapées a condamné avec force la pratique dans de

⁴⁰ M. McCarthy, “‘I have the jab so I can’t be blamed for getting pregnant’: contraception and women with learning disabilities”, *Women’s Studies International Forum*, vol. 32, n° 3 (mai-Juin 2009); M. Morad, I. Kandel et J. Merrick, “Residential care centers for persons with intellectual disability in Israel: trends in contraception methods 1999-2006”, *Medical Science Monitor*, vol. 15, n° 6 (juin 2009).

⁴¹ J. O’Connor, “Literature review on provision of appropriate and accessible support to people with an intellectual disability who are experiencing crisis pregnancy”, National Disability Authority (Údarás Náisúnta Míchumais). Disponible à l’adresse : <http://crisispregnancy.ie/wp-content/uploads/2012/05/Literature-Review-on-Provision-of-Appropriate-and-Accessible-Support-to-People-with-an-Intellectual-Disability-who-are-Experiencing-Crisis-Pregnancy.pdf>.

⁴² L. Lin, J. Lin, C. M. Chu et L. Chen “Caregiver attitudes to gynaecological health of women with intellectual disability”, *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, vol. 36, n° 3 (septembre 2011); A. Albanese et N. Hopper, “Suppression of menstruation in adolescents with severe learning disabilities”, *Archives of Disease in Childhood*, vol. 92, n° 7 (juillet 2007).

⁴³ A. Pollock, N. Fost et D. Allen, “Growth attenuation therapy: practice and perspectives of paediatric endocrinologists”, *Archives of Disease in Childhood*, vol. 100, n° 12 (décembre 2015); N. Kerruish, “Growth attenuation therapy: views of parents of children with profound cognitive impairment”, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 25, n° 1 (janvier 2016).

⁴⁴ Voir observation générale n° 13 (par. 61) du Comité des droits de l’enfant.

⁴⁵ E. Shrestha, A. Singh, B. Maya et P. Koyu, *Uncovered realities: Exploring experiences of child marriage among children with disabilities* (Plan International Norway, 2017).

nombreux pays des mutilations génitales féminines sur des filles et des jeunes femmes handicapées⁴⁶.

D. La violence sexuelle et sexiste à l'égard des filles et des jeunes femmes handicapées

34. Les filles et les jeunes femmes handicapées sont tout particulièrement victimes de diverses formes de violence sexiste, dont les violences physiques, sexuelles, psychologiques et émotionnelles, les brimades, les contraintes, la privation arbitraire de liberté, le placement dans des institutions spécialisées, les infanticides de filles, la traite des personnes, les négligences, les violences domestiques et les pratiques nocives telles que les mariages d'enfants et les mariages forcés, les mutilations génitales féminines, la stérilisation forcée et les traitements involontaires invasifs et irréversibles (voir [A/HRC/20/5](#), par. 12 à 27). Ces formes de violence sont souvent une conséquence des liens entre handicap et sexe et peuvent se produire au moment où la fillette ou la jeune femme fait sa toilette quotidienne, reçoit un traitement ou lorsqu'elle a pris de trop fortes doses de médicaments. La violence sexiste se produit au domicile, dans les établissements spécialisés, les écoles, les centres de santé ou dans d'autres institutions publiques ou privées. Ses auteurs sont fréquemment des parents, des soignants et des professionnels dont les victimes dépendent.

35. Les preuves de la violence sexiste frappant les filles et les jeunes femmes handicapées sont sans appel. Les études conduites à travers le monde montrent que ces personnes sont de plus en plus exposées à la violence, aux mauvais traitements et à l'exploitation comparativement à celles qui ne sont pas handicapées, mais aussi aux garçons et jeunes hommes handicapés⁴⁷. D'une façon générale, les enfants handicapés ont presque quatre fois plus de risques d'être victimes de violences que les enfants non handicapés⁴⁸. Cependant, ces risques sont beaucoup plus importants pour les filles sourdes, aveugles et autistes et celles qui sont atteintes de déficiences intellectuelles, de handicaps psychosociaux ou de déficiences multiples⁴⁹. L'appartenance à une minorité raciale, religieuse ou sexuelle et la pauvreté accroissent les facteurs de risque de violences sexuelles chez les filles et les jeunes femmes handicapées⁵⁰. Les crises humanitaires et les situations de conflit ou après les conflits fragilisent davantage les filles handicapées face aux risques de violence sexuelle et de traite des personnes.

