

REPUBLIQUE DU SENEGAL



Un -Un -Une

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



UNIVERSITE
GASTON BERGER

L'excellence au service du développement

UFR DES SCIENCES JURIDIQUES ET POLITIQUES

Département : SCIENCE POLITIQUE

Parcours : Politiques publiques

MEMOIRE DE MASTER

**Sujet Politique de santé basée sur le genre : focus sur la santé
et reproductive (SSR) des femmes vivant avec un**

Présenté par

Aminata Geneviève SANE

Sous la direction de:

Dr. Alassane NDAO

Année universitaire 2021-2022

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	i
DEDICACES.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
LISTES DES ABREVIATIONS ET DES SIGLES.....	iv
RESUME.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : Les ratés de l’institutionnalisation de la politique de SSR des adolescentes handicapées	30
CHAPITRE I : Le caractère superficiel de la politique de SSR des adolescentes	32
CHAPITRE II : La complexité de la question liée à la SSR des adolescentes handicapées	50
DEUXIEME PARTIE : Les problèmes dans la réception sociale de la politique relative à la SSR des adolescentes handicapées	64
CHAPITRE III : La faible intériorisation de l’idéologie relative à la SSR des adolescentes handicapées	66
CHAPITRE IV : La mobilisation des acteurs pertinents en lien avec la SSR des adolescentes handicapées	82
CONCLUSION GENERALE.....	99
BIBLIOGRAPHIE	105
TABLE DES MATIERES	113

DEDICACES

Ce mémoire est dédié à ma très chère maman **Caroline Goudiaby**. Merci pour ta motivation, ton amour inconditionnel et ton soutien sans faille. Ce modeste travail n'aurait abouti sans tous tes sacrifices pour mon éducation et ma formation.

A ma raison de vivre, mon petit-frère **Seydina Omar Kébé**. Tu es ma force.

A mon très cher papa, **Mamadou Kébé**, merci d'avoir été là pour moi. Tu m'as recueillie, nourrie et éduquée. Je n'ai pas les mots pour te témoigner ma gratitude. Grâce à toi, j'ai appris le sens du travail et de la responsabilité.

A mon père **Idrissa Sané**, je tiens à te dédicacer ce travail car malgré ton absence, tu as toujours tenu à mon éducation. Tu m'as toujours poussée à atteindre les sommets.

A mes grandes sœurs **Adja Binta Sané** et **Ndioro Mireille Sané** qui m'accompagnent, me soutiennent et m'encouragent dans tout ce que j'entreprends. Merci de créer cet environnement sain et propice dans lequel j'évolue à vos côtés.

A mon beau-frère **Lamine Ndiaye**, à mon neveu **Ibrahima Sory Ndiaye** et à ma nièce **Aminata Liliane Ndiaye**. Merci de faire partie de ma vie.

A mes grandes-sœurs **Fatou Kébé** et **Jeanne Clémentine Coly** et à leurs petites familles. Merci pour tout votre soutien.

A ma belle-sœur **Astou Niang**. Merci pour les agréables moments passés en ta compagnie. Tu es un rayon de soleil.

A **Mame Diarra Seck** qui est devenue une sœur au fil des années. Partager avec toi la chambre universitaire pendant toutes ces années a été un pur bonheur. T'es la meilleure des voisines.

A mes très chères amies **Ndeye Fatou Gning** la maman de ma filleule, **Fatou Cissé**, **Diariatou Fall**, sachez que vous êtes ma plus belle rencontre à l'université. Je garde jalousement tous nos souvenirs et les moments de joie comme de tristesse passés ensemble.

Bref, à tous les membres de ma famille et à mes proches.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

J'adresse d'abord mes vifs remerciements à l'endroit du laboratoire de recherche **LASPAD** dirigé par la **Pr Mame Penda Bâ** et à tous les membres du projet **HIRA**. Je remercie chaleureusement l'équipe du projet pour cette précieuse collaboration qui a enrichi mon travail de recherche et a contribué de manière significative à ma réussite académique. Ce travail de mémoire a été possible grâce aux outils scientifiques et intellectuels mis à ma disposition et reçus à travers mon statut de chercheure junior au sein du projet **HIRA** dirigé par le **LASPAD**. Notre collaboration m'a été très bénéfique dans la mesure où vous m'avez dotée d'outils nécessaires pour enrichir mes connaissances et mes compétences pour un travail de recherche de qualité. Grâce aux formations sur l'éthique scientifique, les méthodes d'expérimentation, les techniques de rédaction de rapport... ainsi qu'aux données recueillies lors des différentes enquêtes auxquelles j'ai participé, mon travail de recherche (enquêtes de terrain et rédaction) a davantage été allégé. **HIRA** m'a permis d'assimiler la quintessence du travail scientifique. Mon expérience au sein du projet a beaucoup contribué dans la réalisation de ce travail de recherche. Je vous remercie encore une fois pour votre soutien technique et financier et votre confiance.

Je voudrais également remercier mon encadrant, **Dr. Alassane Ndao** pour sa disponibilité, sa réactivité et surtout ses judicieux conseils qui ont fortement contribué à alimenter ma réflexion. Merci sincèrement pour m'avoir guidée et encadrée.

J'adresse mes remerciements à toute l'équipe pédagogique de l'Ufr SJP pour avoir assuré la partie théorique de ma formation. Mes remerciements vont également à l'endroit de toutes ces personnes ayant participé à ma recherche et qui ont accepté de me rencontrer et de répondre à mes questions durant mes enquêtes.

Je tiens à remercier spécialement une personne qui m'est très chère : **Assane Sambe**. Il est mon promotionnaire, mon ami, mon frère. Il a énormément participé à ma réussite universitaire. Merci d'avoir corrigé mon mémoire. Je te témoigne toute ma gratitude chef.

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

ACF	Advocacy Coalition Framework
AFEMS	Association des Femmes Médecins du Sénégal
AHM	Association des Handicapés Moteurs
AJS	Association des Juristes Sénégalaises
ANHMS	Association Nationale des Handicapés Moteurs du Sénégal
ANSD	Agence Nationale de la Santé et de la Démographie
ART	Article
CCA	Centre Conseil Adolescent
CDPH	Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées
CEIDA	Association pour l'éducation intégrée des déficients auditifs
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNERS	Comité National d'Ethique pour la Recherche Scientifique
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DIEM	Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
DSSR	Droits et Santé Sexuels et Reproductifs

FSAPH	Fédération Sénégalaise des Associations de Personnes Handicapées
HI	Handicap et Inclusion
HIRA	Héberger, Informer, Resocialiser et Autonomiser
IEC	Information, Education et Communication

IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LASPAD	Laboratoire d'Analyse des Sociétés et pouvoirs/Afrique-Diasporas
LGBTQIA+	Lesbienne, Gay, Bisexuelle, Trans*, Queer et Intersexe et Asexuelle ou Aromantique.
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations-Unies
PAP	Plan d'Actions Prioritaires
PH	Personnes Handicapées
PNDSS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PNPSRAJ	Plan National Pour la Santé de la Reproduction des Ados/Jeunes

PPS	Points de Prestation de Services
PSE	Plan Sénégal Emergent
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RSE	Responsabilité Sociétale des Entreprises
SANSAS	Santé reproductive des adolescent(e)s et jeunes du Sénégal
SNEEG	Stratégies Nationale pour l'Equité et l'Egalité Genre

SNFS	Stratégie Nationale de Financement de la Santé
SNP	Système National de Planification
SR	Santé de la Reproduction
SRAJ	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescent(e)s et des Jeunes
SRMN-N	Santé de Reproduction Maternelle, Néonatale et de Nutrition
SRMNIA-N	Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, des Adolescents et la Nutrition
SSP	Soins de Santé Primaires
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
SSRA	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescent(e)s
SSRA-DC	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescent(e)s et Droits Connexes
UNAS	Union Nationale des Aveugles du Sénégal

UNFPA	Fonds des Nations-Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des nations Unies pour l'Enfance
VBG	Violences basées sur le Genre
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine /Syndrome d'Immunodéficience Acquis

RESUME

Cette étude portant sur la politique de santé basée sur le genre fait état des politiques publiques en matière de SSR des personnes handicapées en général et plus précisément des adolescentes handicapées. En effet, malgré les dispositifs institutionnels mis en place, la problématique de la question liée à la SSR des jeunes et des adolescentes persiste. Cette situation combinée au handicap renforce la vulnérabilité de cette catégorie de la population.

Ceci en raison de plusieurs facteurs. Ces facteurs sont relatifs aux barrières liées à l'accessibilité et peuvent être classées en 3 ordres. Premièrement, les adolescentes handicapées pour accéder aux services SSR rencontrent des obstacles d'ordre moteur quant à l'accès à l'information et aux services faute d'infrastructures adaptées ou manquantes. Egalement, elles sont confrontées à un haut degré de pauvreté ainsi qu'à des difficultés liées aux manques de ressources (financières et humaines). Enfin, les réalités socioreligieuses constituent un énorme frein à l'utilisation des services en SSRA. Les adolescentes handicapées, les défenseurs de leurs droits et la population en général ont du mal à s'approprier les politiques publiques élaborées pour répondre à cette problématique.

Mots-clés : *adolescente, SSR, handicap, accessibilité*

ABSTRACT

This study on gender-based health policy reports on public policies on SRH for people with disabilities in general and more specifically for adolescent girls with disabilities. Indeed, despite the institutional arrangements put in place, the issue of SRH among young people and adolescent girls persists. This, combined with disability, increases the vulnerability of this segment of the population. This is due to several factors. . These factors relate to accessibility barriers and can be classified into 3 orders. First, adolescent girls with disabilities in accessing SRH services face motor barriers to accessing information and services due to a lack of adequate or missing infrastructure. They also face a high degree of poverty as well as difficulties related to lack of resources (financial and human). Finally, socio-religious realities are a huge obstacle to the use of ASTH services. Adolescent girls with disabilities, their rights defenders and the general public find it difficult to take ownership of public policies designed to address this issue.

Keywords: *adolescent, SSR, disability, accessibility*

INTRODUCTION

Le handicap n'est pas une expérience neutre du point de vue du genre. Il a un impact différent sur les femmes, les hommes, les filles, les garçons etc. Pour limiter ces impacts, des aménagements pour l'inclusion sociale des personnes handicapées ont été pensés par des organisations telles que l'Organisation des Nations Unies(ONU)¹ et tant d'autres. D'ailleurs, les Etats parties de l'ONU ont adopté conventions, instruments juridiques, lois... relatifs aux droits des personnes handicapées. Toutefois, leur situation n'est pas toujours favorable. Elles demeurent jusqu'à présent des individus qui subissent des violences basées sur le genre plus que celles subies par les personnes non handicapées². Spécifiquement, ce sont les femmes et les filles qui font majoritairement les frais de ces violences³.

Une organisation, du nom de « *Gutmacher Institute* », mène des travaux de pointe dans le domaine de la recherche et des politiques. Son objectif est de faire progresser la santé sexuelle et reproductive aux Etats-Unis et dans le monde. Selon l'organisation, le manque d'accès aux services et à l'information en matière de santé sexuelle et reproductive pour les femmes peut entraîner de lourdes conséquences. Ces conséquences peuvent être des grossesses non désirées, une mauvaise santé maternelle et des taux élevés d'infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH/SIDA. Il existe d'autres conséquences négatives sur la santé, les moyens de subsistance et la réussite économique⁴.

L'accès aux services de santé est un droit fondamental. Cependant, les personnes

¹ « Convention relative aux droits des personnes handicapées », 2006.

² World Health Organization et United Nations Population Fund, « Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities : WHO/UNFPA Guidance Note », 2009, 34.

³ World Health Organization et United Nations Population Fund.

⁴ Susan.A Cohen, « Les grands avantages d'investir dans la santé sexuelle et reproductive » 7, n° 1 (17 mars 2004).

handicapées, souffrant d'exclusion sociale, de stigmatisation et de discrimination, sont les plus exposées aux difficultés d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive⁵. En outre, les femmes et les filles handicapées sont souvent encore plus gravement désavantagées. Ceci en raison de normes sociales et de perceptions discriminatoires de leur valeur et de leurs capacités⁶. Une étude internationale de l'UNFPA révèle que les filles et les jeunes femmes handicapées subissent jusqu'à 10 fois plus de violences basées sur le genre que celles non handicapées. Les filles présentant une déficience intellectuelle sont particulièrement les plus vulnérables à la violence sexuelle. En raison de stéréotypes de genre qui enferment femmes et hommes dans des rôles traditionnels⁷, elles se heurtent à plus de difficultés que leurs homologues masculins.

