

L'inclusion des femmes et des filles en situation de handicap dans les programmes de santé et d'égalité des genres

Guide d'accompagnement - Webinaire 1

MODÈLES DU HANDICAP, OBSTACLES À L'INCLUSION, DÉFINITIONS DU HANDICAP¹

Les trois modèles du handicap

Définir ce qu'on entend par « **handicap** » est une étape clé pour favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap. La façon dont le handicap est perçu influence les attitudes à l'égard de ces personnes, la reconnaissance de leurs réalités et de leurs besoins, ainsi que la manière dont les programmes sont conçus pour y répondre. À ce jour, la plupart des initiatives de développement tendent à exclure les personnes en situation de handicap ou à les considérer comme des cas à part. Cette marginalisation est encore plus marquée pour les femmes et les filles en situation de handicap, qui sont confrontées à une double discrimination fondée sur leur genre et leur handicap.

Il existe trois grands modèles du handicap, représentant différentes approches :

- Le modèle médical
- Le modèle de charité
- Le modèle social / fondé sur les droits de la personne

Ce sont les **dynamiques de pouvoir** entre la société, les professionnel·les et les personnes en situation de handicap qui, en essence, définissent la différence entre chacun de ces modèles.

Historiquement, le handicap a été envisagé selon le modèle médical ou le modèle de charité. On parle « d'approche individuelle » pour désigner ces deux modèles, puisqu'ils considèrent tous deux que la personne ayant une déficience est (ou porte) le « problème ». Ces modèles sont à l'origine de programmes qui traitent les personnes en situation de handicap comme un groupe distinct, à qui l'on offre des services spécialisés ou adaptés, déterminés en leur nom par des « spécialistes ». Il en résulte souvent des initiatives isolées, comme la distribution de prothèses ou d'orthèses, des services de réadaptation ou d'orthophonie, ou encore des projets de génération de revenus et des centres de formation professionnelle qui ne sont pas intégrés aux programmes généraux.

À l'inverse, le modèle social (ou fondé sur les droits de la personne) reconnaît que les personnes en situation de handicap font pleinement partie de la communauté et doivent pouvoir participer à **toutes** les activités de développement. Il reconnaît aussi que des adaptations peuvent être nécessaires pour

¹ Adaptation de Coe S. et Wapling L. Travelling Together, Vision mondiale, 2022
<https://www.wvi.org/disability-inclusion/publication/travelling-together>

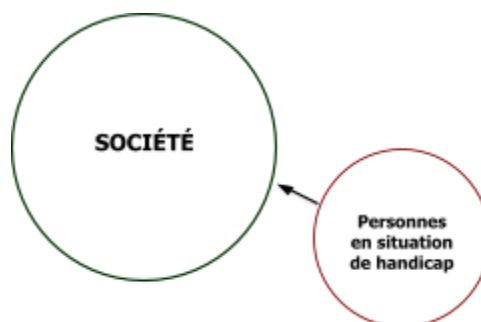
assurer l'accessibilité et l'inclusion. Autrement dit, différent-es intervenant-es doivent assumer la responsabilité de cerner les obstacles à la participation et de trouver des façons de les atténuer, afin d'inclure les personnes en situation de handicap dans l'ensemble des activités courantes, tout en soutenant activement leur participation à la vie communautaire.

Tout le monde a droit à des services de base comme la santé, la santé reproductive, l'éducation et le soutien à la génération de revenus. Toutefois, les besoins des personnes en situation de handicap ont longtemps été perçus comme étant particuliers, appelant des réponses spécialisées. En conséquence, les personnes concernées ont souvent été tenues à l'écart des initiatives générales de développement, ce qui les a empêchées de faire entendre leur voix et de participer pleinement à la conception des programmes et des interventions. La Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies remet en question cette approche restrictive. Dans le modèle social ou fondé sur les droits de la personne, c'est à la société de supprimer les obstacles et de créer les conditions nécessaires pour favoriser la participation des personnes en situation de handicap, plutôt que de s'attendre à ce que ces dernières « s'intègrent » du mieux qu'elles peuvent. Les personnes en situation de handicap doivent être reconnues comme ayant les mêmes droits et besoins fondamentaux que les autres, pouvoir déterminer comment et quand elles souhaitent participer, et bénéficier du soutien nécessaire pour le faire.

Chaque modèle reflète une **manière différente** de concevoir le handicap, ce qui influence directement la façon dont les spécialistes du développement et de la santé l'abordent dans leur travail. Les attitudes et les dynamiques de pouvoir entre la société, les professionnel·les et les personnes en situation de handicap définissent la différence entre chacune de ces approches. Le degré d'inclusion ou d'exclusion des personnes en situation de handicap dans les programmes découle directement de l'approche adoptée.

En résumé, l'approche médicale et l'approche de charité placent la responsabilité **des obstacles à la participation sur la personne ayant une déficience**, perçue comme devant être « corrigée » ou destinée à rester dépendante à long terme. Le troisième modèle, connu sous le nom de modèle « social » ou « fondé sur les droits de la personne », considère que les **obstacles découlent de la manière dont la société perçoit les personnes en situation de handicap**, ce qui contribue à leur exclusion.

Modèle médical (approche individuelle)



Le handicap est un « problème » intrinsèque à la personne.

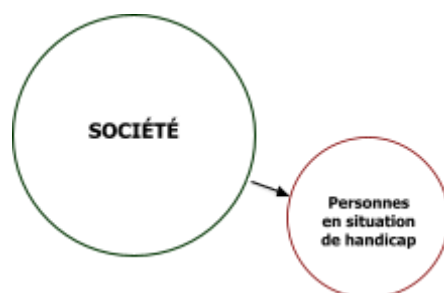
Les activités visent à « guérir » la personne en situation de handicap, perçue comme « malade », afin qu'elle puisse intégrer la société dite « normale ».

- Met l'accent sur la déficience individuelle, perçue comme un obstacle.

- Cherche à « guérir » ou à « améliorer » les personnes pour les « intégrer » à la société.
- Entraîne une ségrégation des services qui se traduit par une exclusion du système général, sous prétexte que cela permet de fournir des services spécialisés de meilleure qualité.
- Confie la prise de décision à des spécialistes ou à des professionnel·les, qui tiennent rarement compte des droits des individus.
- Est coûteux, et les personnes qui en bénéficient réellement sont peu nombreuses.
- Les personnes en situation de handicap jouent un rôle passif dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et des pratiques en matière de handicap.

Les activités découlant de l'approche médicale visent à « réparer » ou « guérir » la personne ayant une déficience, dans l'idée que, une fois guérie, elle pourra s'intégrer à la société dite « normale ». De ce fait, les personnes en situation de handicap reçoivent souvent des services ségrégués, comme l'éducation spécialisée dans des écoles distinctes ou la rééducation médicale comme principale (voire unique) forme d'intervention. Ces services, généralement coûteux, ne sont accessibles qu'à un nombre relativement limité de personnes, qui en sont les bénéficiaires directs.