36. Les filles et les jeunes femmes handicapées sont également confrontées à de gros problèmes pour accéder à la justice, aux mécanismes de prévention et aux

⁴⁶ Voir [CRPD/C/GAB/CO/1](#) (par. 40 et 41), [CRPD/C/KEN/CO/1](#) (par. 33 et 34), [CRPD/C/ETH/CO/1](#) (par. 39 et 40) et [CRPD/C/UGA/CO/1](#) (par. 34 et 35).

⁴⁷ E. A. Davies et A. C. Jones, "Risk factors in child sexual abuse", *Journal of Forensic and Legal Medicine*, vol. 20, n° 3 (avril 2013); K. M. Devries, N. Kyegombe, M. Zuurmond, J. Parkes, J. C. Child, E. J. Walakira, et al., "Violence against primary school children with disabilities in Uganda: a cross-sectional study", *BMC Public Health*, vol. 14, n° 1 (septembre 2014); I. Hershkowitz, M. E. Lamb et D. Horowitz, "Victimization of children with disabilities", *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 77, n° 4 (octobre 2007).

⁴⁸ Lisa Jones, et al., "Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies", *The Lancet*, vol. 380, n° 9845 (juillet 2012).

⁴⁹ E. Brunberg, et al., "Sexuality of 15/16-year-old girls and boys with and without modest disabilities"; S. J. Caldas et M. L. Betsy, "The sexual maltreatment of students with disabilities in American school settings", *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 23, n° 4 (2014).

⁵⁰ S. L. Martin, N. Ray, D. Sotres-Alvarez, L. L. Kupper, K. E. Moracco, P. A. Dickens, et al., "Physical and sexual assault of women with disabilities", *Violence Against Women*, vol. 12, n° 9 (septembre 2006).

services d'intervention en cas de violences sexiste. Les violences sexuelles ne sont pas toujours signalées, encore moins lorsque la victime est handicapée⁵¹. Les filles et les jeunes femmes handicapées doivent également affronter bien des problèmes lorsqu'elles signalent ce type de violences, dont le risque d'être expulsées de leur famille ou d'être placées dans des établissements spécialisés, la stigmatisation, la peur de la monoparentalité ou de la perte de la garde de l'enfant, mais aussi l'absence de programmes et de services de prévention de la violence ou l'impossibilité d'y accéder, la crainte de perdre les appareils d'assistance et autres moyens d'assistance et celle de subir les représailles et la violence des personnes dont elles dépendent sur les plans affectif et financier (voir [A/67/227](#), par. 59). De plus, lorsque celles qui survivent à la violence sexuelle signalent ces faits et sollicitent l'assistance ou la protection des autorités judiciaires ou de police, des enseignants, des professionnels de la santé, des travailleurs sociaux, etc., leur témoignage, en particulier celui des filles et jeunes femmes handicapées, n'est généralement pas reconnu comme crédible et il est rejeté, ce qui permet aux auteurs d'échapper à la justice⁵².

37. Dans le système judiciaire, les obstacles physiques et de communication entravent l'accès des filles et des jeunes femmes handicapées à la justice et compromettent leur capacité de demander et d'obtenir réparation. Parmi ces obstacles, il y a le manque d'accessibilité et d'équipements d'accueil et d'aménagements de la procédure tels que la traduction en langage des signes, les formes alternatives de communication et les services d'appui adaptés à l'âge et au sexe de ces personnes. Par exemple, l'absence de traduction en langage des signes peut peser de manière significative sur les chances de succès des personnes sourdes dans les procédures les concernant. De plus et compte tenu des préjugés et stéréotypes précités, les tribunaux ne tiennent souvent pas compte des témoignages des filles et des jeunes femmes handicapées dans les affaires de violence sexuelle et remettent en cause le fait que les personnes atteintes de déficiences intellectuelles puissent comprendre le sens du témoignage sous serment ou rejettent les témoignages des aveugles qui ne seraient pas « capables » de comprendre ou de percevoir la séquence des événements. Souvent, les tribunaux ne mettent pas en place des procédures adaptées à la condition spécifique des filles handicapées, notamment la fourniture d'informations adaptées⁵³.

IV. Exercice et respect des droits en matière de santé sexuelle et procréative des filles et des jeunes femmes handicapées

38. Les États peuvent prendre un grand nombre de mesures pour améliorer la santé et le respect des droits des filles et jeunes femmes en matière de santé sexuelle et procréative, notamment la révision des cadres juridique et d'action, la mise en place de mesures concrètes dans les domaines de l'éducation et de l'information, de l'accès à la justice, de l'accessibilité, de la non-discrimination et de la participation à la vie sociale et l'allocation de crédits pour les mettre en œuvre.

⁵¹ I. Hershkowitz, et al., "Victimization of children with disabilities".