La position des filles et des garçons handicapés est particulièrement complexe. Non seulement, ils souffrent de discrimination au sein de leurs communautés mais, ils sont aussi prisonniers d'un cercle de pauvreté et de violence⁸. Cette catégorie est également largement exclue de l'éducation et des services de santé selon l'UNICEF.

Associé au genre, le handicap peut devenir facteur d'une double vulnérabilité. En effet, les besoins des personnes handicapées en matière de vie sexuelle et reproductive ont souvent été ignorés alors qu'elles ont les mêmes besoins et les mêmes droits en matière de santé sexuelle et reproductive. Trop souvent, la stigmatisation et les idées reçues sur le handicap constituent un frein à l'épanouissement des concernés. Autrement dit, un manque de services de santé accessibles, une autonomie personnelle réduite et une éducation sexuelle limitée voire inexistante empêchent les personnes handicapées d'avoir une vie sexuelle saine.

Plusieurs textes, d'envergure internationale, relatifs à la défense des droits des

⁵ Mac-Seing Muriel, Zarowsky Christina, « Une méta synthèse du genre, du handicap et de la sexualité » Vol 29 (2017), p909 à 919.

⁶ « Africa child forum ».

⁷ World Health Organization et United Nations Population Fund, « Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities », 2009, consulté le 2023-03-05 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44207>.

⁸ Burke Eva et al., « A qualitative study to explore the barriers and enablers for young people with disabilities to access sexual and reproductive health services in Senegal », *Reproductive Health Matters* 25, n° 50 (12 juin 2017): 43-54, <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1329607>.

personnes vivant avec un handicap, ont été signés au Sénégal. Il s'agit d'abord des instruments de droit international de portée générale et communs à tous les citoyens. Ensuite, plus spécifiquement, il y a la convention des Nations-Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH). Le Sénégal l'a signée le 25 Avril 2007. Cette convention ne leur consacre pas de nouveaux droits. Elle se limite à consacrer l'essentiel des droits fondamentaux de la personne humaine. Ces droits restent ceux contenus dans les principaux instruments du droit international, sur la base de l'égalité des personnes, handicapées ou non.

Ayant constaté que ces dispositions internationales n'ont apporté aucun impact réel sur les personnes handicapées, le Gouvernement du Sénégal a recommandé l'élaboration d'une loi en faveur de cette couche de la population. Ainsi, le 26 Mai 2010, l'Assemblée nationale sénégalaise a voté la loi d'orientation sociale. En effet, le cadre de référence en matière de prise en charge et d'intégration des personnes handicapées au Sénégal est la loi d'orientation sociale n° 2010-15 du 6 juillet 2010. Cette loi vise à garantir l'égalité des chances des personnes handicapées, la promotion et la protection de leurs droits contre toute discrimination. Elle prévoit un ensemble de dispositions dans le cadre de l'accès aux soins, à l'éducation et à la formation professionnelle, aux activités culturelles, aux loisirs et aux sports, à l'habitat... Elle a créé la « carte d'égalité des chances » délivrée par le ministère chargé de l'action sociale. Cette dite carte offre des avantages multiples en lien avec la santé, la réadaptation fonctionnelle, l'éducation, les transports etc. En outre, la Constitution du Sénégal, en son article 17, soutient que l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées.

En matière de santé de la reproduction, c'est la loi n° 2005-18 du 5 août 2005 qui sert de référence au Sénégal. Elle garantit le droit pour tous à une meilleure santé et aux services prévus à cet effet.

Les instruments précités permettent de saisir l'effort d'implication de l'Etat sénégalais dans la prise en charge de la question du handicap et de celle de la SSR. Mais, la combinaison de ces dispositions n'a pas réussi à apporter une nette amélioration sur la situation des personnes vivant avec un handicap. En effet, dans la loi du 5 août 2005 relative à la santé de la reproduction, les besoins spécifiques des personnes vivant avec un handicap n'ont pas été pris en considération. Dans la loi d'orientation sociale de 2010 également, des aménagements ont été prévus pour l'accessibilité de cette catégorie de la population aux offres de service.

Néanmoins, ces personnes souffrent jusque-là de la non-effectivité des mesures prévues.

A cet effet, le comité des Nations Unies, en charge de l'examen du rapport⁹ du Sénégal sur la mise en œuvre de la CDPH, a étudié l'évolution de la situation dans le pays. Il constate que les formes multiples de discrimination persistent. Il s'agit notamment, du harcèlement sexuel à l'encontre des femmes et des filles handicapées, des difficultés d'accès à l'école, aux divertissements et aux soins de santé pour les personnes handicapées. Il a regretté l'absence de toute mention des personnes vivant avec un handicap dans la Stratégie nationale pour l'équité et l'égalité de genre (SNEEG). En d'autres termes, les personnes handicapées n'ont pas été prises en compte dans la SNEEG. Le comité estime qu'il est nécessaire que le gouvernement prenne des mesures immédiates et concrètes pour lutter contre les graves violences et les abus à l'encontre des femmes et des enfants handicapés. Ce dernier s'était engagé à respecter l'objectif 5.2¹⁰ du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

En s'appuyant sur le résultat de l'Enquête combinée des IST/VIH au Sénégal, le constat est que le taux de prévalence du VIH est deux fois plus élevé pour les personnes handicapées. Ce taux reste notamment plus élevé chez les femmes handicapées que chez les hommes avec 2,5% contre 1,3%. Non seulement, elles subissent une double discrimination liée à leur handicap, mais, également, à leur genre, à leur âge (concernant ici les adolescentes), à leur santé sexuelle et reproductive etc.

En effet, les adolescentes vivant avec un handicap subissent en quelque sorte les conséquences de leur vulnérabilité. Elles sont, d'abord, des femmes dans un monde où dominent les logiques patriarcales. Ensuite, tout ce qui est relatif à la santé sexuelle et reproductive ou à la sexualité tout court est souvent sujet au tabou au Sénégal¹¹. Il est aussi inconcevable qu'une jeune fille s'intéresse à sa santé sexuelle et reproductive et de surcroît une adolescente vivant

⁹ « Examen du rapport national du Sénégal sur la mise en œuvre des dispositions de la convention relative aux droits des personnes handicapées », 2019, <https://www.ohchr.org/fr/2019/03/committeerights-persons-disabilities-reviews-report-senegal> , consulté le 29/03/2023.

¹⁰ Point relatif à l'élimination de toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles, y compris la traite et l'exploitation sexuelle.

¹¹ Crossouard Barbara, Dunne Máiréad & Durrani Naureen, « Silencing Youth Sexuality in Senegal: Intersections of Medicine and Morality », *Gender and Equality*, Vol 31, 2017, 170p.

avec un handicap¹². Cela revient à dire que plusieurs facteurs affectent l'accessibilité des adolescentes handicapées aux services de SSR. Ces facteurs sont à étudier à différents niveaux.

Premièrement, il se pose une difficulté d'ordre moteur. Cette difficulté impacte non seulement sur l'accès à l'information mais aussi sur l'accessibilité aux services de santé. Elle commence de la maison, aux infrastructures inadaptées jusqu'au lieu de consultation. Ainsi, dans le but de permettre aux personnes handicapées de vivre de manière indépendante et de participer pleinement à tous les aspects de la vie, la CDPH, en son article 9, a pris des dispositions. Ces dispositions contiennent des mesures appropriées pour leur assurer, sur la base de l'égalité avec les autres, l'accès à l'environnement physique, aux transports etc. Cela revient à identifier et à éliminer les obstacles et les barrières liées à cette inaccessibilité.

Ces mesures s'appliquent : « *Aux bâtiments, à la voirie, aux transports et autres équipements intérieurs ou extérieurs, y compris les écoles, les logements, les installations médicales et les lieux de travail* ». Au Sénégal, la loi d'orientation sociale dispose en son article 31 que l'Etat : « *les Collectivités locales et les Organismes publics et privés ouverts au public, adaptent, chacun dans son domaine, et selon les critères internationaux d'accessibilité, les édifices, les routes, les trottoirs, les espaces extérieurs, les moyens de transports et de communication, de manière à permettre aux personnes handicapées d'y accéder, de s'y déplacer, d'utiliser leurs services et de bénéficier de leurs prestations* ». Par contre, il y a contradiction car malgré toutes ces dispositions, des études ont montré que le problème persiste. Les femmes handicapées peinent jusque-là à accéder aux structures de santé.

Ensuite, à cette difficulté d'ordre physique s'ajoutent des difficultés d'ordre économique. Selon Ismaïla SENE¹³, malgré les mesures initiées en faveur de l'emploi des personnes handicapées, le constat qui ressort du dernier Recensement Général de la Population de l'Habitat et de l'Élevage (ANSD, 2014) fait état de réelles difficultés d'intégration des personnes en

¹² Diop Idrissa, « Handicap et représentations sociales en Afrique occidentale », *Le français aujourd'hui* 177, n° 2 (2012): 19-27, <https://doi.org/10.3917/lfa.177.0019>, consulté le 14/07/2023

¹³ Sene Ismaïla, « Regard critique sur les initiatives d'insertion professionnelle des handicapés de la région de Ziguinchor (Sénégal) », *Sciences & Actions Sociales* 13, n° 1 (2020): 261-74, <https://doi.org/10.3917/sas.013.0261>, consulté le 14/07/2023.

situation de handicap dans le monde du travail. C'est-à-dire que, en plus de vivre avec un handicap, ces femmes n'ont pas accès à l'information en matière de SSR. Elles ne peuvent pas non plus accéder aux structures faute de configurations structurelles adaptées pour elles. Elles demeurent également pauvres. Beaucoup de personnes handicapées sont à la rue et vivent de la mendicité¹⁴. Toutes ces combinaisons enlèvent la vulnérabilité des femmes et spécialement des adolescentes handicapées.

Troisièmement, des difficultés d'ordre médical et social se posent. Les maladies telles que le cancer du col de l'utérus, les IST ... sont un fléau qui n'épargne pas les femmes¹⁵. Aussi, la sexualité est un sujet tabou au Sénégal à cause du poids de la tradition et de la religion. Ainsi, utiliser les services de santé pour les femmes handicapées devient alors plus complexe. Ceci bloque leur droit d'accès à l'information mais aussi aux services de santé. La peur du jugement, de la stigmatisation et le mauvais traitement dont le personnel de santé fait preuve poussent également ces femmes à avoir une certaine défiance vis-à-vis de ces services.

Toutes ces problématiques autour de l'accessibilité des structures et services sociaux engendrent pas mal de conséquences. Elles constituent en effet, une réelle menace sur la SSR des femmes.

Cette situation incite à repenser la situation des adolescentes handicapées.

Selon le plan stratégique de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents/jeunes de 2014-2018, entre les jeunes de 15 à 24, une fille sur dix (10,7%) et un garçon sur 20 (4,9%) ont déjà eu leurs rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. D'autre part, une enquête du LASPAD via le projet HIRA sur les perceptions sociales des violences sexistes et de la SSR de 1332 adolescentes sénégalaises a révélé que 61,9% des adolescentes disent n'avoir jamais entendu

¹⁴ Sèye Aliou, « 10. Au Sénégal, handicap et errance », in *Le handicap au risque des cultures, Connaissances de la diversité* (Toulouse: Érès, 2010), 207-26, <https://doi.org/10.3917/eres.gardo.2010.01.0207.consulté>, le 14/07/2023.

¹⁵ Dauplat Jacques et al., « Le dépistage du cancer du col de l'utérus, état des lieux et perspectives », *Sages-Femmes* 19, n° 2 (1 mars 2020): 26-30, <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2020.01.008.consulté> le 07/04/2023

parlé de SR. Parmi elles, 59,2% à le dire sont scolarisées et 85,6% d'entre elles ne le sont pas.

D'après Humanité et Inclusion (HI), la scolarisation des enfants handicapés fait partie des enjeux majeurs du développement de l'éducation au Sénégal.