Modèle de charité (approche individuelle)



Le handicap est un « problème » intrinsèque à la personne

Les activités visent à « aider » les personnes en situation de handicap, perçues comme étant « impuissantes » et en marge de la société dite « normale ».

- La condition des personnes en situation de handicap est perçue comme étant « regrettable ».
- Ces personnes sont perçues comme étant « dépendantes », « impuissantes ». Elles sont vues comme ayant besoin de pitié et de charité, une perception enracinée dans des croyances traditionnelles selon lesquelles les déficiences seraient causées par un péché, un mauvais sort ou une malédiction.
- Suppose que les personnes en situation de handicap ne peuvent pas contribuer à la société ou subvenir à leurs besoins.
- Leur fournit principalement de l'argent ou des dons matériels, comme de la nourriture ou des vêtements.
- Les personnes en situation de handicap deviennent des bénéficiaires permanentes de services d'aide sociale et de soutien.
- L'aide est fournie par des organisations spécialisées, et non par des organisations de développement et des prestataires de services généraux.

Les activités découlant de l'approche de charité visent à aider les personnes en situation de handicap, perçues comme impuissantes ou non autonomes. Cela prend souvent la forme d'une aide directe,

comme des transferts en argent, ou de programmes spécialisés en éducation et en emploi. Ce modèle véhicule l'idée que les personnes en situation de handicap bénéficient de l'aide sociale à long terme, et renforce la perception qu'elles sont en marge de la société « normale » et incapables de contribuer pleinement à leur communauté.

Modèle social / humain (approche fondée sur les droits de la personne)



Le handicap résulte des obstacles imposés par la société

Les activités se concentrent sur l'inclusion, reconnaissant explicitement que les personnes en situation de handicap font partie intégrante de la société.

- Considère le handicap comme une conséquence sociale de la déficience.
- Reconnaît les personnes en situation de handicap comme faisant pleinement partie de la société, et non comme des personnes à part ou en marge.
- Soutient que le handicap des personnes ayant une déficience résulte de l'exclusion sociale et du refus d'accès égal aux droits et aux possibilités.
- Reconnaît que les besoins et les droits des personnes en situation de handicap sont les mêmes que ceux des autres, notamment en matière d'éducation, de santé, d'emploi, de relation amoureuse, etc.
- Favorise des approches inclusives dans les domaines comme l'éducation, la santé, l'emploi et les services, en encourageant la participation des personnes en situation de handicap aux programmes ouverts à l'ensemble de la population.
- Les activités portent sur l'identification et l'élimination des obstacles à l'accès, des obstacles comportementaux et des obstacles institutionnels qui freinent l'inclusion.
- Cette approche s'appuie sur des cadres législatifs nationaux et internationaux, dont la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies (CDPH).

Les activités découlant du modèle social ou fondé sur les droits de la personne visent à éliminer les obstacles et à rééquilibrer les dynamiques de pouvoir (y compris par l'autonomisation des personnes en situation de handicap) afin de parvenir à une plus grande égalité.

Analyse des obstacles

L'analyse des obstacles permet de cerner certaines des causes profondes de l'exclusion, qu'elles soient en lien avec **l'accès, les institutions ou les attitudes**. Elle vise à mettre en lumière les obstacles qui empêchent certaines personnes d'accéder aux services ou de participer pleinement aux interactions sociales. En reconnaissant et en comprenant ces obstacles, il devient possible de susciter, avec le temps, des changements systémiques touchant les attitudes, les comportements, les politiques et les lois, ce qui favorise l'inclusion.

Obstacles à l'accès

Les personnes en situation de handicap se heurtent à des obstacles en matière d'accès dans différents aspects de la vie quotidienne, notamment :

- Les transports en commun
- Les hôpitaux et les cliniques
- Les écoles et les logements
- Les boutiques et les marchés
- Les lieux de culte
- Les médias et les communications
- Les systèmes d'information publique

Il existe deux grandes catégories d'obstacles à l'accès :

1. **Les obstacles physiques.** La plupart des gens associent d'abord les obstacles à l'accès à des obstacles physiques (par exemple, une clinique est inaccessible pour une personne en fauteuil roulant si elle comporte des marches ou des portes trop étroites). Une fois que l'on prend conscience de ces enjeux, il est assez facile d'identifier ce type d'obstacle, en collaboration avec les personnes en situation de handicap. Il est important de veiller à ce que l'ensemble des installations de tous les bâtiments, comme les toilettes, les stations de lavage des mains et les espaces de rafraîchissement, soient accessibles à toutes et à tous.
2. **Les obstacles à la communication.** La communication peut également représenter un obstacle pour les personnes ayant une déficience sensorielle. Par exemple, pour les personnes sourdes, lorsqu'aucune langue des signes ou autre forme d'adaptation n'est prévue; pour les personnes malvoyantes, en l'absence de documents en gros caractères; ou pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, lorsque le langage utilisé est trop complexe ou difficile à comprendre. Une communication inadéquate peut avoir des conséquences graves, notamment lors de campagnes d'information en santé publique (par exemple sur le VIH/sida, les mesures de prévention contre la COVID-19 ou les pratiques sexuelles sécuritaires). Les élèves ayant une déficience auditive, visuelle ou intellectuelle risquent de ne pas avoir accès à des informations essentielles si les conditions d'accessibilité ne sont pas respectées.

On regroupe ces obstacles sous une même catégorie : **les obstacles à l'accès (obstacles environnementaux)**.

Les **obstacles physiques** sont souvent les plus faciles à repérer. Il peut s'agir, par exemple, de marches, de sentiers étroits, de surfaces irrégulières ou de toilettes sans barres d'appui. Mais il est tout aussi essentiel d'identifier les **obstacles à la communication**, qui peuvent avoir un impact majeur sur les personnes ayant une déficience sensorielle ou un trouble de la communication.

Obstacles institutionnels

Certains obstacles contribuent à l'exclusion ou à la marginalisation des personnes en situation de handicap dans divers secteurs et contextes, notamment :

- Le système juridique
- La prestation de services de santé
- Les politiques en matière d'éducation
- Les lois sur l'emploi
- Les services sociaux
- Les politiques des organismes humanitaires ou de développement
- Les systèmes de croyances et les religions

De nombreux services tenus pour acquis par la majorité sont inaccessibles aux personnes en situation de handicap, en raison de lois et de politiques discriminatoires. Par exemple, lorsque la langue des signes n'est pas reconnue officiellement, les écoles ne sont pas en mesure d'offrir un enseignement adapté aux enfants sourds dont c'est la langue principale, et aucun soutien n'est prévu pour la formation d'interprètes. Le coût des droits d'auteur pour l'impression de livres en braille peut restreindre l'accès au matériel pédagogique pour les élèves ayant une déficience visuelle.