⁵² B. L. Bottoms, K. L. Nysse-Carris, T. Harris et K. Tyda, "Jurors' perceptions of adolescent sexual assault victims who have intellectual disabilities", *Law and Human Behavior*, vol. 27, n° 2 (avril 2003).

⁵³ Voir observation générale n° 3 (par. 52) du Comité des droits des personnes handicapées et observation générale n° 12 (2009) du Comité des droits de l'enfant sur le droit de l'enfant d'être entendu (par. 32 à 34).

A. Le cadre juridique

39. Les États doivent veiller à établir un cadre législatif et réglementaire favorisant la santé et les droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation. Les lois et règlements généraux en vigueur qui restreignent le libre accès de ces personnes aux services de santé sexuelle et procréative, notamment l'exigence de consentement de l'époux ou des parents ou la fixation d'un âge minimum pour accéder à ces services, doivent être modifiés pour faciliter l'accès universel et équitable et aux informations et services de santé sexuelle et procréative⁵⁴. Il faut également revoir les définitions étroites de la violence sexuelle, y compris les agressions sexuelles et le viol, et y intégrer toutes les formes de violence subies par ces personnes.

40. Les États doivent immédiatement abroger toutes les dispositions législatives et réglementaires qui autorisent l'administration de contraceptifs et la pratique de l'avortement, de la stérilisation ou d'autres procédures chirurgicales sur les filles et les jeunes femmes handicapées sans leur consentement libre et éclairé et/ou lorsque cela est décidé par une tierce partie. En outre, les États doivent envisager d'adopter des protocoles pour réglementer et exiger le consentement libre et éclairé de ces filles et jeunes femmes pour tous les actes médicaux les concernant. C'est ainsi que la Colombie a récemment adopté des règlements relatifs à la fourniture de services de santé sexuelle et procréative aux personnes handicapées, notamment en mettant en place des aménagements raisonnables et un appui à la prise de décision⁵⁵. Il importe également d'abroger les lois autorisant la prise de décisions et le traitement involontaire au nom des filles et des jeunes femmes handicapées.

B. Le cadre d'action

41. Dans leurs politiques et programmes relatifs à la santé et aux droits en matière sexuelle et procréative, les États doivent veiller au respect des droits et répondre aux besoins des filles et des jeunes femmes handicapées. Nombre d'États ont mis en place tout un éventail de politiques et de stratégies générales destinées spécifiquement à assurer le respect des droits des personnes handicapées, ainsi que de leurs droits en matière sexuelle et procréative, mais n'ont, en règle générale, pas pris en compte les aspects particuliers liés aux enfants, aux jeunes et au sexe. En outre, ces politiques et stratégies distinguent les personnes handicapées comme faisant partie des principaux groupes vulnérables, mais elles ne s'intéressent pas beaucoup aux problèmes particuliers que connaissent les filles et les jeunes femmes handicapées. Les États doivent donc faire en sorte que les systèmes et services de santé répondent aux besoins spécifiques des adolescentes handicapées en matière de santé sexuelle et procréative.

42. Les soins de santé sexuelle et procréative doivent être dispensés gratuitement ou à un coût raisonnable à toutes les filles et jeunes femmes handicapées, notamment l'accès aux produits et médicaments⁵⁶. La couverture de santé universelle peut permettre à ces personnes d'accéder plus facilement à des soins de qualité. Les systèmes de protection sociale peuvent également contribuer à diminuer les coûts supplémentaires que les filles et les jeunes femmes handicapées doivent supporter pour obtenir ces soins et faciliter les services d'appui pour celles qui en ont besoin (voir [A/70/297](#), par. 4 à 9 et [A/HRC/34/58](#), par. 68). Les États doivent

⁵⁴ Voir observation générale n° 22 (par. 44) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 15 (par. 31) du Comité des droits de l'enfant et [A/54/38/Rev.1](#) (par. 14).

⁵⁵ Ministère colombien de la santé et de la protection sociale, résolution 1904, 31 mai 2017.

⁵⁶ Voir observation générale n° 22 (par. 17) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels.

aussi agir pour que les filles et les jeunes femmes handicapées bénéficient de la même gamme et de la même qualité de services et de programmes de soins de santé sexuelle et procréative que les autres filles et jeunes femmes⁵⁷.

43. Les États doivent s'assurer que les soins de santé sexuelle et procréative soient dispensés aussi près que possible des communautés où vivent les filles et les jeunes femmes handicapées⁵⁸. Les distances entre le domicile et les établissements de soins de santé dans les régions rurales et éloignées constituent un obstacle important pour les personnes handicapées, qui sont pauvres, n'ont pas accès à des moyens de transport peu coûteux et ne bénéficient d'aucun soutien. Les États doivent par conséquent prendre des mesures dans le cadre de leurs stratégies de développement rural pour favoriser l'accès des filles et des jeunes femmes handicapées à des soins de santé sexuelle et procréative de qualité, y compris en mobilisant les communautés et des services de proximité (par exemple, des cliniques mobiles, des caravanes de santé, des services de télémédecine et des stratégies axées sur la téléphonie).