Des recherches et études récentes montrent également que les données sur la scolarisation des filles et des garçons handicapés sont encore très partielles. Sachant que le nombre d'enfants handicapés de 7 à 16 ans est estimé à 35.369 (recensement de 2013), 66% d'entre eux ne sont pas à l'école. Cette proportion est de 37% pour l'ensemble du Sénégal. Ces données fournissent des indications intéressantes même si nous n'avons pas pu obtenir des indications exactes sur le nombre de filles handicapées non scolarisées.

Néanmoins, toutes ces informations permettent de saisir la corrélation voire l'imbrication de ces différents obstacles qui entérinent la vulnérabilité de cette tranche de la population. Ces données mettent en lumière l'ampleur des contraintes, des défis auxquels les adolescentes handicapées font face. Les données prouvent que ces filles ont des difficultés pour accéder à l'information et aux services de santé. Elles sont jeunes, elles ont souvent des contraintes d'ordre financier, elles sont stigmatisées, déscolarisées etc. Cette situation révèle la complexité de la SSR des adolescentes handicapées au Sénégal.

La question de la mobilisation des ressources trouve toute sa pertinence dans le cadre de ce sujet également. Dans ce sens, il y a certainement un coût économique lié à la prise en charge des questions relatives à l'accessibilité, à la prise en charge en cas de VBG (viol, inceste etc.). Donc, ces interrogations méritent réflexion : l'Etat mobilise-t-il suffisamment de ressources (économiques, sanitaires etc.) pour relever les défis liés à la SSR des ados handicapées ? Du point de vue social également, est ce que les acteurs pertinents sont associés à la production de politiques publiques ? Est ce qu'ils s'approprient les instruments de l'Etat ? En effet, les menaces liées à l'accessibilité, aux maladies (IST, cancer du col de l'utérus, hygiène menstruelle etc.), à l'ignorance sur les questions de SSR et sur leurs conséquences sont bien réelles. Ajouté à cela, les violences exercées sur cette catégorie de la population font que la situation devient de plus en plus alarmante. Autrement dit, les menaces externes comme internes sont subies par cette catégorie de la population.

Dans le cadre de notre analyse, ce sont ces différentes problématiques qui seront traitées. Ainsi, la question de départ est de savoir : qu'est ce qui explique, en dépit des efforts de l'Etat sénégalais, la persistance des menaces qui pèsent sur la SSR des adolescentes handicapées ?

Définition des termes clés du sujet

En 1994, la Conférence du Caire marque un tournant décisif en introduisant et définissant le concept de santé sexuelle et reproductive¹⁶. Il ne s'agit plus seulement de santé maternelle, mais « *d'un état de bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire* ».

Autrement dit, il ne s'agit plus de bien-être physique et mental. Il s'agit également de bien-être social. La composante sociale sous-entend l'accès sûr, efficace et abordable aux informations et aux méthodes de contraception. Elle sous-tend également l'habilité à se protéger contre les infections sexuellement transmissibles et enfin, l'accès aux services pour avoir une grossesse adaptée, un accouchement sans risque et un bébé en bonne santé.

Selon Thierry Brigaud, président de Médecins du Monde et Catherine Giboin responsable du groupe SSR de Médecins du monde, les 179 pays dont le Sénégal ayant participé à la conférence du Caire ont pris des mesures. Ces mesures entrent dans le cadre de l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescentes. Au Sénégal, le législateur n'a pas donné de définition de la SSR ou de la santé sexuelle. Il a donné uniquement la définition de la santé de la reproduction car il considère que la santé sexuelle y est partie intégrante.

¹⁶ MOULI CHANDRA- et al, "Twenty Years After International Conference on Population and Development: Where Are We With Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights?", 2015, *Journal of adolescent health*, 56, p. 51-56, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X14004285> consulté le 13/03/2023.

Ainsi, dans la loi n°2005-18, la santé de la reproduction y est définie comme étant: « *le bien-être général, tant physique que mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement* ». Chaque personne a le droit d'être informée et d'utiliser les méthodes de régulation des naissances de son choix qui ne sont pas contraires à la loi. Ces méthodes doivent être sûres, efficaces, accessibles et acceptables et donner aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Egalement, la femme doit accéder à des services de santé qui lui permettent de mener à terme une grossesse et d'accoucher sans mettre sa vie en danger. Selon l'article 3 : « *le droit à la Santé de la Reproduction est un droit fondamental et universel garanti à tout être humain sans discrimination fondée sur l'âge, le sexe, la fortune, la religion, la race, l'ethnie, la situation matrimoniale ou sur toute autre situation* ».

D'après l'OMS, les adolescent(e)s sont des personnes se trouvant dans la tranche d'âge de 10 à 19 ans. Toutefois, ces définitions ne prennent pas en compte certains phénomènes liés à cette période de la vie humaine. Ainsi, la psychologue Diana Dadoorian affirme que l'adolescence : « *commence avec la puberté mais se différencie de celle-là car elle se présente comme un phénomène psychosocial, spécifique de l'espèce humaine, tandis que la puberté est un phénomène biologique, commun aux hommes et aux animaux. La puberté apparaît constamment, tout au long de l'histoire, comme une période de transformation naturelle de l'organisme humain. À partir de ce phénomène, simple en lui-même, les sociétés et les époques ont conceptualisé une autre période de durée très variable, « l'adolescence », durant laquelle toutes les manifestations biologiques, les ambiguïtés et les préoccupations psychologiques et sociales se mêlent* »¹⁷ .

Le Plan stratégique de santé sexuelle et de la reproduction des adolescent(e)s/jeunes au Sénégal (2014-2018) précise que l'adolescent : « *n'est plus un enfant mais n'est pas encore un adulte. Il subit de profonds changements d'ordre physique, biologique, psychologique, et social qui se manifestent par l'apparition des caractères sexuels secondaires (puberté), puis la maturité sexuelle et de la reproduction ; le développement des processus mentaux et de l'identité adulte, le passage d'une dépendance socio-économique et émotionnelle totale à une indépendance relative* ». Ce document souligne aussi que : « *les adolescent.e.s ne forment pas*

¹⁷ Dadoorian Diana, « 2. Adolescence », in *Grossesses adolescentes*, La vie de l'enfant (Toulouse: Érès, 2007), 25-41, <https://www.cairn.info/grossesses-adolescentes--9782749205267-p-25.htm> consulté le 03/04/2023.

un groupe homogène. Leurs besoins sont fonction de leur sexe, de leur stade de développement, de leur situation socio-économique et de leur environnement surtout social et culturel qui influence sur leur comportement » et ils ou elles sont plus susceptibles d'être victimes de violences et d'abus sexuels que les adultes.

A l'origine, le concept de handicap est né en Irlande. Il vient de l'expression « la main dans le chapeau », « *hand in cap* » en anglais. Il s'agissait d'un troc. Souvent il était question de rétablir une égalité entre le bien cédé et le bien reçu. Au 18^e et 19^e siècle, il s'applique aux courses de chevaux et sous forme de sports. Le handicap a une connotation hippique. Il s'intéresse peu à peu à d'autres sports en vue d'égaliser les chances des participants. Il désignait la volonté de donner des chances égales aux concurrents, en exposant les meilleurs à des difficultés supplémentaires.

Au 20^e siècle, le concept évolua vers l'aspect médical et l'aspect social. C'est la personne malade ou avec des problèmes d'adaptation qu'il faut adapter à la société, grâce à la rééducation et la réadaptation. De nos jours, le concept de handicap a bien évolué. Auparavant, les personnes handicapées étaient désignées par les qualificatifs comme « retardés », « infirmes », « aliénés » voire « handicapés ». Aujourd'hui, il convient plutôt de les appeler par : « personnes handicapées », « personnes en situation de handicap », « personnes vivant avec un handicap » ou « personnes à besoins spécifiques ». Ces nouvelles expressions suggèrent le droit de la personne handicapée au respect de sa dignité¹⁸.

Dans le cadre de ce travail, ce sera l'expression « personnes handicapées » qui sera davantage utilisée en conformité avec la législation du pays (Sénégal).

Selon René Lenoir, « *est handicapé toute personne qui, en raison de son incapacité physique et mentale, de son comportement psychologique ou de son absence de formation, est incapable de pourvoir à ses besoins ou exige des soins constants, ou encore se trouve ségréguée soit de son propre fait, soit de celui de sa collectivité* »¹⁹. Dans cette définition donnée par

¹⁸ Sicot François, « Déviations et déficiences juvéniles : pour une sociologie des orientations », *Alter* 1, n° 1 (1 novembre 2007): 43-60, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875067207000119> consulté le 05/03/2023 .

¹⁹ Diop, « Handicap et représentations sociales en Afrique occidentale ».

Lenoir, deux dimensions du handicap ont été évoquées. Il s'agit de la perspective médicale et de la perspective sociale du handicap.

La dimension sociale du handicap mérite d'être approfondie. Ainsi, d'après la CDPH, le handicap résulte de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités. A cela s'ajoutent des barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres. D'après l'article premier de cette dite convention, « *par personnes handicapées, on entend 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* »²⁰. D'ailleurs, c'est la même définition qui a été reprise dans l'article premier de la Loi d'orientation sociale relative à la promotion et à la protection des droits des personnes handicapées au Sénégal.

Selon Idriss Diop: « *une personne, en fonction de son entourage, peut se révéler plus ou moins désavantagée : le moment, le lieu, le statut sont des variables qui comptent beaucoup pour apprécier le degré du handicap. Nous dirons donc que le handicap désigne la différence durable qui désavantage un individu par rapport aux normes sociales des groupes dans lesquels il évolue, au risque d'en occasionner l'exclusion* »²¹. Dans la même logique, il est revenu sur le concept de représentations sociales et de sa corrélation d'avec le handicap. D'après lui, les représentations sociales déterminent toutes les interactions humaines, génèrent et organisent les conduites des individus. Donc, en tant que phénomène omniprésent dans toute société, elles émanent d'un environnement culturel bien déterminé avec ses savoirs, habitudes et croyances. Autrement dit, l'espace culturel est un élément clé dans la construction et la diffusion des représentations sociales.

Ainsi, en tant qu'objet social complexe et peu compris en Afrique de l'ouest et comme partout ailleurs, le handicap induit un grand nombre de représentations sociales propres à l'espace culturel de chacun des différents pays. Ces représentations sont constituées selon un mode de penser et un système de croyance bien spécifiques. Elles peuvent être de l'ordre du spirituel ou

²⁰ « Convention relative aux droits des personnes handicapées ».

²¹ Ibid.

de l'ordre de l'invisible. Elles sont attribuées aux diables, aux mauvais esprits, aux génies considérés comme des invisibles et qui sont parmi nous. Au Sénégal, certaines actions ou considérations « favorisent » le handicap.

A titre illustratif, selon la croyance populaire, une femme en état de grossesse qui a eu peur à cause d'un animal accouchera d'un enfant qui ressemblera à cet animal. L'existence, par exemple, d'un esprit maléfique dans la maison ou une femme enceinte qui se balade à certaines heures de la journée (au crépuscule, dans l'après-midi vers 14h30...) ... peuvent expliquer le handicap également. Ceci laisse entendre qu'il y aurait une cause surnaturelle au handicap. Si un enfant est né avec un handicap visuel, cela veut dire que son parent masculin a regardé le sexe de son épouse lors de leurs relations intimes et donc l'enfant naîtra aveugle. Il y a aussi la cause du non-respect de la tradition, de la sanction ou de la volonté divine, des femmes insoumises à leurs maris ou irrespectueuses, infidèles etc.²²

Ces représentations autour du handicap existent quasiment partout dans le monde. Au Bénin par exemple, selon un système de croyances traditionnelles, la maladie et le handicap ne sont pas le fruit du hasard. Ils interviennent par punition, par sanction pour la transgression d'un interdit. Dans la Rome antique, l'enfant « mal fait » était refusé par son père et n'avait aucune chance de survivre. À la même époque, la difformité est le signe de la colère des dieux à l'égard des hommes. Pour se protéger, une solution en usage : le rejet, l'abandon, l'exposition afin que les dieux reprennent la vie de ceux qui ont subi leur courroux et annoncent des catastrophes. En Allemagne, dès l'arrivée de Hitler au pouvoir, en 1934, les malades mentaux sont stérilisés puis assassinés. Ceci parce qu'ils mettent en péril la pureté de la race, considérée comme le modèle, l'idéal à atteindre, une normalité qui exclut toutes les différences. Toutes ces représentations sociales autour du handicap suscitent réflexion. Cela laisse comprendre que le handicap est abordé différemment en fonction des espaces géographiques, des sociétés, des cultures, des histoires, des époques etc.