Dans plusieurs pays, certaines lois autorisent encore la stérilisation ou l'interruption de grossesse forcée chez les jeunes femmes présentant une déficience cognitive ou psychosociale, et peuvent aussi appuyer le placement en institution sans consentement.

Même lorsque des jeunes en situation de handicap réussissent à franchir les étapes du système scolaire et à obtenir des qualifications, le manque de volonté des employeurs à mettre en place des mesures d'accommodement raisonnable peut constituer un obstacle à leur accès à l'emploi. Il existe, par exemple, des cas de personnes ayant une déficience physique qui détiennent un diplôme en enseignement, mais à qui l'on a refusé un poste dans une école en raison d'une interprétation restrictive et inadéquate des critères d'aptitude au travail souvent présents dans les descriptions de poste. On rapporte aussi des situations où des personnes sourdes n'ont pas pu ouvrir de compte bancaire en vue de lancer une entreprise, car les banques refusaient la présence d'aides à la communication durant les échanges avec le personnel, prétextant une violation de leurs politiques de confidentialité. Même lorsque la législation est en place, si les conditions des accommodements raisonnables ne sont pas clairement définies et appliquées, les personnes en situation de handicap resteront exclues du marché du travail.

On regroupe ces obstacles sous une même catégorie : les **obstacles institutionnels**.

Ces obstacles sont parmi les plus difficiles à détecter. À moins de fournir un effort délibéré pour les trouver, ils ne sont pas toujours immédiatement visibles. Ils sont souvent associés à des normes sociales et culturelles, et intégrés aux politiques et aux lois. Pour commencer à les repérer, il faut examiner les secteurs dans lesquels vous travaillez et identifier les pratiques juridiques, culturelles ou sociales qui devraient faire l'objet d'une attention particulière. La consultation des personnes en situation de

handicap à l'échelle locale, y compris les organisations qui les représentent (OPH), est essentielle pour aider à les identifier.

Obstacles comportementaux

Les préjugés, la discrimination et la stigmatisation comptent parmi les plus grands obstacles auxquels se heurtent les personnes en situation de handicap. Pourtant, on les reconnaît rarement lorsqu'il est question d'inclusion. Une ou plusieurs des suppositions suivantes sont souvent faites à l'égard des personnes en situation de handicap :

- Elles sont incapables ou inadéquates
- Elles sont peu intelligentes
- Elles ont besoin d'être « guéries »
- Elles dépendent de services ou de soutiens « particuliers »
- Elles sont maudites ou possédées par un « mauvais esprit »
- Elles sont inspirantes ou exceptionnelles

Celles et ceux qui portent ce type de jugements traitent les personnes en situation de handicap comme si elles étaient soit inutiles, soit surhumaines. Elles ignorent la personne dans toute sa singularité (avec sa personnalité, ses forces et ses limites) ou présument qu'elle possède des capacités extraordinaires pour composer avec sa déficience.

Les personnes qui n'ont pas de handicap peuvent réagir avec peur, pitié, dégoût ou supériorité. Ces attitudes et émotions sont souvent renforcées par les médias et les figures culturelles influentes dans la société. Le langage négatif reflète ces préjugés et peut aussi les renforcer. Les personnes en situation de handicap souhaitent transformer la manière dont on parle d'elles, en particulier lorsqu'il s'agit d'un langage offensant ou inexact.

On regroupe ces obstacles sous une même catégorie : les **obstacles comportementaux**.

Ces obstacles sont parmi les plus importants à reconnaître, car ils ne cessent de freiner les progrès en matière d'inclusion des personnes en situation de handicap. Les attitudes négatives et les idées préconçues amènent souvent les personnes en situation de handicap, en particulier les filles et les femmes, qui subissent aussi de la discrimination fondée sur le genre, à se percevoir comme étant sans valeur, dépendantes et en constante recherche de soutien. Ce cycle de charité et de dépendance peut être difficile à briser.

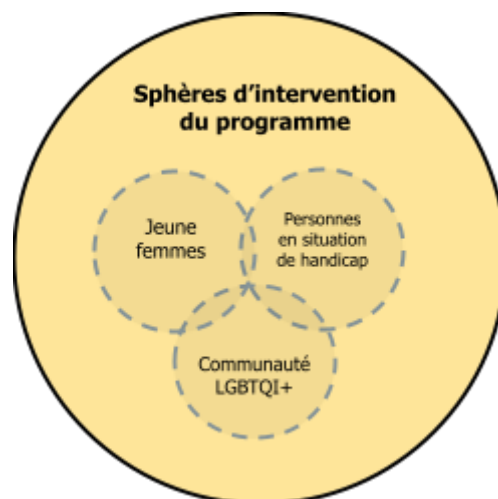
Dans les échanges avec les personnes en situation de handicap et leurs familles, lorsqu'on prend le temps de bien comprendre leurs réalités, la plupart indiquent que leurs plus grands obstacles sont de nature comportementale. Pourtant, la majorité des gens qui ne côtoient pas de personnes en situation de handicap, s'ils ont déjà réfléchi à la question, présument que les principaux obstacles sont liés à l'accès, et surtout à l'accessibilité physique.

Leçons à tirer de l'analyse des obstacles, dans une perspective intersectionnelle

- De nombreux obstacles à l'inclusion sont interreliés. Les obstacles à l'accès sont souvent liés aux politiques des institutions, elles-mêmes façonnées par les individus et leurs systèmes de

croyances. Les obstacles comportementaux, quant à eux, sont transversaux et présents dans presque tous les contextes.