C. L'éducation

44. Il appartient aux États de promouvoir une éducation sexuelle complète et non discriminatoire des filles et des jeunes femmes handicapées, que ce soit en milieu scolaire ou non (voir [A/65/162](#), par. 62 et 87). Cette éducation doit comporter des informations sur l'estime de soi et les relations saines; la santé sexuelle et procréative, la contraception et les maladies sexuellement transmissibles; la prévention de l'exploitation sexuelle et d'autres formes d'exploitation, de violences et d'agressions; la stigmatisation et les préjugés contre les personnes handicapées; les rôles dévolus à chacun des deux sexes et les droits de l'homme. De fait, il a été établi que l'éducation sexuelle a contribué à améliorer les connaissances des jeunes handicapés en matière de sexualité et à réduire la violence sexuelle qui les frappait⁵⁹. Les États doivent s'assurer que leurs programmes d'éducation sexuelle tiennent compte des besoins spécifiques des filles et des jeunes femmes handicapées et qu'ils soient disponibles dans des formes de communication accessibles. De même, les programmes d'éducation par les pairs sont un moyen efficace d'améliorer les connaissances et les aptitudes des filles et des jeunes femmes handicapées dans le domaine de la santé et des droits en matière sexuelle et procréative.

45. Les États sont appelés à former les personnels soignants, les enseignants, les travailleurs communautaires et d'autres fonctionnaires publics aux questions concernant la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation des filles et des jeunes femmes handicapées. Dans l'exercice de leurs fonctions, tous les personnels chargés des soins primaires de santé sexuelle et procréative, notamment dans les zones rurales et éloignées, doivent être bien formés, préparés et appuyés⁶⁰. C'est ainsi qu'à Guwahati, en Inde, une équipe de soignants a été formée pour porter assistance aux jeunes handicapées et leur permettre d'accéder à des informations et des services de santé sexuelle et procréative, mais aussi pour cerner les comportements abusifs. Il est recommandé d'adopter des directives techniques sur les modalités de fourniture d'informations et de services de santé sexuelle et procréative adéquats aux filles et aux jeunes femmes handicapées. Ainsi, le

⁵⁷ Ibid., par. 24.

⁵⁸ Voir article 25 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

⁵⁹ J. Duh, "Sexual knowledge of Taiwanese adolescents with and without visual impairments"; S. Altundağ et N. Ç. Çalbayram, "Teaching menstrual care skills to intellectually disabled female students".

⁶⁰ OMS, *Sexual and reproductive health core competencies in primary health care* (Genève, 2011).

Gouvernement uruguayen a élaboré un guide sur la santé et les droits des personnes handicapées en matière sexuelle et procréative, qui a été distribué à tous les services de santé du pays.

46. Les États doivent également informer et assister les familles des filles et des jeunes femmes handicapées dans le domaine de la santé et des droits sexuels et procréatifs. On peut penser que les familles ont besoin d'aide pour mieux comprendre la sexualité de leurs enfants, mieux connaître la manière de répondre à leurs besoins de santé sexuelle et procréative et celle d'éviter, de reconnaître et de signaler les cas d'exploitation, de violence et de maltraitance sexuels. Les études montrent que la formation contribue à changer les attitudes des parents à l'égard de la sexualité de leurs enfants handicapés et à leur donner plus de confiance pour aborder ce sujet avec eux⁶¹. Les parents et les membres de la famille ont besoin d'être orientés pour mieux comprendre l'importance de l'éducation sexuelle et respecter les droits de leurs enfants à s'exprimer librement, ce qui les aidera à dépasser leurs craintes concernant l'exploitation et les maltraitances sexuelles à l'égard des filles et des jeunes femmes handicapées. Les familles doivent aussi non seulement bénéficier de la formation, mais aussi participer à des initiatives de sensibilisation afin de changer leurs propres attitudes et comportements à l'égard de leurs enfants handicapés.

D. L'accès à la justice

47. Les États doivent assurer l'accès effectif et égal des filles et des jeunes femmes handicapées qui ont été victimes de violences sexuelles ou autres à la justice. L'accès effectif à des réparations judiciaires et autres est un facteur essentiel dans la lutte contre toutes les formes d'exploitation, de violence ou de maltraitance contre les filles et les jeunes femmes handicapées dans les sphères publique et privée. Les États sont appelés à éliminer toutes les restrictions à l'accès à la justice de ces personnes, notamment les règles restrictives sur la personnalité juridique sur la base de l'âge et du handicap.