Tout compte fait, il existe différents types de handicaps dont le handicap moteur, sensoriel (auditif et visuel), mental, cognitif, intellectuel, le plurihandicap etc. Ces différentes catégories feront l'objet d'enquête dans le cadre de notre recherche.

²² Ibid.

Le genre est une hypothèse selon laquelle l'identité sexuelle de l'être humain dépend de l'environnement socio-culturel et non du sexe qui caractérise chacun dès l'instant de sa conception. En d'autres termes, l'âge et le sexe sont des marqueurs d'appartenance à un groupe social. Ils forment alors une catégorie descriptive. Ainsi, le genre est considéré comme une construction sociale. Il fait référence aux attentes, aux rôles, aux comportements et aux attributs socialement construits pour les hommes et les femmes par une société donnée. C'est celle-ci qui considère comme plus appropriés et « valorisés » les comportements pour les hommes et les femmes.

Ces constructions s'apprennent au sein des familles et de l'entourage proche. Elles sont consolidées à l'école, dans la communauté, sur les lieux de travail, ainsi que par les médias, la religion et le gouvernement. Elles déterminent la façon dont les personnes se définissent elles-mêmes et sont définies par les autres. Le genre explique la place du sexe masculin/féminin dans la réalité descriptive du monde social. Autrement dit, il fait référence à des relations socialement construites dans un contexte particulier, dans le but de conférer aux groupes de la communauté, des rôles sociaux en rapport avec divers facteurs.

Ces facteurs affectent souvent l'identité de la personne concernée à laquelle ils s'appliquent : le sexe, l'âge, la classe sociale, le milieu géographique, l'ethnie, la race, la religion, les catégories sociales etc. Les attentes autour des rôles, des attitudes et des comportements genrés varient entre les sociétés et évoluent dans le temps (à la fois positivement et négativement)²³. Par ailleurs, les femmes et les jeunes filles sont les plus affectées et les plus exposées aux violences basées sur le genre, en raison de leur subordination aux hommes dans les systèmes patriarcaux.

Selon l'organisation du fonds des Nations-Unies pour la population, la violence basée sur le genre « *est une violence concernant les hommes et les femmes, où la femme est généralement la victime. Elle découle de relations inégales de pouvoir entre homme et femmes. La violence est dirigée contre une femme du fait qu'elle est une femme ou elle touche particulièrement les femmes de manière disproportionnée. Elle comprend, sans s'y restreindre,*

²³ Handicap et Inclusion « Vers des pratiques plus inclusives : ressource sur l'intersectionnalité, le genre et le handicap », 2020, https://www.hi.org/sn_uploads/document/2020-HI_IntersectionnaliteHandicapGenreAge_NO09.pdf, consulté le 14 juillet 2023.

des agressions physiques, sexuelles et psychologiques... Il s'agit également d'une violence perpétrée ou pardonnée par l'Etat »²⁴.

La Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes la définit en ces termes : « *tous actes de violence dirigés contre des femmes en tant que telles et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée* ».

Donc, les violences, qu'elles soient physiques, psychologiques, à caractère sexuel, morale, économique, ou émanant de pratiques traditionnelles néfastes, seraient, en réalité, la résultante de relations socialement construites. Il est vrai que les femmes en général demeurent les victimes les plus représentatives. Toutefois, les enfants et les personnes handicapées restent touchés par ces violences.

Revue de littérature

Un rapport de l'OMS et de l'UNFPA intitulé « *Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities* »²⁵aborde la question de la SSR des personnes vivant avec un handicap. Ce dit rapport décrit les perceptions et les réalités de la sexualité et de la vie sexuelle des personnes handicapées, y compris les abus. Il plaide en faveur de l'inclusion du handicap dans la sensibilisation et les interventions dans les programmes de santé sexuelle et reproductive. Plusieurs recommandations y sont faites et le respect des droits sexuels et reproductifs des personnes vivant avec un handicap y sont défendus. Ce document a été élaboré bien avant même l'entrée en vigueur de la convention relative aux droits des personnes handicapées.

²⁴ World Health Organization et United Nations Population Fund, « Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities », 2009, [9789241598682_eng.pdf \(who.int\)](#), consulté le 05/03/2023.

²⁵ Ibid.

Madeleine Diatta SAGNA, dans son mémoire²⁶, pose la problématique de la représentation négative du handicap et du VIH/SIDA au Sénégal. En s'appuyant sur une démarche anticoloniale, féministe et intersectionniste, elle est parvenue à montrer comment la triple stigmatisation (femmes, handicap, VIH/SIDA) des femmes avec des limitations fonctionnelles peut constituer un réel obstacle dans leur vie quotidienne et pour leur inclusion sociale. Cette étude s'est plus focalisée sur la vie de celles-ci en société. Elle a étudié comment elles participent socialement, quels rapports elles entretiennent avec elles-mêmes, comment elles subviennent à leurs besoins etc. Autrement dit, l'objectif de ce travail de recherche était de décrire le vécu social des femmes avec des limitations fonctionnelles et porteuses du VIH/sida au Sénégal. Mais également de comprendre les relations qu'elles entretiennent avec leur environnement social et d'analyser leur participation et leur inclusion sociales. Néanmoins, l'aspect lié à la santé sexuelle et reproductive n'était pas suffisamment développé.

La littérature autour de la santé sexuelle et reproductive des adolescentes au Sénégal a énormément fait l'objet de plusieurs recherches. Autrement dit, il existe bon nombre d'articles scientifiques, des mémoires de master ou des thèses de doctorat de rapports d'ONG. Mais également de textes de loi nationaux, de plans stratégiques élaborés par des structures étatiques et internationales sur la question. En général, la littérature concernant la SSR des adolescentes aborde divers thèmes. Ils font référence à des problématiques de santé liées à la SSR, à des types de services existant pour la SSR, à l'accès et à l'utilisation de ces services en question, à l'éducation et aux connaissances en lien avec la SSR à l'école et en dehors de l'école. A titre d'illustration, certains seront choisis pour analyse.

Un article²⁷ coécrit par M. Sidze et al traite des **obstacles liés à l'utilisation des contraceptifs** auxquels les jeunes femmes et par ricochet les adolescentes sont confrontées. Cet article revient particulièrement sur l'attitude réfractaire et discriminatoire des prestataires à l'endroit des jeunes femmes usagères des services de SSR. D'après ces chercheurs, les prestataires sont les plus susceptibles de fixer des restrictions quant à l'accès aux besoins en SSR. Ces restrictions

²⁶ Sagna Diatta Madeleine, « Le vécu social des femmes avec des limitations fonctionnelles et porteuses du VIH/sida au Sénégal », 2013,192p, <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/6505>, consulté le 05/07/2023.

²⁷ M. Sidze Estelle et al., « Young Women's Access to and Use of Contraceptives: The Role of Providers' Restrictions in Urban Senegal », *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 40, n° 04 (décembre 2014): 176-84, <https://doi.org/10.1363/4017614>, consulté le 05/06/2023 .

sont fixées en fonction de l'âge, de l'état matrimonial minimum etc. Cette situation survient davantage lorsque les jeunes femmes veulent se procurer des produits de contraception que cela soit la pilule ou l'injectable. En effet, l'âge minimum médian pour la fourniture de contraceptifs était de 17 ans pour la pilule et de 18 ans pour les contraceptifs injectables, les implants, les préservatifs et la contraception d'urgence. Les restrictions fondées sur l'état matrimonial sont moins fréquentes certes que celles fondées sur l'âge, mais elles existent. Ainsi, l'accès aux services de santé reproductive devient problématique pour les jeunes femmes et les jeunes hommes en raison d'obstacles culturels, médicaux et financiers. Cela en dépit des normes, politiques ... élaborées pour garantir l'accès libre de tous aux services de SSR et spécifiquement de planification familiale²⁸. Autrement dit, les prestataires qui sont censés accueillir et conseiller les adolescentes sont ceux-là même qui freinent la procuration de ces derniers en termes de contraception. Ceci sur la base de préjugés et d'opinions tandis que les conséquences du manque d'accès aux services de santé génésique chez les jeunes femmes sont nombreuses et bien réelles. Il s'agit entre autres: du risque accru de grossesse non planifiée, de l'avortement à risque, des IST y compris le VIH, du décrochage scolaire précoce en raison d'une grossesse etc. Des normes et des politiques ont été élaborées au fil des ans au Sénégal pour garantir que tous les individus reçoivent des services de planification familiale sans aucune discrimination fondée sur l'âge, le sexe, l'état matrimonial, le groupe ethnique ou l'appartenance religieuse. En revanche, ces documents relatifs aux normes et protocoles au Sénégal ne spécifient aucune restriction réglementaire à l'accès des jeunes aux services de planification familiale. Cependant, ils n'incluent pas non plus de déclaration officielle claire selon laquelle les adolescents et les jeunes devraient avoir un accès sans restriction. En l'absence d'un message clair, les prestataires de soins au Sénégal peuvent définir leurs critères de restriction en fonction de leurs propres opinions et valeurs en matière de sexualité et de contraception. S'agissant de la SSR, tous « *les adolescent(e)s et jeunes du Sénégal, sans aucune distinction ni discrimination, auront, avec leur pleine participation, un accès universel et équitable à des services de santé sexuelle et de la reproduction de qualité, basés sur des preuves [...] dans le respect des valeurs*

²⁸ « senegal-plan-action-national-planification-familiale-2012-2015.pdf », consulté le 10 décembre 2023, <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/senegal-plan-action-national-planificationfamiliale-2012-2015.pdf>.

culturelles et des croyances du pays. Ces informations sont tirées dans le document élaboré pour définir les politiques, normes et protocoles en matière de SSR des adolescent(e)s jeunes

A ce titre, il existe alors au Sénégal un document qui porte sur **les politiques, normes et protocoles des services de santé de la reproduction et de la survie de l'enfant**. Ce document²⁹ constitue une référence dans le domaine de la prise en charge de la santé de la reproduction des ados jeunes. Il propose un guide pour comprendre l'adolescent(e), ses droits, ses besoins, sa prise en charge en matière de SSR. L'objectif principal est de promouvoir la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescent(e)s au Sénégal. Un document autant utile pour les jeunes que pour les prestataires de service. Il propose en détail et de manière globale, les moyens pour aborder tous les points sur la SSR des adolescents (accessibilité, éducation sexuelle, MST, VBG, grossesse, infrastructures etc.). Ce document, bien qu'il soit quasi exhaustif, ne prend pas suffisamment en compte le cas spécifique de la prise en charge des adolescentes handicapées. Ces dernières, en raison de trajectoires assez spécifiques, ont besoin de certains réaménagements pour pouvoir accéder aux services de santé sexuelle et reproductive.

Il y a également le **plan stratégique de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescent(e)s/jeunes de 2014-2018 au Sénégal**³⁰. Le PNPSRAJ révèle la situation et les défis auxquels les adolescent(e)s et les jeunes font face. Ces défis sont multiples et sont liés à leurs droits, notamment dans le cadre des violences basées sur le genre (VBG) et sur la santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s. C'était l'occasion également de fixer les principes directeurs pour l'élaboration du plan stratégique en SSRAJ.

Toujours sur la thématique de la SSR des adolescentes, Abdou Salma Fall en 2021 a réalisé une étude³¹ sur **l'état des indicateurs de la SR des adolescentes et des jeunes habitant à Mbour, Goudomp, Sédhiou et Bounkiling**. Cette étude exploratoire met en évidence l'état des

²⁹ « Plan nation pour la santé de la reproduction des adolescent(e)s et des jeunes (PNPSRAJ) », consulté le 4 décembre 2023, <http://www.sneips.sante.gouv.sn/sites/default/files/PNPSRAJ.pdf>.