- Les obstacles institutionnels sont parfois subtils. Puisqu'ils proviennent d'institutions ou de gouvernements, ils peuvent sembler normaux et être plus facilement acceptés. Cela ne signifie pas pour autant qu'ils ne peuvent pas être remis en question et transformés.
- Il existe un lien entre les normes sociales (valeurs et croyances partagées), les actions individuelles (comme la discrimination fondée sur les préjugés et les stéréotypes) et les mesures institutionnelles (souvent influencées par les croyances et les préjugés des individus qui les composent). Les interventions doivent tenir compte de tous ces facteurs et de leurs influences réciproques.
- Des caractéristiques qui se recoupent (comme l'âge, le genre, l'origine ethnique, le handicap, l'orientation sexuelle ou le lieu de résidence) peuvent accentuer les obstacles à l'inclusion. Les femmes en situation de handicap forment un groupe à risque (en tant que femmes) au sein d'un autre groupe à risque (les personnes en situation de handicap). Leurs besoins et revendications ont souvent été abordés uniquement sous l'angle du handicap, ce qui complique l'identification et le traitement des causes de la discrimination multiple, notamment dans les contextes de violence fondée sur le genre. Les hommes en situation de handicap peuvent eux aussi contribuer à la marginalisation des femmes en situation de handicap. Au cours de la vie, les obstacles s'accumulent, entraînant une marginalisation encore plus grande à un âge avancé.
- Cela signifie que les interventions de développement qui se veulent inclusives, mais qui ne prennent en compte qu'un seul facteur d'exclusion (comme l'âge, le genre, l'origine ethnique, le handicap, l'orientation sexuelle ou le lieu de résidence) risquent de laisser de côté de nombreuses femmes. C'est le cas, par exemple, des femmes âgées, des femmes en situation de handicap, des femmes autochtones ou des lesbiennes, qui continuent de faire face à des obstacles à l'inclusion liés à leur genre.
- Plusieurs personnes sont confrontées à de multiples obstacles. Il peut être tentant de concentrer les efforts sur la réponse aux besoins individuels. Toutefois, une approche fondée sur les besoins permet rarement de surmonter les obstacles de façon durable, contrairement à une approche fondée sur les droits, qui vise à transformer les systèmes institutionnels et les normes sociales.
- En s'appuyant sur une analyse approfondie des obstacles, les interventions doivent trouver un équilibre entre les actions visant à éliminer les obstacles à l'accès, les obstacles institutionnels et les obstacles comportementaux. Elles doivent aussi équilibrer le soutien direct aux personnes et les efforts visant un changement plus large (transformer les normes sociales).



Définir le handicap

La [Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies \(CDPH\)](#) définit ainsi les personnes en situation de handicap : « ... des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire

obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres. »
Article premier – Objectif

La CDPH s'appuie sur le **modèle social ou fondé sur les droits de la personne**, qui vise à créer les conditions nécessaires pour favoriser la participation des personnes en situation de handicap, plutôt que de s'attendre à ce qu'elles « s'intègrent » du mieux qu'elles peuvent. Elle reconnaît que les personnes en situation de handicap font partie intégrante de la société et qu'elles ont les mêmes besoins de base et aspirations individuelles que tout le monde. Elle convient également que ces dernières devraient pouvoir choisir comment et quand participer et recevoir le soutien nécessaire pour contribuer à leur façon.

DÉFINIR LE HANDICAP

Une **déficienc**e se caractérise par :

- Des problèmes de fonctionnement ou de structure du corps.
- Des conditions causées par une maladie ou une blessure, qui affectent les capacités physiques, l'apparence ou le fonctionnement d'une personne (p. ex. : absence totale ou partielle d'un membre, ou dysfonctionnement d'un membre, d'un organe ou d'un système).
- Des problèmes pouvant être de courte ou de longue durée.
- Des problèmes pouvant être uniques ou multiples.

On utilise le terme **déficienc**e pour décrire un problème de fonctionnement physique, sensoriel, cognitif ou lié à la santé mentale, notamment lorsqu'on planifie des mesures d'adaptation pour répondre à des besoins précis en matière d'accessibilité.

Le **handicap** se caractérise par :

- Les conséquences des limitations imposées aux personnes ayant une déficienc
- Ces limitations entravent leur participation pleine et active à la société.
- Des obstacles comportementaux, environnementaux et institutionnels empêchent leur inclusion.

On utilise le terme « **handicap** » lorsqu'on veut décrire l'effet ou l'impact qu'une déficienc

Déficience + obstacles = handicap

Quelles sont quelques-unes des principales causes de déficience?

- Certaines déficienc
- D'autres peuvent être causées par une blessure ou une maladie survenue avant la naissance.
- D'autres encore résultent d'une blessure ou d'une maladie survenue après la naissance.
- Un-e enfant ou un-e adulte peut présenter plusieurs déficienc

Comment les déficiences peuvent-elles affecter les enfants et les adultes?

- Une déficience physique peut affecter la mobilité et/ou l'apparence du corps.
- Une déficience sensorielle peut altérer la vue, l'ouïe, la parole, l'odorat, le goût, le toucher ou l'équilibre.
- Une déficience neurologique peut toucher le système nerveux, la parole, les capacités motrices, la vision, la mémoire, les muscles ou les capacités d'apprentissage.
- Une déficience intellectuelle affecte le fonctionnement cognitif et le comportement.
- Un trouble de santé mentale peut influencer la pensée, les émotions, les relations sociales et la capacité à faire face aux situations de la vie quotidienne.

Analyse des dynamiques de pouvoir

Le pouvoir prend de nombreuses formes (visibles, invisibles ou cachées) et s'exerce à la fois de manière formelle, par les institutions et les règles, et de manière informelle, à travers les relations et les normes sociales. Ses effets se font sentir dans tous les aspects de la vie : la définition des enjeux, la prise de décisions, la valorisation ou la marginalisation de certaines personnes, l'utilisation des ressources, l'établissement des priorités, ainsi que dans la manière dont les individus se perçoivent, participent, exercent leurs choix et déterminent leur propre vie².

Tableau 1 : Les quatre formes de pouvoir

Le pouvoir sur :

Souvent associé à un pouvoir négatif : oppression ou répression, restriction de la liberté de mouvement, d'expression ou d'action. On le retrouve fréquemment dans des contextes de conflit ou de crise, mais aussi dans la vie quotidienne.

Par exemple : la difficulté à obtenir un emploi ou un logement en raison d'un nom associé à une minorité ethnique ou une minorité religieuse; le refus dans des démarches de mariage ou d'adoption pour les couples homosexuels; l'imposition de vêtements ou de coiffures spécifiques, en particulier pour les femmes dans l'espace public; ou encore la perte de capacité juridique, notamment pour les personnes en situation de handicap, et tout particulièrement pour les femmes.

Il peut aussi avoir des effets positifs, notamment en matière de sécurité et de protection (sécurité routière ou protection de l'enfance), mais il doit reposer sur la légitimité et être soumis à une reddition de comptes. Il

Le pouvoir de :

Capacité de prendre des décisions et de poser des actions, de résister à l'oppression ou de créer quelque chose de nouveau. Il s'exerce dans la prise de décision au sein du ménage et de la communauté ainsi qu'à plus grande échelle. Il reflète le potentiel de chaque individu à déterminer sa propre vie.

Par exemple : une femme qui choisit de quitter un conjoint violent ou de travailler; un-e jeune qui décide du moment de son mariage ou de la profession qu'elle ou il souhaite exercer; une personne en situation de handicap qui choisit de vivre seule.

² Pettit, J. (2013). Power Analysis – A Practical Guide, Sida; www.sida.se/publications

peut aussi s'exercer à travers le contrôle des ressources et des biens.

Le pouvoir collectif

Capacité de trouver un terrain d'entente entre des intérêts divergents et d'agir collectivement, sur la base de la solidarité et du soutien mutuel. Il s'agit de développer la force collective et de s'appuyer sur des réseaux, comme des organisations de personnes en situation de handicap; des associations féminines; des clubs et des organisations jeunesse.