48. Il incombe aux États de prendre toutes les mesures législatives, administratives et autres pour assurer aux filles et aux jeunes femmes handicapées les aménagements procéduraux et autres aménagements nécessaires en fonction de l'âge, afin de faciliter leur participation effective, directe ou indirecte, notamment en tant que témoins, à toutes les procédures judiciaires, y compris pendant l'enquête et aux autres stades préliminaires. Tous les services de protection doivent tenir compte de l'âge, du sexe et du handicap de ces personnes⁶². Ainsi, l'Association kenyane des personnes atteintes de déficiences intellectuelles organise des cycles de formation à l'intention de fonctionnaires des forces de l'ordre, de personnels soignants et de fournisseurs de services sur la mise en place d'aménagements raisonnables et procéduriers en faveur des personnes atteintes de déficiences intellectuelles et sur le respect de leur autonomie personnelle.

49. Les États sont tenus de prévenir les actes de violence, y compris la violence sexuelle, d'enquêter à leur sujet, de poursuivre et punir les auteurs, et de protéger les droits et les intérêts des victimes⁶³. Les organismes nationaux des droits de

⁶¹ K. Clatos et M. Asare, "Sexuality education intervention for parents of children with disabilities: a pilot training program", *American Journal of Health Studies*, vol. 31, n° 3 (juin 2016); G. Yildiz et A. Cavkaytar, "Effectiveness of a sexual education program for mothers of young adults with intellectual disabilities on mothers' attitudes toward sexual education and the perception of social support", *Sexuality and Disability*, vol. 35, n° 1 (mars 2017).

⁶² Voir article 16 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

⁶³ Voir observation générale n° 22 (par. 64) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels.

L'homme et les organisations de la société civile peuvent jouer un rôle essentiel dans les enquêtes et investigations conduites en matière d'exploitation, de violence ou de maltraitance de filles et de jeunes femmes handicapées et dans l'aide à apporter à toutes les femmes handicapées pour qu'elles puissent bénéficier des réparations légales qui leur sont dues. Ainsi, l'Union nationale ougandaise des femmes handicapées a formé 32 femmes handicapées aux fonctions d'assistantes judiciaires et les a dotées de connaissances dans le domaine des droits des filles et jeunes femmes handicapées en matière de santé sexuelle et procréative et de violence sexuelle. Ces assistantes offrent leur appui pour signaler les violations et en assurer le suivi jusqu'à ce que justice soit rendue. Les États doivent se pencher sur les mécanismes de recours et de réparation en faveur des filles et des jeunes femmes handicapées victimes de pratiques néfastes telles que la stérilisation et l'avortement forcés, notamment au sein des établissements où elles ont été placées (voir CEDAW/C/JPN/CO/7-8, par. 24 et 25).

E. L'accessibilité

50. Les États doivent également assurer la pleine accessibilité à toutes les informations et tous les services concernant la santé sexuelle et procréative. Les infrastructures et les services publics et privés ouverts au public, notamment les services gynécologiques et obstétriques, doivent prendre toutes les dispositions utiles pour faciliter l'accessibilité des personnes handicapées, notamment au regard de l'infrastructure, des équipements, de l'information et de la communication. Le transport vers ces services doit être facilité, faute de quoi les filles et les jeunes femmes handicapées continueront d'être privées de leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative⁶⁴.

51. Les États doivent veiller à ce que toutes les informations et toute la communication sur la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation soient accessibles aux personnes handicapées, y compris à travers le langage des signes, le braille, des formats électroniques accessibles, l'écriture adaptée, des formats faciles à lire et des modes, moyens et formes de communication améliorée et alternative⁶⁴. Par exemple, il faut que les centres d'appel par lesquels transite le signalement des cas de violence sexiste soient accessibles aux filles et jeunes femmes sourdes et déficientes auditives à travers la messagerie téléphonique ou d'autres moyens. Par exemple, le projet Illinois Imagines a élaboré des guides et d'autres outils pour les centres de lutte contre le viol, les organisations d'aide aux handicapés et les militants de la cause, qui contiennent des directives pour les programmes d'enseignement préventif et des guides photographiques sur les agressions sexuelles et les droits des personnes ayant survécu à la violence sexuelle⁶⁵. De même, l'université de Tartu, en Estonie, a formé des enseignants sur la manière de prodiguer des cours d'éducation sexuelle complète en langage simplifié de façon à ce que les enfants atteints de déficiences intellectuelles puissent eux aussi en bénéficier.