³⁰ « Plan-Stratégique-de-Santé-Sexuelle-et-de-la-Reproduction-des-AdolescentesJeunes-au-Sénégal2014-2018.pdf », consulté le 27 octobre 2023, <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2018/05/PlanStrate%CC%81gique-de-Sante%CC%81-Sexuelle-et-de-la-Reproduction-des-AdolescentesJeunes-auSe%CC%81ne%CC%81gal-2014-2018.pdf>.

³¹ Fall Abdou Salam et al., « Étude baseline sur l'état des indicateurs de la santé de la reproduction des adolescent·e·s et des jeunes de Mbour, Bounkiling, Goudomp et Sédhiou au Sénégal », 2021.

indicateurs et droits des adolescent(e)s et jeunes en santé de la reproduction dans le cadre du projet « Amélioration des droits et de la santé sexuels et reproductifs des adolescent(e)s et des jeunes au Sénégal » (SANSAS) dans la région de Thiès et de Sédhiou. L'étude vise à améliorer l'accès aux DSSR des adolescent(e)s et des jeunes au Sénégal à travers un accès à des services de santé de qualité et adaptés ainsi qu'à une éducation en matière de SSR. Comme le titre l'indique, cette étude sert d'indicateur *baseline* pour un projet qui aura 4 ans en 2025 et qui est mené par des organisations telles que : SOLTHIS, ENDA Santé, LARTES, RAES et Equipop. Toutes ces organisations précitées ont en commun la mission de promouvoir les droits et la santé des femmes et des filles dans le monde. A la suite de l'étude, les résultats trouvés révèlent que les opérations de renforcement de capacités en SSRA sont nécessaires et urgentes. Cela suppose le renforcement des connaissances sur les moyens d'éviter une grossesse, de ne pas occulter le nexus grossesse/règles, le nombre de rapports sexuels, etc. En ce qui concerne la SR, la *baseline* indique que les dépistages sont très rares surtout chez les filles. En outre, la connaissance des méthodes de prévention contre les IST/VIH-SIDA sont relativement moyennes. L'utilisation des serviettes hygiéniques, bien que globalement assez répandue, est très inégalitaire entre le milieu rural et urbain. Dans le domaine de la sexualité, la communauté stigmatise les adolescentes célibataires ayant une activité sexuelle même si les jeunes découvrent précocement la sexualité. Plusieurs stéréotypes sont notés autour de la contraception. Les pratiques contraceptives semblent être réservées principalement aux filles mariées. Les grossesses avant mariage sont également prohibées.

La spécificité du cas des adolescentes handicapées n'a nullement fait l'objet d'analyse.

Dans le cadre d'un projet du nom de HIRA, le LASPAD a mené une enquête portant sur **les perceptions sociales des violences sexistes et de la santé sexuelle et reproductive de 1332 adolescentes sénégalaises**³². L'étude des perceptions des effets des violences sexistes sur la SSR chez les adolescentes sénégalaises vise à mesurer et à prendre en compte de manière objective les connaissances, attitudes et pratiques des adolescentes relativement aux interactions entre la SSRA-DC et les violences sexistes. Les résultats de l'étude de perceptions seront

³² BA Mame Penda, Cheikh SAKHO Sadibou, YASSINE Rachid ID, NDIAYE Ndèye Laïty, DIALLO Papa Fara, MBALA Firmin, SAMBOU Oumy Régina, DIA Fatimatou, « HIRA, Enquête sur les perceptions sociales des violences sexistes et de la santé sexuelle et reproductive de 1332 adolescentes sénégalaises », Rapport technique intérimaire (Sénégal: UGB LASPAD/ CRDI, octobre 2022).

implémentés dans l'élaboration du modèle de référence du projet. Cette enquête parmi tant d'autres, vise à saisir les articulations existant entre les VBG et la SSR des adolescentes et comment elles sont perçues par ces dernières. Comme précisé dans le document, l'objectif était de « *prendre en compte de manière objective les connaissances, attitudes et pratiques des adolescentes relativement aux interactions entre la SSRA-DC et les violences sexistes* ». Au terme de l'analyse, il en ressort que les adolescentes en général ont peu de connaissances en matière de SSR. L'enquête a montré que 61,9% des adolescentes disent n'avoir jamais entendu parler de SSR et 58,6% et affirment ne pas savoir auprès de qui se procurer un moyen de contraception en cas de besoin. Tel est l'état des lieux en ce qui concerne la SSR des adolescentes au Sénégal.

Cependant, dans cette enquête, comme dans tous les autres documents précités d'ailleurs, le point relatif à l'accessibilité des adolescentes aux services de santé n'a pas été réellement développé. En outre, le facteur lié aux contraintes supplémentaires en raison du handicap ne semble pas avoir intéressé les auteurs. Cela se vérifie même lors de la recherche sur les questions liées à la SSR des adolescentes handicapées.

En effet, de manière générale, les documents trouvés lors de la recherche documentaire traitant spécifiquement de la SSR des femmes (adolescentes) vivant avec un handicap au Sénégal sont peu nombreux.

Le peu de statistiques existant autour de la question sur les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive chez les femmes handicapées au Sénégal révèle plusieurs choses.

Parmi celles âgées entre 15 et 49 ans en général, 14% des femmes mariées et 49% des femmes célibataires, mais sexuellement actives, ont des besoins non satisfaits en matière de contraception. Seulement 30% des femmes ont une connaissance complète du VIH/SIDA, contre 40% des hommes selon l'enquête démographique et de santé continue de 2017. Les femmes sont 1,6 fois plus susceptibles que les hommes de contracter le VIH. Chez les personnes

handicapées en particulier, la prévalence du VIH est presque deux fois plus élevée chez les femmes handicapées que chez les hommes handicapés (2,5 % contre 1,3 %) ³³.

La littérature disponible relative à la question du handicap au Sénégal est très abondante également. Elle traite plus des aspects liés à l'insertion professionnelle, à l'éducation, à la mendicité, à la situation précaire à laquelle les personnes vivant avec un handicap sont confrontées etc. Ce sont des thématiques très intéressantes d'ailleurs qui serviront sûrement de supports tout au long de ce travail de recherche. Néanmoins, des documents traitant de la santé sexuelle et reproductive des personnes handicapées au Sénégal et plus précisément des adolescentes handicapées sont très rares. Ceci prouve que la question relative à la santé sexuelle et reproductive des personnes handicapées en général encore moins spécifiquement celle des adolescentes est peu documentée. Elle ne suscite pas encore, probablement, l'intérêt de la communauté scientifique sénégalaise. Seuls deux articles traitant approximativement de la même problématique et ayant été réalisés au Sénégal ont été collectés.

Une revue systématique ³⁴ pour **examiner les obstacles auxquels les personnes handicapées sont confrontées pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive en Afrique subsaharienne** a été menée par des chercheurs. Cette revue a été réalisée afin de mesurer l'ampleur, la nature et l'étendue de ces obstacles dans les différents contextes de l'Afrique subsaharienne. Ainsi, à la fin de la synthèse, 33 obstacles classés en 5 ordres ont été identifiés : un au niveau national, un au niveau du système de santé/institutionnel, un sur le plan individuel, un autre au niveau communautaire et enfin un sur le plan économique. Plus spécifiquement, les obstacles que les personnes handicapées sénégalaises rencontrent sont liées principalement :

- Au manque de protection de la vie privée et des services confidentiels ;
- Au point d'accès ;

³³ APAPS IRESSEF, « ENQUÊTE NATIONALE DE SURVEILLANCE COMBINÉE DES IST ET DU VIH/SIDA », 2015.

³⁴ Ganle Kuumuori John et al., « Barriers Facing Persons with Disability in Accessing Sexual and Reproductive Health Services in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review », *PLOS ONE* 15, n° 10 (12 octobre 2020): e0238585, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238585>, consulté le 09/03/2023.

- A l'insensibilité ou les attitudes négatives des personnels de santé envers ces dernières (discrimination de la part des fournisseurs des soins)³⁵.

C'est d'ailleurs, la seule étude qui a été recensée au Sénégal pour cette revue parmi les 26 études éligibles de qualité (selon la revue) couvrant 12 autres pays pour l'analyse. Il s'agit de l'étude qualitative portant sur les obstacles et les moyens pour les jeunes handicapés d'accéder aux services de santé sexuelle et reproductive au Sénégal³⁶. Elle a été réalisée au niveau de trois régions (Thiès, Kaolack, Dakar) du pays. L'étude démontre que l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive est faible chez les jeunes au Sénégal. Par ailleurs, bien que la base de données probantes sur les besoins des jeunes en matière de SSR augmente, la recherche sur l'accès aux services de SSR chez les jeunes handicapés est négligée. Cette étude a présenté les vulnérabilités des jeunes handicapés en matière de SSR. Elle a aussi présenté leurs problèmes en rapport à leurs accès aux services de santé. En effet, les principaux obstacles auxquels ils sont confrontés sont les barrières financières, les attitudes des prestataires et l'accessibilité liée à leur handicap.

L'autre article³⁷ qui se rapproche davantage de notre sujet d'étude est celui de Diatou Sonko et d'Olivia Soul. Il n'a pas figuré dans la revue systématique susmentionnée car il a été écrit plus tard (2022). L'enquête s'est focalisée sur les expériences des femmes avec un handicap moteur physique vivant à Dakar. Elle a étudié les conditions des femmes handicapées sénégalaises à l'accès aux services et à l'information en matière de santé sexuelle et reproductive. Ainsi, l'étude montre que l'ignorance dont ces femmes font preuve en ce qui concerne leur SSR peut porter atteinte à leur santé.

Parmi ces conséquences négatives, il y a les mauvais résultats en matière de sexualité, de procréation et de santé maternelle, les violations de leurs droits, les répercussions sur leur santé mentale et sur leurs moyens de subsistance. L'étude révèle que les femmes vivant avec un

³⁵ Ibid..

³⁶ Burke et al., « A qualitative study to explore the barriers and enablers for young people with disabilities to access sexual and reproductive health services in Senegal », Vol 25 ; n°50, 2017, 54p, <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1329607>, consulté le 04/03/2023.

³⁷ Soule Olivia et Sonko Diatou, « Examining Access to Sexual and Reproductive Health Services and Information for Young Women with Disabilities in Senegal: A Qualitative Study », *Sexual and Reproductive*

handicap font face à des obstacles. Ils existent non seulement en raison de leur handicap et de leur sexe, mais aussi, à cause de la marginalisation et de la stigmatisation dont elles sont victimes. Les deux chercheuses ont déploré le manque de compréhension et de recherche sur cette catégorie de la population. Par ailleurs, les résultats de l'enquête prouvent que les femmes handicapées font face à des difficultés, en raison notamment :

- De l'inaccessibilité structurelle au niveau des établissements de santé ;
- Des contraintes financières ;
- Des préjugés et de la discrimination de la part des prestataires de services etc.

Toutes ces études permettent de saisir les problématiques autour de la SSR des personnes handicapées en général et des femmes et des jeunes sénégalais en particulier. Par contre, les réflexions sur l'action publique de la SSR des **adolescentes handicapées** sont peu fournies voire quasi inexistantes. Elles n'ont pas fait spécifiquement l'objet d'étude alors que les obstacles auxquels cette catégorie de la population sénégalaise fait face sont bien réels et permanents. Elles sont à la croisée de multiples discriminations liées à leur âge (adolescentes), à leur sexe (femmes) à leur handicap, enfonçant ainsi leur degré de vulnérabilité. Elles demeurent des « négligées » pour ne pas dire « oubliées » de l'action publique. Ceci a certainement des répercussions sur leur bien-être sanitaire, physique, mental et social.

Health Matters 30, n° 1 (31 décembre 2022): 2105965, <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2105965>, consulté le 05/03/2023.

Alors, il sera question, dans ce travail de recherche, de mettre l'accent sur la réalité autour de la santé sexuelle et reproductive des adolescentes vivant avec un handicap au Sénégal.

Question centrale

Eu égard à toutes ces informations, il semble pertinent de poser la question de savoir : pourquoi, en dépit d'une multitude d'initiatives, l'Etat sénégalais peine toujours à résoudre les problèmes

liés à l'accessibilité aux services de santé et à la prise en charge de la SSR des adolescentes handicapées ?

Hypothèses

Première hypothèse : le renforcement des multiples menaces s'explique par une approche superficielle de la SSR des adolescentes handicapées qui n'intègre pas tous les facteurs de vulnérabilité.