Le pouvoir intérieur

Connaissances, capacités personnelles, sentiment de dignité, estime de soi et confiance en soi, autant d'éléments qui permettent à une personne d'imaginer des changements dans sa vie et de les réaliser. La dignité personnelle est souvent identitaire et liée à la culture et/ou à la religion, qui influencent les pensées et les comportements.

Adaptation de Tools for Analyzing Power, Inclusion and Exclusion^{3,4}

Quel est le lien entre l'analyse du pouvoir et les modèles du handicap? Les modèles individuels du handicap reflètent une position de pouvoir, dans laquelle la société non handicapée s'attribue une supériorité (**pouvoir sur**). Lorsqu'on interagit avec les personnes en situation de handicap en s'appuyant sur le modèle médical ou de charité, on adopte une perspective capacitiste, centrée sur la déficience. Des jugements sont alors posés, et des décisions prises, en fonction de ce que l'on croit être le mieux pour la personne en situation de handicap. Dans ces modèles individuels, la société non handicapée exerce un **pouvoir sur** les personnes en situation de handicap en tant que prestataires de services de soutien fournissant de l'argent, des vêtements, de la nourriture, des avis professionnels, par exemple en tant que spécialiste de la santé, en les orientant vers le secteur médical, ou en créant des programmes d'éducation spécialisée ou des moyens de subsistance en fonction des besoins supposés liés à la déficience. Dans ces conditions, les personnes en situation de handicap ont rarement le pouvoir d'agir et de décider par elles-mêmes. Même les consultations avec les personnes en situation de handicap peuvent suivre la logique des modèles médical et de charité, en limitant leur participation à l'évaluation de leurs besoins en lien avec leur déficience.

Il est très important de tenir compte des dynamiques de pouvoir tout au long du cycle du projet, en parallèle de l'analyse des obstacles : lors de l'analyse de la situation, de la conception et de la mise en œuvre de projets inclusifs des personnes en situation de handicap, ainsi que dans les processus de SÉRA. Comme le montre l'exemple ci-dessous, des suppositions sont souvent formulées en ce qui concerne les obstacles et le pouvoir, ce qui a une incidence directe sur les résultats.

Étude de cas 1 : Programmes de formation aux compétences de vie et planification tenant compte des inégalités dans les dynamiques de pouvoir

Ce qui s'est produit :

Une organisation a conçu des programmes de formation aux compétences de vie destinés aux adolescent-es et aux jeunes, afin de les aider à se préparer à la transition vers le monde du travail. Elle souhaitait s'assurer d'inclure les adolescent-es en situation de handicap.

Le défi :

En adaptant la formation, de nombreux efforts ont été consacrés aux questions d'accessibilité (obstacles environnementaux). Toutefois, l'importance du pouvoir intérieur a été négligée, ce qui a fait en sorte que les

³ Buggenini, P; JASS (2002). Tools for Analyzing Power, Inclusion and Exclusion :

<https://justassociates.org/all-resources/tools-for-analyzing-power-inclusion-and-exclusion/>

⁴ Développé par Lisa VeneKlasen et Valeries Miller. Consulter, par exemple, A New Weave of Power, People and Politics, 2002.

adolescent-es en situation de handicap participaient peu aux exercices en groupe. Ils n'avaient pas suffisamment de pouvoir d'agir pour exprimer leurs opinions et parler de leurs expériences, alors que les jeunes qui n'étaient pas en situation de handicap n'avaient pas la maturité ou la sensibilité nécessaire pour aller à leur rencontre et prendre le temps de s'intéresser à eux (obstacles comportementaux). Sans le vouloir, les adolescent-es n'ayant aucun handicap exerçaient une certaine forme de pouvoir sur leurs pairs en situation de handicap lorsqu'il s'agissait de parvenir à un consensus ou de prendre des décisions.

La solution :

Tous les jeunes (en situation de handicap ou non) auraient bénéficié de séances préparatoires pour les appuyer avant de suivre ensemble le programme de formation. Une prise de conscience préalable des différences potentielles de pouvoir aurait contribué à une meilleure participation à la formation.

Le tableau ci-dessous présente une analyse générale des obstacles en SSR, en lien avec les dynamiques de pouvoir, selon une approche fondée sur le modèle socioéconomique.

Tableau 2 - Analyse générale des obstacles et des dynamiques de pouvoir : exemple de la SSR

ÉCHELLE	OBSTACLES COMPORTEMENTAUX	OBSTACLES ENVIRONNEMENTAUX	OBSTACLES INSTITUTIONNELS
Individu	Manque de confiance en soi et d'estime de soi : Pouvoir intérieur limité Affecte les capacités de négociation et le pouvoir dans les relations; le consentement et la possibilité d'avoir des relations sexuelles protégées; la demande d'information en matière de SSR, de conseils, de dépistage, de traitements, etc.	Manque d'informations et d'infrastructures accessibles dans la vie privée et publique (voir tous les obstacles aux échelles suivantes).	Manque de soutien : voir tous les obstacles aux échelles suivantes.
	Pouvoir d'agir et pouvoir collectif limités	Ces obstacles tendent à se renforcer dans les contextes de conflit, de catastrophe ou de crise. Parfois, des progrès réalisés auparavant sont annulés, et des obstacles déjà levés réapparaissent.	
Famille / Couple	Surprotection : <ul style="list-style-type: none"> Par crainte d'une potentielle promiscuité chez les enfants (notamment les garçons ayant une déficience intellectuelle) ou d'une violence sexuelle envers les filles en situation de handicap, on choisit souvent de ne pas leur transmettre d'information en matière de SSR. On préfère (ou on tolère) parfois la stérilisation, surtout chez les filles, afin 		Tendance à promouvoir le mariage précoce des filles en situation de handicap, afin de transférer le « fardeau des soins » ou de les « normaliser » en les faisant correspondre aux normes sociales. Tendance à promouvoir le mariage précoce à un homme beaucoup plus âgé pour qu'il agisse comme aidant. La fille est parfois mariée comme deuxième ou troisième épouse, assumant en réalité le