F. La non-discrimination

52. Les États ont l'obligation d'assurer à toutes les filles et jeunes femmes handicapées l'accès sans discrimination aux services de santé sexuelle et

⁶⁴ Voir observation générale n° 2 (2014) du Comité des droits des personnes handicapées sur l'article 9 : accessibilité (par. 40).

⁶⁵ Voir Illinois Imagines, "Materials – toolkit and other material". Disponible à l'adresse : www.icasa.org/index.aspx?PageID=1045.

procréative. Ils doivent donc éliminer la discrimination à l'égard de ces personnes dans la loi, la politique et la pratique; veiller à exécuter des politiques, programmes et lois soucieux des questions de l'enfance et de la parité des sexes et proscrire toute forme de discrimination dans la fourniture de ces services. En outre, les États doivent prendre des mesures pour apporter aux filles et jeunes femmes handicapées un appui tenant compte de leur handicap et de leur âge, afin qu'elles puissent accéder à ces services et installations et en bénéficier au même titre que les autres personnes.

53. Les États doivent reconnaître la diversité des niveaux d'identité existant dans la communauté des personnes handicapées afin de faire face comme il convient aux inégalités et à la discrimination croisée auxquels les filles et les jeunes femmes handicapées font face. Ils doivent envisager de mettre en place des politiques et pratiques visant les groupes les plus marginalisés de filles et de jeunes femmes handicapées (par exemple, celles qui sont frappées de déficiences multiples ou graves et celles qui sont sourdes et aveugles) afin d'accélérer ou de réaliser l'égalité de fait.

G. La participation

54. Les États doivent consulter les enfants handicapés, notamment les filles et les adolescentes, et les impliquer dans l'exercice des droits liés à la santé sexuelle et procréative comme le stipulent les alinéas 3 et 7 de l'article 4 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Il est essentiel que les filles et les jeunes femmes handicapées soient consultées car elles connaissent mieux que personne les conditions dans lesquelles elles vivent. Ces filles et ces jeunes femmes, y compris les plus jeunes d'entre elles, ont le droit de participer à la prise de décisions politique et, par conséquent, de bénéficier d'un appui approprié tenant compte de leur handicap et de leur âge. Plan International a élaboré des directives concernant la consultation des enfants et des jeunes handicapés, qui contiennent des propositions pratiques sur cette question⁶⁶.

55. Les États doivent être conscients que les opinions des filles et des jeunes femmes handicapées peuvent s'opposer à celles des familles et des soignants. Les organisations de parents d'enfants handicapés peuvent jouer un rôle de premier plan dans la promotion de l'autonomie et de la participation active de ces enfants, mais les États doivent toujours tenir compte de la volonté et des préférences des enfants handicapés (voir A/HRC/31/62, par. 36). De même, les associations de personnes handicapées peuvent avoir des vues différentes de celles des enfants handicapés. Il est donc important de consulter les filles et adolescentes handicapées et d'agir avec elles directement.

H. La collecte des données

56. Les États doivent recueillir les informations appropriées, notamment les données statistiques et d'études, afin de formuler et de mettre en œuvre des politiques et programmes sur la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation tenant compte des handicaps et d'évaluer les progrès accomplis dans la promotion et la protection des droits des filles et des jeunes femmes handicapées⁶⁷.

⁶⁶ Plan International, "Guidelines for consulting with children and young people with disabilities". Disponible à l'adresse : <https://plan-international.org/publications/guidelines-consulting-children-and-young-people-disabilities>.

⁶⁷ Voir article 31 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

Le manque de données statistiques fiables et comparables sur la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation des filles et des jeunes femmes handicapées est alarmant, notamment dans les pays à revenu moyen et à faible revenu. Les ouvrages spécialisés sur cette question sont rares et tendent à s'intéresser surtout à des expériences et problèmes racontés par les personnes concernées elles-mêmes plutôt qu'à des interventions positives⁶⁸. À cet égard, la Rapporteuse spéciale se félicite de l'étude qui sera prochainement publiée par le Fonds des Nations Unies sur la population (FNUAP) sur la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation des jeunes handicapés, qui couvrira également la question de la violence sexiste.