Seconde hypothèse : le renforcement des multiples menaces s'explique par le déficit de contextualisation sociale des initiatives de l'État en matière de SSR.

Cadre théorique

Le cadre théorique choisi portera sur l'approche intersectionnelle et sur l'approche cognitive des politiques publiques.

L'intersectionnalité peut se définir comme « [...] La conceptualisation [...] d'une tentative de capturer à la fois les conséquences structurelles et dynamiques de l'interaction entre deux ou plusieurs axes de subordination. Elle concerne spécifiquement la manière dont le racisme, le patriarcat, l'oppression de classe et d'autres systèmes discriminatoires créent des inégalités sous-jacentes qui structurent les positions relatives des femmes, des groupes ethniques, des classes et autres. De plus, elle aborde la façon dont des actes et politiques spécifiques créent des poids qui s'imbriquent à ces axes pour former les aspects dynamiques ou actifs du manque de pouvoir » en se référant à Harper 2012.

En effet, une approche intersectionnelle reconnaît que c'est une combinaison multiple de caractéristiques individuelles et de facteurs environnementaux (ou sociétaux) qui façonne la vulnérabilité d'une personne. Cette approche est une grille d'analyse qui sert à expliquer et à comprendre la vulnérabilité. Cette dernière fait référence aux caractéristiques et aux circonstances qui rendent un individu, un groupe ou une population sensible à une menace. Elle

résulte de l'interaction de caractéristiques individuelles et de facteurs environnementaux multiples.

En revanche, elle n'est ni figée ni absolue. Elle doit toujours être évaluée par rapport aux problèmes ou menaces spécifiques. Une approche intersectionnelle permet, par exemple, de reconnaître que la vulnérabilité de l'adolescente handicapée est due à de multiples facteurs croisés et combinés. Ces derniers peuvent inclure ses caractéristiques individuelles (sexe, âge, handicap, nationalité, langue, localisation et composition de son foyer, la situation socioéconomique de sa famille). Ils peuvent également inclure des facteurs environnementaux tels que : l'accessibilité des bâtiments scolaires, l'existence de toilettes sécurisées et adaptées, l'attitude des parents et des personnes aidantes à l'égard de leur droit à l'éducation.

Les comportements sociaux et les capacités institutionnelles peuvent affecter également leur droit d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. L'interaction des facteurs individuels et environnementaux a également une incidence sur la capacité d'une personne ou d'un groupe à réagir face à une vulnérabilité sociale. Dès lors, c'est l'environnement dans lequel évoluent et interagissent les personnes et par ricochet les adolescentes vivant avec un handicap qui accentuent leur vulnérabilité.

L'utilisation de cette grille d'analyse permet d'interroger les mécanismes, les institutions, les lois ... qui rendent invisibles les personnes vivant avec un handicap. Elle permet de poser les questions telles que : quel est cet ensemble de combinaison (handicap, âge, sexe, gouvernance, instruments, institutions) qui écarte, isole, met de côté ce groupe ? Comment la gouvernance de la santé de la reproduction, écarte d'elle-même de manière consciente ou pas les personnes handicapées ? Pourquoi l'incapacité des lois à changer structurellement la configuration autour de la question ?

Tout en partant de l'idée selon laquelle le genre, le handicap et l'âge sont des constructions sociales, comment les interactions individuelles, sociales et environnementales multiplient-elles la vulnérabilité d'une personne ?

D'autre part, l'approche cognitive propose une lecture sur les défis liés à l'appropriation sociale de la politique de SSR des adolescentes handicapées. Cette approche permet de voir comment les normes sociales globales, les matrices cognitives et normatives exercent une influence sur

les comportements sociaux au Sénégal, plus précisément, dans le cadre de la SSR des adolescentes handicapées. Cette expression « approche cognitive » est consacrée dans le dictionnaire des politiques publiques. Elle désigne : « *les travaux qui insistent sur le poids des éléments de connaissance, des idées, des représentations ou des croyances sociales dans l'élaboration des politiques, des aspects jusqu'alors négligés dans la littérature sur l'APP* »³⁸. Les matrices cognitives et normatives permettent aussi de questionner le pourquoi du faible accès des adolescentes handicapées aux services de prise en charge de leur SSR.

D'autre part, les approches distinguées par Muller et Surel vont être un support pour l'analyse des défis liés à la SSR des adolescentes handicapées. En effet, l'élaboration d'une politique publique consiste d'abord à construire une représentation, une image de la réalité sur laquelle intervenir³⁹. C'est en référence à cette image cognitive que les acteurs organisent leur perception du problème, confrontent leurs solutions et définissent leurs propositions d'action. Cette vision du monde est le référentiel d'une politique.

Le référentiel correspond avant tout à une certaine vision de la place et du rôle du secteur concerné dans la société. Par exemple, les propositions faites en matière de politique de la santé sexuelle et reproductive dépendent de la représentation faite de la place des maladies connexes à la SSR dans la société moderne.

L'approche par les référentiels propose une lecture sur le pourquoi de l'intégration de la dimension handicap dans la formulation et la mise en œuvre de la politique de SSR. En outre, elle sert à identifier les acteurs qui définissent la politique de santé. Le référentiel global tend de plus en plus à s'étendre au-delà de l'Etat alors que l'essentiel des décisions étaient prises au niveau national. Cette contrainte peut trouver son lot de conséquences puisque les croyances nationales des acteurs peuvent être profondément ancrées en eux. Une politique développée à l'international et parfois imposée par l'Etat peut ne pas convenir aux réalités socio-culturelles de la population qui doit l'adopter.

³⁸ Surel Yves, *Approches cognitives*, in *Dictionnaire des politiques publiques*, vol. 5e éd., Paris: Presses de Sciences Po, 2019), 848p, <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2019.01.0087>, consulté le 02/02/2023.

³⁹ MULLER Pierre, *QUE SAIS-JE ? Les politiques publiques*, Presses Universitaires de France, 10^e éd., 2013, 72p.

Ainsi, dans ce cas précis, les croyances autour du handicap, de la sexualité, des jeunes femmes ... diffèrent d'un lieu à un autre. Donc, une inefficience de la prise en charge holistique des besoins des jeunes filles vivant avec un handicap en matière de SSR pourrait être expliquée. Néanmoins, cela n'exclut pas le changement ou l'évolution qui peuvent être radicaux ou progressistes d'ailleurs. La conséquence d'une telle situation peut résulter d'une absence d'appropriation et de non accommodation de la politique. A ce titre, l'approche cognitive prend en compte à la fois les contraintes des structures sociales et les marges de liberté des acteurs. Cette approche par les référentiels permet d'aborder les normes qui définissent le but de la politique et le genre d'instruments mobilisables pour les atteindre.

L'argument de base de *l'Advocacy Coalition Framework* (ACF) est que « *la prise de décision en matière de politique publique peut être mieux comprise comme une compétition entre coalitions de cause, chacune étant constituée d'acteurs provenant d'une multitude d'institutions (leaders de groupes d'intérêts, agences administratives officielles, législateurs, chercheurs et journalistes) qui partagent un système de croyances lié à l'action publique et qui s'engagent dans un effort concerté afin de traduire des éléments de leur système de croyance en une politique publique* »⁴⁰.

Par ailleurs, si les acteurs pertinents pour défendre la cause relative à la SSR des adolescentes handicapées ne mobilisent pas assez de ressources, le changement pourrait prendre des lustres. Leur voix ne sera pas portée au niveau des instances décisionnelles pour appeler au changement et au respect des lois préétablies. *L'Advocacy Coalition Framework* cherche en outre à situer ces éléments cognitifs dans un contexte. C'est celui des facteurs socioéconomiques, culturels et institutionnels qui contraignent le processus d'élaboration des politiques publiques. Ainsi, les acteurs concernés par la politique de SSR à savoir l'Etat, le cercle familial, la population ... ont peut-être du mal à s'approprier la politique à cause de différents facteurs. En d'autres termes, des contraintes d'ordre économique, social, culturel et institutionnel peuvent freiner ou menacer la mise en œuvre de la politique de SSR.

⁴⁰ Bergeron Henri, Surel Yves, et Valluy Jérôme, « L'Advocacy Coalition Framework. Une contribution au renouvellement des études de politiques publiques ? », *Politix. Revue des sciences sociales du politique* 11, n° 41 (1998): 195-223, <https://doi.org/10.3406/polix.1998.1718>, consulté le 09/07/2023.

Ces approches mettent donc bien en avant les contraintes que les institutions font peser sur les acteurs, notamment, avec l'existence de cadres cognitifs et normatifs. A travers ces institutions, les acteurs d'une politique publique perçoivent et construisent le réel en éliminant certains éléments et en en sélectionnant d'autres.

Méthode de recherche

La méthode de recherche qui va être utilisée dans le cadre de ce sujet est la méthode qualitative. Elle permet de collecter des données sur les perceptions des individus à interroger, sur la question de la SSR des adolescentes handicapées. Elle est un excellent moyen pour cibler le mode d'appropriation sociale de la SSR des adolescentes handicapées.

Comme technique de recherche, c'est l'entretien individuel semi-directif qui sera utilisé. Cela facilitera l'échange et le recueil de données sur la vision des adolescentes vivant avec un handicap sur la SSR. « *Dans la même lancée, Savoie-Zajc (2003 : 295) fait référence à Kvale (1996), qui affirme ceci : L'entretien permet de mettre en lumière les perspectives individuelles à propos d'un phénomène et aussi à enrichir la compréhension de cet objet d'étude. Finalement, l'entrevue semi-structurée peut révéler les tensions, les contradictions qui animent un individu, à propos du phénomène étudié. La compréhension produite, le sens nouveau de l'expérience étudiée sont donc intensément rattachés au jeu de forces et de références traversant la vie des individus.* »⁴¹.

Ainsi, le sens que les acteurs sociaux (participants) donnent à leurs réalités est privilégié. La recherche s'inscrit alors dans une dynamique rendant possible l'élaboration d'un nouveau discours, à propos du phénomène étudié. Les données collectées seront, ensuite, analysées pour rendre davantage compte de la situation des adolescentes handicapées en matière de SSR. Le questionnaire a été administré avec l'aval des participants. Concernant des adolescentes avec

⁴¹ Sagna Diatta Madeleine, « Le vécu social des femmes avec des limitations fonctionnelles et porteuses du VIH/sida au Sénégal ». Mémoire soutenu à Sherbrooke au Canada en 2013.

un handicap mental, les questions ont été adressées aux mamans et donc les réponses obtenues ont été fournies par elles.

Étant donné l'impossibilité d'interroger toutes les adolescentes handicapées ou toutes les cibles pour notre recherche, le recours à l'échantillonnage est inévitable. Cependant, il est primordial de préciser que dans la méthode qualitative, l'échantillonnage vise un nombre restreint de personnes à étudier en profondeur. Donc, les échantillons qualitatifs seront plutôt ciblés. Les dynamiques sociales possèdent une logique et une cohérence que l'échantillonnage aléatoire ne percevrait pas.

Ainsi, la population de l'étude sera composée d'adolescentes (de 18 et 19 ans) vivant avec un handicap moteur, sensoriel et mental, de travailleurs dans les services de santé sexuelle et reproductive, de parents d'adolescentes handicapées, d'associations de personnes handicapées etc. En d'autres termes, les cibles seront : des acteurs communautaires (6 au total), sanitaires (8 au total), des victimes (21 au total) et leurs parents (8 au total) etc. La cible (adolescente, avec un handicap en particulier, femme, peu nombreuse etc.) n'était pas facilement accessible. Toutefois, nous avons pu obtenir, dans chacune des deux localités choisies, 3 adolescentes avec un handicap visuel dont une atteinte d'albinisme, 2 avec un handicap auditif, 4 avec un handicap moteur dont une adolescente de petite taille, 2 avec un handicap mental atteintes de la trisomie 21.