	<p>de « prévenir la violence » ou d'éviter la transmission du handicap.</p> <p>Indifférence :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Considèrent les jeunes comme étant asexué-es et estiment donc qu'ils n'ont pas besoin d'information en SSR ni de méthodes contraceptives. ● Choisissent des méthodes de gestion menstruelle ou de contraception en fonction de ce qui est le plus pratique pour la personne aidante (y compris l'hystérectomie). ● Peuvent décourager les filles ou les femmes en situation de handicap d'avoir des enfants, car elles sont perçues comme inaptes à être mères. ● Peuvent encourager les filles ou les jeunes femmes (même si elles ne sont pas mariées) à avoir des enfants dans le but qu'ils deviennent un jour leurs aidant-es. ● Considéré-es comme incapables (indignes) de prendre des décisions concernant leur propre corps (grossesse, planification familiale), certain-es jeunes ou adultes en situation de handicap sont contraint-es de subir des méthodes invasives et irréversibles. ● La SSR est perçue comme un investissement inutile pour les personnes en situation de handicap. ● La violence sexuelle à leur égard est tolérée. 		<p>rôle de travailleuse domestique à faible coût.</p> <p>Ces pratiques sont encore plus marquées pendant et tout de suite après les conflits ou les situations de crise.</p> <p>Cela se traduit par un <u>pouvoir exercé sur la personne.</u></p>
Communauté	<ul style="list-style-type: none"> ● Violence sexuelle tolérée : on croit que la fille ou la femme en situation de handicap devrait être reconnaissante qu'un 	<ul style="list-style-type: none"> ● Absence de toilettes publiques sûres et accessibles. 	<ul style="list-style-type: none"> ● En cas de violence, les filles et les femmes ne sont pas consultées et les décisions, si elles existent,

	<p>homme ait des relations sexuelles avec elle malgré son handicap; sa valeur est perçue comme trop faible pour justifier des démarches judiciaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de matériel d'information en formats accessibles. • Absence de transports en commun accessibles vers les services de SSR. <p>Cela se traduit par un <u>pouvoir exercé sur la personne.</u></p>	<p>sont prises pour elles ou à leur place.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes en situation de handicap ne sont pas consultées à propos de leurs besoins en SSR ni de leur accès à ces services. • La sécurité des femmes et des filles, ainsi que leur accès aux services, ne sont ni priorisés ni suffisamment financés.
Prestation de services	<ul style="list-style-type: none"> • Considèrent les jeunes comme étant asexué-es et estiment donc qu'ils n'ont pas besoin d'information en SSR ni de méthodes contraceptives. • La perception négative des femmes et des filles en situation de handicap enceintes entraîne des violences verbales et un manque de soutien (y compris sur le plan de la communication) pendant la grossesse, l'accouchement et les soins maternels postnataux. • Manque de volonté de consulter les jeunes ou les personnes en situation de handicap au sujet de la gestion menstruelle et des méthodes contraceptives; les parents ou les aidant-es peuvent aussi être poussés à accepter des interventions invasives et irréversibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'information accessible sur la contraception, les relations sexuelles protégées et les IST. • Manque de communication inclusive dans les centres et les établissements de santé. • Absence d'équipement adaptable, comme les tables d'examen, les fauteuils gynécologiques, etc. • Manque d'accessibilité des infrastructures au sein des établissements de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de personnel de santé formé aux questions de handicap en lien avec la SSR. • Les personnes en situation de handicap ne sont pas toujours prises en compte pour le dépistage du cancer, des IST ou d'autres enjeux liés à la SSR. • Peuvent ne pas recevoir de traitement ou de médication pour des problèmes ou maladies liés à la SSR. • On ne favorise pas la recherche ni la collecte de données ventilées sur la SSR et le handicap. <p>Cela se traduit par un <u>pouvoir exercé sur la personne.</u></p>
Gouvernement	<ul style="list-style-type: none"> • Peu d'intérêt pour les enjeux liés au handicap, y compris la collecte de données et la recherche. • Les besoins spécifiques ne sont pas traités comme des droits, et aucun financement n'y est consacré. 	<p>Partout :</p> <p>Cela se traduit par un <u>pouvoir exercé sur la personne.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de budget ou d'investissement consacré à la formation du personnel de santé sur le handicap et l'inclusion. • Manque de financement pour le matériel d'information accessible, les équipements adaptés et les infrastructures accessibles. • Absence de campagnes de santé inclusives

			représentant les personnes en situation de handicap. <ul style="list-style-type: none"> • Absence de politiques inclusives en matière d'accès à la santé : prévention et traitement, capacité juridique comme droit de la personne. • Peu d'initiatives pour promouvoir la recherche et les données inclusives.
--	--	--	---

Idéalement, les analyses des obstacles et des dynamiques de pouvoir sont menées avec des personnes en situation de handicap. N'oubliez pas que :

- Plus on cherche à analyser les obstacles de façon précise et nuancée dans un contexte donné, plus il est important de tenir compte des expériences de personnes aux profils variés du point de vue de la déficience, du genre, de l'âge ou d'autres dimensions identitaires.
- Plus on prête attention aux identités croisées, plus il est essentiel d'analyser les dynamiques de pouvoir et la façon dont les obstacles peuvent s'amplifier. Gardez à l'esprit que tout le monde a ses propres préjugés, y compris le personnel et les personnes en situation de handicap.

Assurer l'inclusion des jeunes ayant différents types de déficience dans l'éducation à la SDR

- Pour les **personnes aveugles** : Les enfants apprennent énormément en observant les autres. Ils reproduisent ce qu'ils voient chez leurs pairs et les adultes, ce qui les aide à apprendre les codes du comportement non verbal. Les enfants aveugles passent à côté de ce type d'information. Ils ne voient pas que les personnes en couple se tiennent la main ou s'embrassent. Ils ne savent pas à quoi ressemblent les garçons, les hommes, les filles et les femmes. Ils ne peuvent pas non plus comparer leur propre corps à celui des autres. Ils peuvent donc ressentir de l'insécurité par rapport à leur corps et à la sexualité en général.
- Dans les modules de formation, on trouve souvent beaucoup d'information visuelle sur la puberté, le système reproducteur et les méthodes contraceptives. Il faut donc trouver des moyens de rendre ce contenu accessible aux jeunes aveugles ou ayant une déficience visuelle. La première étape consiste à décrire en détail ce que montrent les images. Vous pouvez faire participer les autres jeunes du groupe en leur demandant de décrire ce qu'ils voient.
- Deuxièmement, l'utilisation de poupées ou de modèles anatomiques des organes génitaux masculins et féminins peut appuyer l'apprentissage de manière concrète. Vous pourriez emprunter ces modèles anatomiques auprès d'une école, d'une université ou d'un service de santé situés à proximité. Faites en sorte que tout le monde puisse manipuler les modèles anatomiques, pas seulement les jeunes aveugles, afin que personne ne se sente mal à l'aise ou stigmatisé. La même approche s'applique lorsque vous abordez l'utilisation du condom. Invitez tout le monde à manipuler les condoms pour que chaque personne puisse en faire l'expérience et bien comprendre.