57. La réalisation des objectifs de développement durable, qui prônent un accroissement important de la disponibilité de données fiables, récentes et de grande qualité, ventilées notamment par sexe, âge et type de handicap (objectif 17), représente une occasion unique de recueillir des données de meilleure qualité sur la santé et les droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation. La courte série de six questions sur le handicap formulées par le Groupe de Washington sur les statistiques des incapacités constitue une méthode éprouvée pour ventiler les statistiques dans les recensements et enquêtes menés au niveau national, y compris les enquêtes sur les ménages, la population et la santé. De plus, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Groupe de Washington sur les statistiques des incapacités ont élaboré un module sur le fonctionnement des enfants, qui s'applique aux enfants âgés de 2 à 17 ans qui peut être intégré dans les actions actuelles de collecte de données⁶⁹. Le module est intégré dans le cycle actuel de l'enquête en grappes à indicateurs multiples qui sera menée au cours des trois prochaines années avec l'appui de l'UNICEF dans 35 pays à faible revenu et à revenu moyen⁷⁰.

I. La mobilisation des ressources

58. Les États ont l'obligation de prendre immédiatement et en y consacrant le maximum de ressources disponibles, y compris celles fournies au titre de la coopération internationale, des mesures permettant de s'assurer que les filles et les jeunes femmes handicapées puissent exercer pleinement leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative et accéder à des services de qualité⁷¹. Les gouvernements doivent intégrer dans leurs plans et budgets des politiques et des stratégies relatives à la santé et aux droits en matière de santé sexuelle et procréative et tenir compte des besoins spécifiques des filles et des jeunes femmes handicapées. Les mécanismes de financement participatif et les fonds préaffectés

⁶⁸ S. Hellum Braathen, P. Rohleder et G. Azalde, "Sexual and reproductive health and rights of girls with disabilities: a review of the literature", SINTEF Technology and Society, 2017. Disponible à l'adresse : www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/en-sintef-teknologi-og-samfunn/2017-00083_report-sintef-uel-literature-review-srhr-girls-disability-with-appendices.pdf.

⁶⁹ UNICEF, "A new way to measure child functioning". Disponible en anglais à l'adresse : <https://data.unicef.org/topic/child-disability/module-on-child-functioning>.

⁷⁰ Le Programme d'enquêtes démographiques et sanitaires de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) a récemment élaboré un nouveau module sur le handicap sur la base de la courte série de questions du Groupe de Washington sur les statistiques des incapacités, qui peut être intégré dans les questionnaires sur les ménages afin de recueillir des données concernant tous les membres des ménages âgés de 5 ans et plus. Disponible en anglais à l'adresse : <http://dhsprogram.com/Who-We-Are/News-Room/Collaboration-yields-new-disability-questionnaire-module.cfm>.

⁷¹ Voir observation générale n° 19 (2016) du Comité des droits de l'enfant sur le financement public de la réalisation des droits de l'enfant (par. 28 à 33).

peuvent contribuer à élargir l'allocation de fonds publics dans ce domaine. Les États doivent régulièrement vérifier si les ressources disponibles ont été utilisées pour que filles et les jeunes femmes handicapées puissent exercer pleinement et progressivement leurs droits.

59. La réalisation des objectifs de développement durable, qui énoncent des cibles et références spécifiques concernant la santé sexuelle et procréative et les personnes handicapées, constituent une excellente occasion pour parvenir à un engagement coordonné des donateurs internationaux afin de promouvoir la santé et les droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de santé sexuelle et procréative. Selon l'article 32, alinéa 1 a) de la Convention relative aux droits des enfants handicapés, les donateurs internationaux doivent faire en sorte que la coopération internationale – y compris les programmes internationaux de développement dans le domaine de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation – prenne en compte les personnes handicapées et que celles-ci en tirent pleinement parti.

V. Conclusions et recommandations

60. **Les filles et les jeunes femmes handicapées ont les mêmes droits en matière de santé sexuelle et procréative que les autres filles et jeunes femmes. Cependant, elles sont confrontées à de grands problèmes pour exercer ces droits, notamment la stigmatisation et les stéréotypes, une législation restrictive et un manque d'information et de services destinés spécifiquement aux enfants et aux handicapés. En outre, la pauvreté ou l'exclusion sociale les prive des connaissances nécessaires pour entretenir de saines relations et augmente les risques de maltraitance sexuelle, d'infection aux maladies sexuellement transmissibles, de grossesses non désirées et de pratiques nocives. Les graves violations des droits de l'homme telles que la stérilisation, l'avortement et la contraception forcés sont fréquentes tandis que les violences subies par les filles et les jeunes femmes handicapées demeurent largement invisibles.**