Le terrain s'est fait à Dakar et à Mbacké au mois de Septembre. Le choix effectué entre les différentes localités n'est pas anodin. En effet, c'est pour mieux comparer si possible les degrés d'intersectionnalité entre le milieu urbain et le milieu rural. A Mbacké, la majorité des habitants sont musulmans, mourides et analphabètes. Cela fait que la ville obtient le plus faible taux brut de scolarisation (33% contre 88%). Des facteurs comme la préférence des « Daaras » par rapport à l'école dite française, l'absence de prise en charge des enfants à besoins spéciaux et de données statistiques fiables expliquent cette situation. Le fossé entre adolescence, sexualité et SSR se creuse davantage à cause du tabou et des préjugés autour⁴². A Mbacké il y a de vastes zones rurales avec un accès limité aux établissements de santé. Le niveau d'éducation, les

⁴² Mbacké Leye Mamadou Makhtar et al., « Déterminants de l'utilisation de la contraception moderne dans le district sanitaire de Mbacké (Sénégal) », *Santé Publique* 27, n° 1 (2015): 107-16, <https://doi.org/10.3917/spub.151.0107>, consulté le 10/07/2023.

perceptions sur la SSR et le handicap, les connaissances sur la SSR ne seront pas les mêmes qu'au niveau de Dakar. Il y a aussi le facteur de la faisabilité du terrain dans des conditions optimales, car nous habitons la ville et connaissons plus ou moins la vie des habitants. Cette piste de recherche pourra fournir des réponses très intéressantes sur l'objectif de recherche.

Nous avons choisi Dakar pour mieux comprendre les disparités entre la capitale et les autres zones. Dakar a la plus grande concentration de prestataires et de services de santé et la plus grande représentation d'associations de personnes handicapées.

Tout compte fait, il sera question d'analyser, d'abord, les ratés de l'institutionnalisation de la politique de SSR des adolescentes handicapées (**Partie 1**), avant d'aborder, les problèmes dans la réception sociale de la politique relative à la SSR des adolescentes handicapées (**Partie 2**).

**Première partie : Les ratés de
l'institutionnalisation de la politique de SSR des
adolescentes handicapées**

Les pays d'Afrique subsaharienne comptent un grand nombre de personnes handicapées qui ont un accès limité aux soins de santé et aux soins de réadaptation. Ceci, combiné à une pauvreté chronique, un faible niveau d'éducation et des professionnels de santé insuffisamment formés, réduit considérablement la qualité de vie de ces enfants⁴³. La politique de SSR des adolescents/jeunes du Sénégal a identifié comme défi l'amélioration de l'environnement social, législatif et règlementaire des adolescents/jeunes.

Il n'existe pas une réglementation juridique favorable et appropriée à la promotion de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et des jeunes. Bien qu'il existe des lois (sur la SR, MGF, VIH etc.) leur application demeure néanmoins timide du fait entre autres de la non émission du décret d'application pour ce qui concerne la loi sur la SR. Bon nombre de caractéristiques n'ont pas été prises en considération. Ceci entraîne de lourdes conséquences. La politique sur la santé sexuelle et reproductive doit être générale et prendre en charge tout le monde qu'importe les spécificités. Toutefois, dans la politique de santé sexuelle et reproductive sénégalaise, certaines anomalies en rapport avec les adolescentes handicapées ont été repérées. Il s'agit notamment du caractère superficiel de la politique de SSR des adolescentes (**Chapitre 1**) en général et de la complexité de la situation des adolescentes handicapées (**Chapitre 2**).

⁴³ Adugna Molalign B et al., « Barriers and facilitators to healthcare access for children with disabilities in low and middle income sub-Saharan African countries: a scoping review », *BMC Health Services Research* 20, n° 1, 2020, 15p, <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4822-6> , consulté le 30/05/2023.

Chapitre 1 : Le caractère superficiel de la politique de SSR des adolescentes

La mise en œuvre d'une politique publique répond à un certain nombre de nécessités de la population. Lorsqu'elle est en phase d'élaboration, plusieurs facteurs peuvent entrer en jeu. Cela dépend des cibles et des objectifs fixés. En effet, une politique répond spécifiquement à des besoins souvent bien précis. Ainsi, tous les paramètres doivent être scrutés avec attention pour éviter de léser qui que ce soit. La SSR concerne toutes les personnes ; que ce soit homme ou femme, enfant ou adulte, nul ne peut s'y écarter. Par contre, les besoins peuvent changer en fonction de la situation d'un individu à un autre ou en fonction de l'âge, du handicap, du sexe et de d'autres facteurs parfois imbriqués.

Alors, les adolescentes (handicapées), cette tranche de la population qui se situe dans une « nouvelle » phase de leur vie méritent accompagnement et soutien en matière de SSR. Cependant, le défaut de considération des différentes spécificités de leur situation (**Section 1**) et la sous-exploitation des différents instruments mis en place par l'Etat (**Section 2**) n'avantagent en rien cette catégorie.

Section 1 : La non prise en considération des différentes (sexo) spécificités de la situation des adolescentes handicapées

Les adolescents ne forment pas un groupe homogène. Leurs besoins sont fonction de leur sexe, de leur situation de handicap. Mais également de leur situation socio-économique et de leur environnement surtout social et culturel qui influent sur leur comportement. Ainsi, la négligence des différentes caractéristiques biologiques (**Paragraphe 1**) et l'existence de caractéristiques socio-économiques propres à chaque individu (**Paragraphe 2**) confortent l'idée de la superficialité de la politique de SSR.

Paragraphe 1 : La négligence des différentes caractéristiques biologiques

Les caractéristiques biologiques sont des marqueurs de différence. Elles font référence aux aspects biologiques et physiques propres à chaque individu. Ainsi, lorsqu'une politique est en phase d'élaboration, toutes les spécificités doivent être intégrées et incluses pour éviter toute discrimination. Chez les adolescents, cela peut inclure l'âge, le sexe, les maladies, la croissance, le handicap, les aspects physiques etc. Donc, tous ces facteurs méritent une attention particulière. Ceci dans le but de fournir des services de santé adaptés et inclusifs car ils peuvent influencer la santé et le bien-être des individus ; il est donc important de les considérer.

Bien évidemment, les besoins en SSR sont différents en fonction du **sexe** qui définit l'homme et la femme au Sénégal. Leurs besoins ne sont ni symétriques ni équivalents d'ailleurs. Les problématiques à traiter ne seront pas forcément les mêmes alors. Concernant la femme par exemple, ces problématiques peuvent être liées aux IST, aux menstruations, à l'hygiène menstruelle et intime, à la grossesse, à l'accouchement, au cancer du sein, au cancer du col de l'utérus, à l'avortement, à l'allaitement, à la contraception etc. Chez l'homme en revanche, mis à part les IST et l'hygiène et la protection intimes, les problématiques sont différentes. Chez lui, il s'agira en effet de cancer de la prostate, d'éjaculation précoce etc. Les situations et les solutions ne sont pas les mêmes. Donc, certes une prise en charge holistique doit être envisagée, mais elle doit prendre en compte les différentes spécificités.

Un facteur tel que l'**âge** dans la formulation d'une politique en SSR est essentiel. Ceci permet de mesurer et de saisir les besoins spécifiques en la matière. Les besoins en SSR d'un enfant de 5 ans diffèrent des besoins d'un(e) adolescent(e) ou d'une personne adulte etc. Lorsque l'on prend l'exemple de l'adolescent(e), ce dernier ou cette dernière a des besoins particuliers en matière de SSR. Certes, il/elle n'est plus un enfant, mais, il/elle n'est pas encore adulte. Il/elle subit de profonds changements d'ordre physique, biologique, psychologique et social (puberté, reproduction, identité adulte, indépendance relative...).

Ceci étant dit, il/elle s'expose à des comportements à risque et est confronté(e) à de nombreux problèmes de santé. Il s'agit notamment : de rapports sexuels non protégés, avec comme conséquences des infections sexuellement transmissibles (IST/VIH), des grossesses précoces/non désirées, des infanticides etc. Il/elle est également confronté(e) à des problèmes relevant de la santé mentale à cause de l'usage de substances nocives telles que les drogues,

l'alcool et le tabac etc. Ces accidents pourraient se justifier par l'ignorance et le goût du risque dont cette tranche de la population fait preuve⁴⁴.

Ainsi, les adolescents ont besoin d'être éduqués, formés et informés sur les questions relatives à la santé sexuelle et reproductive plus que quiconque. Ils doivent connaître les structures mises en place pour prendre soin d'eux et ne doivent pas être victimes de stigmatisation de la part de la population. Ils doivent posséder les informations, les connaissances et les compétences afin de prendre des décisions responsables en matière de SSR.

La particularité intégrant les **maladies** entre autres doit être une source de questionnement en vue d'une prise en charge intégrée de toute la population. En fonction de certaines maladies, les besoins en SSR peuvent nécessiter un réajustement. Dans ce cas précis, il s'agit de la situation des personnes et spécifiquement de celles des femmes/adolescentes/handicapées.

Pour le cas des personnes vivant avec un handicap, les configurations structurelles leur permettant de faciliter leur déplacement et leur accès aux structures de santé ne devraient pas constituer une entrave. A titre d'illustration, les femmes avec un handicap moteur et les femmes atteintes de troubles de la croissance (nanisme) par exemple, rencontrent des difficultés lors de leur accouchement. Ceci par manque de personnels compétents ou par défaut de lits adaptés pour les prendre en charge. En effet, la configuration de leur bassin est en général asymétrique, particulière ou étroite. Elles sont ainsi confrontées à des difficultés humaines, architecturales et matérielles. C'est le cas également pour les femmes avec un handicap, visuel, auditif ou mental. Les besoins ne sont pas forcément les mêmes, mais elles nécessitent également une prise en charge globale sans entraves et sans barrières en dépit de la spécificité de leur cas.

Dans le document de référence en matière de SSR au Sénégal à savoir la loi n°200518 du 5 Août 2005, la notion de handicap ne figure pas dans ledit document. Cette loi n'a toujours pas un décret d'application. Le seul décret signé est relatif à celui de la planification familiale. Au niveau de l'article 10, l'Etat a identifié les bénéficiaires des soins de santé en SSR.

⁴⁴ « Plan-Stratégique-de-Santé-Sexuelle-et-de-la-Reproduction-des-AdolescentesJeunes-au-Sénégal2014-2018.pdf », consulté le 29 Septembre 2023.

Ainsi, « toute personne est en droit de recevoir tous les soins de santé de la reproduction sans discrimination fondée sur l'âge, le sexe, le statut matrimonial, l'appartenance à un groupe ethnique ou religieux ». La discrimination contre le handicap n'est en réalité pas tenu en compte car leur situation est minimisée ou oubliée. La SSR des adolescent(e)s a été brièvement énoncée également. Elle a été abordée au niveau de l'article 4 pour signifier que les services de santé recouvrent en ces termes : « *la promotion de la santé de la reproduction des adolescents* ». La santé sexuelle a été omise alors qu'elle est un pan inévitable menant à la reproduction. Ces omissions peuvent porter à confusion car n'importe qui peut y aller de sa propre compréhension. Donc mettre en place une réglementation claire et précise doit être expresse. Cette situation a des similarités avec le plan de planification familiale. En effet, tous les protocoles ou politiques de prestation de services de planification familiale devraient indiquer clairement que les jeunes sont éligibles aux services. À l'heure actuelle, les documents relatifs aux normes et protocoles au Sénégal ne spécifient aucune restriction réglementaire à l'accès des jeunes aux services de planification familiale. Cependant, ils n'incluent pas non plus de déclaration officielle claire selon laquelle les adolescents et les jeunes devraient avoir un accès sans restriction. En l'absence d'un message clair, les prestataires de soins au Sénégal peuvent définir leurs critères de restriction en fonction de leurs propres opinions et valeurs en matière de sexualité et de contraception. Dans le dit plan, l'âge pour avoir accès à la contraception n'a pas été explicitement établi, ainsi, les fournisseurs de service fixent d'après leurs convictions un âge qui selon eux est correct⁴⁵.

En outre, le point lié à l'accessibilité n'a pas été considéré. Les structures de prise en charge des adolescentes n'ont pas également été prévues. En effet, dans le document relatif aux normes, protocoles et politiques de le SSRAJ, il était convenu que des espaces d'accueil pour ados/jeunes seraient aménagés dans les services de santé pour les mettre en confiance et pour prendre en charge leur SSR. Dans tous les services de santé où nous sommes passé, aucun n'a respecté cette norme. D'ailleurs les sages-femmes interrogées ont toutes déploré cette situation.