- **Pour les personnes sourdes** : Les enfants sourds en apprennent beaucoup sur les relations en observant leur entourage. Ils voient également des images concernant la sexualité et les relations dans les médias, mais le contexte et la situation peuvent leur échapper parce que ces informations ne leur sont pas accessibles et qu'ils n'ont peut-être pas encore développé le langage et le vocabulaire nécessaires pour parler de ces questions. Cela peut mener à une vision irréaliste de la sexualité. Il est donc important de leur expliquer clairement les mots appropriés et de leur fournir des repères pour faire la différence entre ce que les médias montrent et ce qui se vit dans la réalité (un apprentissage essentiel pour tous les enfants et les jeunes, dans toute leur diversité).
- **Pour les enfants sourds ou ceux ayant d'autres troubles de la parole**, le toucher fait partie intégrante de la communication au quotidien. Ils sont habitués à toucher et à être touchés pour entrer en relation avec les autres. Ils peuvent donc avoir plus de difficulté à faire la différence entre un contact fonctionnel et un contact intime. Ce sujet peut être abordé lors de séances sur le consentement, par exemple en utilisant une mise en situation portant sur un enfant sourd.
- Assurez-vous que les personnes sourdes puissent suivre les échanges en groupe, partager leurs expériences et poser des questions aussi souvent qu'elles le souhaitent. Il est toujours préférable de préparer le terrain en amont, en offrant aux personnes sourdes la possibilité de s'informer sur la sexualité auprès de personnes ayant une bonne maîtrise de la **langue des signes locale** et une expérience en éducation sexuelle, plutôt que de s'en remettre uniquement aux interprètes. Cela leur donne les outils nécessaires pour s'exprimer clairement et prendre part activement aux discussions en groupe mixte. Si vous faites appel à des interprètes en langue des signes, assurez-vous qu'ils soient bien préparés et familiarisés avec le vocabulaire requis.
- **Pour les personnes ayant une déficience physique** : Les enfants ayant une déficience physique peuvent se sentir mal dans leur peau, car leur corps fonctionne différemment ou ne ressemble pas à celui des autres enfants de leur âge. Il est important qu'ils prennent confiance en eux et qu'ils en viennent à se trouver beaux tels qu'ils sont.
- Les enfants qui vivent avec une déficience physique et qui ont besoin d'aide pour leurs soins personnels (comme se laver, s'habiller ou aller aux toilettes) sont souvent habitués à ce que d'autres personnes les voient nus ou les touchent. Il peut donc être plus difficile pour eux d'établir leurs limites physiques. Pendant les activités de groupe, assurez-vous qu'ils puissent participer pleinement aux exercices interactifs et poser leurs questions librement. Vous pouvez aussi inviter une personne vivant avec une déficience physique à partager son expérience et expliquer comment elle accède aux services de SSR et surmonte les obstacles qu'elle rencontre.
- **Pour les personnes ayant une déficience intellectuelle** : Le développement physique des enfants ayant une déficience intellectuelle est souvent semblable à celui de leurs pairs. Cependant, leur développement social et affectif peut être un peu plus lent. Il peut donc exister un écart, à certains moments de leur vie, entre la maturité de leur corps et leurs compétences sociales et émotionnelles. Il demeure toutefois essentiel qu'ils apprennent à prendre des décisions concernant leur sexualité et à se protéger contre les rapports non désirés, les infections sexuellement transmissibles et les grossesses. Les parents peuvent parfois avoir de la difficulté à parler de sexualité et de relations avec leur enfant vivant avec une déficience intellectuelle.
- La question est de savoir comment faire en sorte que les enfants ayant une déficience intellectuelle puissent participer pleinement aux clubs jeunesse qui abordent ces sujets. Il

n'existe pas de réponse unique, car tout dépend des besoins et des capacités de chaque personne. Les enfants ayant une déficience intellectuelle légère peuvent généralement y participer, à condition d'avoir accès à des documents et à des explications claires, en langage simple, tant à l'oral qu'à l'écrit. Pour les enfants ayant une déficience intellectuelle plus marquée, il peut être pertinent d'organiser des rencontres de groupe distinctes sur ces thèmes. Cela permet aux personnes animant les rencontres d'adapter entièrement le contenu à leurs besoins. De plus, les filles ayant une déficience intellectuelle pourraient se sentir plus à l'aise dans un cadre où elles sont entourées d'autres jeunes aux réalités similaires. N'hésitez pas à faire appel à des intervenant-es qui ont de l'expérience auprès de personnes ayant une déficience intellectuelle, ainsi qu'à des personnes qui ont elles-mêmes des troubles d'apprentissage et qui sont formées pour accompagner les jeunes sur ces enjeux. Ces personnes peuvent vous aider à bien transmettre les messages.

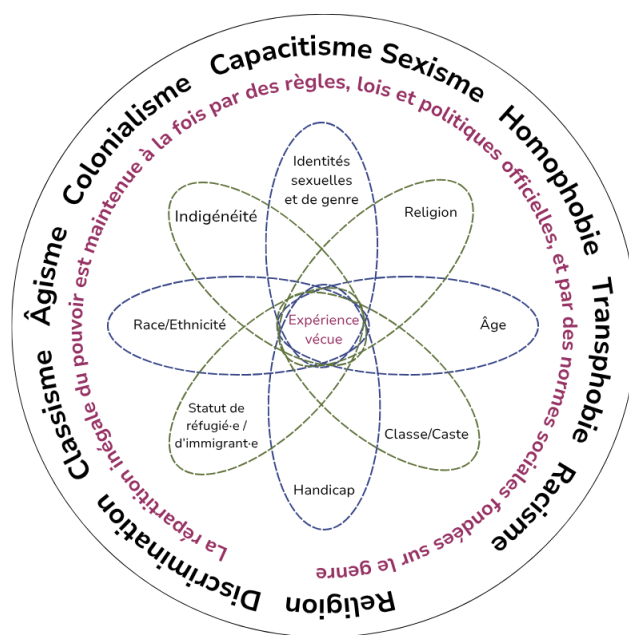
L'intersectionnalité⁵ reconnaît que les personnes ne s'inscrivent pas dans un seul groupe social.

Chaque personne peut s'identifier à plusieurs catégories sociales, ou être perçue comme en faisant partie. Ces identités sont multiples, interreliées et influencées par les normes historiques, les relations sociales et les diverses structures de pouvoir. Chacune de ces identités peut avoir une incidence sur la façon dont une personne interagit avec la société et sur la manière dont elle est perçue. Certaines identités peuvent ouvrir l'accès à plus de pouvoir et de privilèges, tandis que d'autres peuvent exposer à la discrimination ou à l'exclusion, et cela peut parfois se produire simultanément.

L'intersectionnalité reconnaît qu'on ne peut pas véritablement comprendre les injustices et les discriminations fondées sur le handicap, la race ou l'ethnicité, l'âge, le genre ou d'autres identités si on les examine séparément ou en parallèle.

L'intersectionnalité montre que différentes formes d'oppression, comme le racisme, le sexisme, le capacitisme ou l'âgisme, se recoupent et peuvent engendrer des formes particulières de discrimination et d'exclusion. Par exemple, une adolescente issue d'un groupe ethnique minoritaire, récemment arrivée en ville à la recherche de meilleures possibilités d'éducation et d'emploi, pourrait aussi avoir une déficience.