61. **Le manque d'attention aux situations précitées met ces filles et ces jeunes femmes dans des situations très dangereuses. Les États ont le pouvoir d'y mettre un terme en mettant en place des cadres juridiques et d'intervention qui reconnaissent et protègent les droits de ces personnes à la santé sexuelle et procréative et mettent fin à toutes les pratiques involontaires et nocives qu'elles subissent. En outre, les États doivent appuyer les processus de leur autonomisation afin qu'elles puissent prendre des décisions librement en matière de sexualité et de procréation. Il faut également que les attitudes et pratiques des professionnels de la santé, des fournisseurs de services, des enseignants et des familles changent et s'alignent sur les normes internationales relatives aux droits de l'homme, car dans bien des cas elles empêchent les filles et les jeunes femmes handicapées de jouir pleinement de leurs droits.**

62. **La Rapporteuse spéciale formule à l'intention des États les recommandations ci-après :**

a) **Consacrer dans la loi les droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de santé sexuelle et procréative et supprimer tous les obstacles juridiques qui les empêchent d'accéder à l'information et aux biens et services de santé sexuelle et procréative, y compris la législation qui limite leurs droits de prendre des décisions en toute liberté;**

b) **Interdire dans la loi la stérilisation forcée des filles et des jeunes femmes handicapées, ainsi que d'autres pratiques obligatoires ou involontaires qui compromettent leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative, et**

veiller à appliquer les garanties de procédure afin de protéger leurs droits à un consentement libre et éclairé;

c) Institutionnaliser les droits des filles et des jeunes femmes handicapées dans toutes les stratégies et tous les plans d'action relatifs à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation afin que les informations et les biens et services de santé sexuelle et procréative soient accessibles et tiennent compte de l'âge, du sexe et du handicap;

d) Veiller à ce que les services de santé sexuelle et procréative soient respectueux des droits des filles et des jeunes femmes handicapées, y compris leur droit à un consentement non discriminatoire et éclairé avant de subir un traitement médical, quel qu'il soit, et de leur vie privée, et qu'elles soient à l'abri de la torture ou d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants;

e) Concevoir et mettre en œuvre à l'intention des filles et des jeunes femmes handicapées, au sein et en dehors du système scolaire, des programmes et des textes sur l'éducation sexuelle qui soient inclusifs et accessibles;

f) Veiller à ce que les services et programmes destinés à protéger les femmes et les filles de la violence, notamment dans les postes de police, les centres d'accueil et les tribunaux, soient inclusifs et accessibles aux filles et aux jeunes femmes handicapées;

g) Organiser des cycles de formation adéquate pour les fonctionnaires chargés de l'application des lois, les procureurs et les juges sur les modalités de protection des filles et des jeunes femmes handicapées contre la violence;

h) Encourager et appuyer la surveillance indépendante effective par les organes nationaux des droits de l'homme ou d'autres organes indépendants de toutes les structures publiques et privées et de tous les programmes qui fournissent des services aux personnes handicapées et empêchent toutes les formes d'exploitation, de violence et de maltraitance dirigées contre elles et prendre des mesures en cas de violation de leurs droits fondamentaux;

i) Mettre en œuvre des programmes de sensibilisation destinés à changer la perception qu'a la société des droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de santé sexuelle et procréative et à faire cesser toutes les formes de violence à leur égard, notamment la stérilisation, l'avortement et la contraception forcés;

j) Venir en aide aux familles, notamment par des actions d'information et d'éducation, ainsi que par la fourniture de services, afin qu'elles soient mieux à même de comprendre et d'agir sur le plan des droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de santé sexuelle et procréative, loin de la stigmatisation ou des stéréotypes;

k) Adopter des stratégies assurant la participation directe des filles et des jeunes femmes handicapées dans tous les processus de prise de décisions relatifs à la santé et aux droits en matière sexuelle et procréative, notamment l'élaboration de mesures législatives et d'intervention concernant la violence sexuelle et sexiste et les autres formes de maltraitance, et veiller à ce que cette participation soit conduite dans un environnement sain avec un appui adapté au sexe, à l'âge et au handicap de ces personnes;

l) Recueillir des informations, notamment des données statistiques et d'études ventilées par sexe, âge et type de handicap, sur la santé et les droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de santé sexuelle et

procréative, y compris en ce qui concerne les pratique nocives et toutes les formes de violence;

m) Mobiliser des ressources dans le cadre de la réalisation des objectifs de développement durable et les investir dans des programmes inclusifs qui permettent d'élargir l'accès des filles et des jeunes femmes handicapées aux services de santé sexuelle et procréative.

63. La Rapporteuse spéciale recommande que les Nations Unies, notamment dans tous les programmes, fonds et institutions spécialisées, prennent en considération comme il se doit la question des droits et de la santé sexuelle et procréative des filles et des jeunes femmes handicapées dans tous leurs travaux, y compris lorsqu'elles assistent les États dans l'exécution de leurs politiques et programmes principaux.