L'ensemble de ces identités influence la manière dont les autres la perçoivent et interagissent avec elle. Ces identités peuvent souvent se renforcer mutuellement, créant ainsi des obstacles supplémentaires à la réalisation de ses droits, et menant à des formes de discrimination encore plus marquées, voire uniques. Toutefois, l'auto-identification et l'identification par les autres ne coïncident pas toujours. En tant qu'organisation, nous devons veiller à ne pas faire de suppositions sur la manière dont les personnes s'identifient ni sur leurs besoins et priorités. C'est ainsi que nous pourrions lutter efficacement contre l'exclusion, être véritablement inclusifs et favoriser le renforcement du pouvoir.



⁵ A theory developed by Professor Kimberlé Williams Crenshaw – see for example: Crenshaw, Kimberlé W. On intersectionality: Essential writings. The New Press, 2017.

Genre et handicap : pourquoi est-il si important d'adopter une perspective de genre?

- Partout dans le monde, l'espérance de vie augmente, ce qui entraîne une hausse du nombre de personnes âgées. Les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes, ce qui signifie qu'il y a souvent plus de femmes que d'hommes en situation de handicap dans de nombreuses populations. Or, de nombreuses femmes âgées en situation de handicap ont un accès limité aux services et au soutien dont elles ont besoin. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, ce défi risque de prendre de l'ampleur dans un nombre croissant de pays.
- De nombreuses femmes se retrouvent en situation de handicap à la suite de pratiques discriminatoires fondées sur le genre, comme le mariage d'enfants et le mariage précoce, les grossesses précoces, les mutilations génitales féminines, ainsi qu'un accès limité aux services de santé et à une alimentation adéquate. Promouvoir l'égalité des genres et le renforcement du pouvoir des femmes peut donc contribuer à réduire la prévalence du handicap chez les femmes et les filles.
- Les stratégies qui se concentrent uniquement sur le handicap ne favorisent pas automatiquement l'égalité des genres parmi les personnes en situation de handicap.
- Les femmes et les filles en situation de handicap subissent des formes de discrimination différentes de celles vécues par les hommes. Elles sont notamment plus exposées à la violence sexuelle, à la stérilisation ou à l'avortement forcé, et courent un risque accru de contracter le VIH/sida. C'est pourquoi il est essentiel que les interventions tiennent compte de la manière dont les femmes et les filles handicapées sont touchées par ces discriminations. Des actions plus ciblées permettront de renforcer l'efficacité et l'impact du plaidoyer. Cela contribuera également à la mise en œuvre et au suivi de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, dont l'article 3 affirme clairement que l'égalité entre les genres est un principe fondamental qui s'applique à tous les articles de la convention.
- Les données montrent que de meilleurs résultats en matière d'égalité des genres dans l'éducation et l'emploi contribuent réellement au développement et à la croissance économique. Autrement dit, lorsque les femmes et les filles ont un meilleur accès à l'éducation, elles peuvent occuper de meilleurs emplois ou lancer leur propre activité, mieux comprendre les enjeux de santé, et ainsi contribuer au bien-être de leur famille, de leur communauté et de leur pays. Promouvoir l'égalité des genres et le renforcement du pouvoir des femmes en situation de handicap est donc essentiel pour parvenir à un développement véritablement inclusif de toutes les personnes en situation de handicap.
- Pour faire progresser les droits des femmes en situation de handicap dans la société et dans tout travail de développement, il est essentiel d'intégrer leurs perspectives dans l'ensemble des efforts en faveur du renforcement du pouvoir des femmes. Toute initiative liée au handicap doit également tenir compte de la dimension de genre. Sans la participation pleine et entière des femmes en situation de handicap dans les discussions sur ce que signifie le handicap pour elles et sur les moyens de favoriser une inclusion réelle, il est impossible de concrétiser le principe fondamental « rien sur nous sans nous ».
- L'intégration conjointe des enjeux liés au genre et au handicap repose sur une approche fondée sur les droits des femmes en situation de handicap. Elle permet aussi de gagner du temps et de réduire les coûts, ce qui constitue une raison concrète et pertinente de les traiter ensemble, plutôt que comme des enjeux séparés.

Source : Addressing gender in the context of disability, ONU Femmes www.un.org/disabilities/documents/hlmdd/hlmdd_unwomen.doc

Pourquoi est-il si difficile d'aborder simultanément l'égalité des genres et l'égalité des personnes en situation de handicap?

Le défi des discriminations multiples et croisées

- Les femmes en situation de handicap forment un groupe à risque (en tant que femmes) au sein d'un autre groupe à risque (les personnes en situation de handicap), mais leurs besoins et leurs revendications ont souvent été abordés uniquement sous l'angle du handicap. Cela complique l'identification et la prise en compte des causes profondes de la discrimination multiple qu'elles subissent, en particulier en matière de violence fondée sur le genre. Les hommes en situation de handicap peuvent eux aussi contribuer à la marginalisation des femmes en situation de handicap.
- Le genre et le handicap ont souvent été abordés séparément par le mouvement féministe et le mouvement des personnes en situation de handicap, créant ainsi un écart important entre les deux. Le mouvement féministe, bien qu'il affirme représenter toutes les femmes, n'a pas inclus les femmes en situation de handicap jusqu'à présent. De son côté, le mouvement des personnes en situation de handicap n'a pas non plus pris en compte les discriminations multiples vécues par les femmes en situation de handicap. Ses efforts se sont principalement centrés sur les droits des personnes en situation de handicap en tant que groupe homogène, comme si toutes pensaient de la même façon, agissaient de la même manière et avaient les mêmes besoins, en menant une lutte contre des formes de discrimination perçues comme étant subies par tous ses membres.
- Les lois et les politiques contraignantes traitent souvent soit de la discrimination fondée sur le genre, soit de celle fondée sur le handicap. Elles établissent rarement un lien entre les deux, ce qui crée un vide important dans la protection et la prise en compte des droits des femmes en situation de handicap.
- Les indicateurs sur le genre et le handicap permettent de recueillir des données réelles et fiables sur les conditions de vie des femmes en situation de handicap. Pourtant, lorsqu'un gouvernement ou une organisation élabore des politiques en matière de genre ou de handicap, ces indicateurs sont rarement développés. Or, sans indicateurs définis avant le déploiement d'actions pour promouvoir l'égalité, il n'est pas possible de suivre les progrès réalisés. Dans ces conditions, les changements risquent de passer inaperçus... ou de ne jamais se produire.

Source : Gender and Disability Mainstreaming Training Manual, BMZ/GIZ
https://www.academia.edu/4342306/Gender_and_Disability_Mainstreaming_Training_Manual

Ressource supplémentaire :

- ONU Femmes, [Intersectionality Resource Guide and Toolkit](#)