⁴⁵ M. Sidze Estelle et al., « Young Women's Access to and Use of Contraceptives: The Role of Providers' Restrictions in Urban Senegal », *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 40, n° 04 (décembre 2014): 176-84, <https://doi.org/10.1363/4017614>, consulté le 05/06/2023 .

L'Etat ne pense pas certainement mal faire en généralisant la situation sur la SSR mais c'est une nécessité car les caractéristiques ne sont pas les mêmes.

Le plus flagrant reste l'absence de mention de la SSR dans la loi d'orientation sociale du Sénégal. Dans la CRDPH, selon Marta Schaaf, lors des négociations sur la convention, il régnait une tension considérable concernant la sexualité. En tant que restriction à l'autonomie reproductive, les mesures protectionnistes ont été maintenues et les affirmations de droits sexuels ont été exclues⁴⁶. La SSR n'a fait l'objet de considération qu'au niveau du protocole à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des personnes handicapées en Afrique alors que ce dernier n'est même pas encore entré en vigueur.

A cette négligence des caractéristiques biologiques s'ajoute l'existence des caractéristiques socio-économiques propres à chaque individu.

Paragraphe 2 : L'existence de caractéristiques socio-économiques propres à chaque individu

Les individus vivent à une échelle de vie différente. Ceci sur le plan social, culturel, économique, religieux etc. Pour une prise en charge des spécificités, les déterminants sociaux, culturels, économiques voire financiers ne peuvent être écartés. Le milieu détermine certains agissements et comportements. Lorsque dans la société française, les questions relatives à la sexualité sont abordées avec les jeunes et que ces derniers soient actifs sexuellement ne pose pas forcément de problèmes, dans la société sénégalaise c'est inconcevable.

Au Sénégal, deux des religions révélées cohabitent : il s'agit de la religion musulmane et de la religion chrétienne. Toutefois, l'Islam est la religion dominante (94,7% de musulmans contre 4,9% de chrétiens)⁴⁷. Dans ce sens, la norme sociale dominante valorise la virginité avant

⁴⁶ Schaaf Marta, « Negotiating Sexuality in the Convention on the Rights of Persons with Disabilities » 8, n° International journal of human rights (2011).

⁴⁷ « Plan National de Développement Sanitaire et Social 2019-2028 », <https://sante.gouv.sn/sites/default/files/1%20MSAS%20PNDSS%202019%202028%20Version%20Finale.pdf>, consulté le 20 Octobre 2023.

le mariage et érige l'abstinence des adolescents et des adolescentes comme valeur morale cardinale. La sexualité hors mariage reste socialement réprouvée⁴⁸. Ainsi, l'abstinence sexuelle jusqu'au mariage devient à la limite une obligation. Alors, même si les jeunes sont sexuellement actifs⁴⁹, la majorité des Sénégalais ne sont pas encore prêts à accepter une telle situation. En termes de référentiels alors, l'Etat devrait prendre en charge ces aspects et se fier à la réalité. Ceci est d'autant plus flagrant que sur la loi de 2005 portant sur la reproduction, la santé sexuelle n'a nullement fait l'objet de développement⁵⁰. Il n'y a que dans les projets et les plans stratégiques que la santé sexuelle a été développée.

La sexualité étant incontournable dans la société, prendre des mesures qui permettront à tout un chacun d'avoir une activité sexuelle sûre, épanouie et responsable serait bénéfique. Ceci éviterait des cas d'avortement non sécurisé, d'infanticide, de grossesses précoces ou non désirées, de MST etc.

En fonction du milieu social dans lequel elle évolue, la personne peut être avantagée ou désavantagée. C'est-à-dire que, l'environnement socio-culturel est un élément fondamental non négligeable pour le processus de mise en œuvre d'une politique publique. A titre illustratif, les mesures prises en matière de SSR des adolescentes en Occident ne peuvent être identiques à celles prises ici au Sénégal. Du moins, la greffe aurait du mal à tenir. Ceci existe car le milieu social et culturel est propre à chaque personne, à chaque entité.

L'Etat devrait prendre des initiatives faisant que l'information en matière de SSR puisse atteindre toute la population. Les individus vivant dans des zones reculées sont souvent exposés et ne connaissent aucunement leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive. Au sein même d'une même zone géographique, le degré d'intersectionnalité peut être

⁴⁸ Laborde-Balen Gabrièle et al., « Sexualité des adolescentes nées avec le VIH au Sénégal : entre normes sociales et secrets de famille », 2023, 9p, <https://doi.org/10.1177/20499361231159295>, 08/11/2023.

⁴⁹ Crossouard Barbara, Dunne Máiréad & Durrani Naureen, « Silencing Youth Sexuality in Senegal: Intersections of Medicine and Morality », *Gender and Equality*, Vol 31, 2017, 170p.

⁵⁰ LOI n° 2005-18 du 5 août 2005 relative à la santé de la reproduction.

appréhendé. La jeune adolescente à Dakar et celle qui est à 14km de Mbacké, au fin fond de Touba par exemple, n'auront certainement pas les mêmes privilèges.

Selon l'ANSD, la répartition selon la zone de résidence montre que 75,4% des pauvres vivent en milieu rural contre 24,6% en milieu urbain. La profondeur de la pauvreté est trois fois plus importante en milieu rural (15,3%) qu'en zone urbaine (4,6%)⁵¹. En 2013, la prévalence du handicap au niveau de la population sénégalaise âgée de plus d'un an, était estimée à 5,9%. Cette prévalence était plus élevée chez les femmes (6,2%) que chez les hommes (5,6%). Elle est également légèrement plus élevée en milieu rural (6,0%) qu'en milieu urbain (5,8%). Il s'agit de personnes qui risquent, plus que la population générale, de subir les effets de la pauvreté et de la maladie. A la fin de l'année 2017, le MSAS avait produit 50 006 cartes soit un taux de couverture de 6% des personnes vivant avec un handicap⁵².

Puisque nos enquêtes de terrain se sont déroulées à Mbacké et à Dakar, un exemple peut être tiré pour résumer parfaitement l'argumentaire avancé tout au long de ce développement. Nous avons rencontré 3 sœurs adolescentes vivant toutes avec un handicap auditif. Elles vivent avec leur petit-frère et leurs deux parents. Nos cibles vivent presque à la sortie de Touba. Leur papa qui est le chef de famille a souvent du mal à ramener ne serait-ce 500 FCFA par jour pour subvenir à leurs besoins primaires. Il dit que la maison dans laquelle ils habitent lui a été offerte par son marabout. Dans cette localité, il n'y a pas d'écoles. Les adolescentes et leur maman ne travaillent pas. Selon cette dernière, ses filles : *« n'ont jusqu'à présent pas d'extrait de naissance. Elles ne peuvent pas travailler et donc ne font que rester à la maison. Les gens ne comprennent pas le langage des signes. La plus grande veut devenir couturière, mais c'est impossible. A l'hôpital, je suis toujours celle qui les accompagne »*. Donc, elles n'ont pas les documents (actes de naissance, carte d'identité etc.) nécessaires pour se procurer la « carte d'égalité des chances ». Tout en sachant que pour obtenir ladite carte, il faut fournir des documents tels que :

- Deux photos d'identité ;

⁵¹ Enquête harmonisée sur les conditions de vie des ménages, https://www.ansd.sn/sites/default/files/2022-04/Rapport-final-EHCVM-11092021%20vf-Senegal%20004_1.pdf, consulté le 21 Octobre 2023.

⁵² PNDSS

- Une demande manuscrite ;
- Un extrait de naissance (s'il s'agit d'enfants ou de mineurs) ;
- Une photocopie de la carte nationale d'identité ;
- Un certificat de résidence
- Un certificat d'invalidité délivré par un médecin agréé par le Ministère de la santé et de l'action sociale.

Cette carte pourrait être une excellente alternative pour alléger les charges relatives à l'accès aux services de santé. Mais parmi toutes les adolescentes enquêtées, il n'y a qu'une seule (atteinte d'albinisme) qui est allée jusqu'au collège qui bénéficie de cette carte. Elle condamne d'ailleurs son renouvellement bisannuel et pense aux démarches pas du tout évidentes à refaire pour son obtention.

La situation sociale et économique des adolescentes est complexe. En effet, elle est à l'intersection de plusieurs facteurs. Les adolescentes sont des individus généralement pauvres selon l'UNICEF. Cette situation combinée au handicap accentue la pauvreté des adolescentes handicapées. En résumé, elles sont pauvres et ont pourtant des besoins à subvenir. La majorité de celles interrogées se sont plaintes du cercle vicieux de la pauvreté dont elles sont victimes. Prenons le cas des serviettes hygiéniques.

Au Sénégal, en fonction des zones, le paquet de serviettes hygiéniques le moins cher revient à 800 frs et contient en général 10 serviettes au total. En général, la durée des menstruations varie d'une femme à une autre et va de 3 à 7 jours selon une sage-femme. Durant ces menstruations, il faut avoir une bonne hygiène menstruelle. Ainsi, pour cela, la durée d'utilisation d'une serviette doit se limiter à 4h de temps. Ceci donne en moyenne 6 serviettes hygiéniques par jour et en moyenne un budget de 2400 FCFA par mois pour l'achat des paquets. Toutes les adolescentes handicapées interrogées n'ont même pas de quoi se payer un paquet de serviettes hygiéniques. Elles se le procurent soit grâce à l'argent de la mendicité soit grâce au soutien familial. Le quart des adolescentes ciblées ont affirmé souffrir de règles douloureuses lors de leurs menstruations. Ces règles douloureuses peuvent dans certains cas être liées à des maladies sous-jacentes et peuvent avoir des conséquences sur le plan social également. Mais, faute de moyens, elles n'envisagent même pas d'aller consulter chez la sage-femme. Une adolescente avec un handicap visuel soutient à ce propos: “ *Je vis de la mendicité. J'appréhende*

énormément l'arrivée de mes menstruations à cause de la douleur et de l'inconfort qu'elles suscitent en moi. J'utilise en général un paquet de serviettes hygiéniques lors de mes menstruations. Parfois, je n'ai même pas l'argent pour m'en acheter un et dans ces cas, j'utilise des morceaux de tissus réutilisables et je m'en contente". Ces conditions peuvent avoir des répercussions très graves sur la SSR de ces adolescentes.

L'éducation est également un facteur très important à ne pas oublier. L'école est en effet un excellent moyen d'en apprendre un peu sur la SSR grâce à des curricula fournis en rapport avec la SSR. Parmi les 21 adolescentes handicapées, seules trois d'entre elles sont scolarisées: l'une s'est arrêtée en sixième et les deux sont inscrites à l'école franco-arabe. L'une a récemment été obligée d'arrêter à cause de la peur des parents avec l'approche des élections. Selon eux, elle encourt des dangers (enlèvement, meurtre, sacrifice etc.) en rapport avec son handicap mental.

Celles qui ont abandonné l'école l'ont fait pour trois raisons généralement : l'insécurité, la pauvreté et la stigmatisation. Malgré les dispositions prises aux articles 13 et 15 de la loi d'orientation sociale, les adolescentes handicapées peinent jusque-là à fréquenter les établissements scolaires et leurs handicaps restent incompris. D'après l'article 13, les organismes publics et privés d'information et de communication diffusent des programmes de sensibilisation sur les causes du handicap et leurs conséquences. Les campagnes médiatiques relatives à la prévention du handicap sont assurées gratuitement par les médias publics. Quant à l'article 15, il dispose que l'Etat : « *garantit le droit à l'éducation, l'enseignement, la formation et l'emploi pour les personnes handicapées. Les enfants et adolescents handicapés ont droit à une éducation gratuite en milieu ordinaire autant que possible dans les établissements proches de leur domicile* ». Les personnes handicapées sont souvent victimes de moqueries, de discrimination et de stigmates. C'est en partie à cause du manque de sensibilisation, de connaissances et de compréhension sur le handicap.

En outre, la sous-exploitation des instruments de la politique de SSR des adolescentes handicapées enfonce leur difficile accès jusque-là aux services de santé.

Section 2 : La sous-exploitation des instruments de la politique de SSR des adolescentes handicapées

La promotion et la protection des personnes handicapées sont garanties par la loi. Il en va de même pour la santé. Au Sénégal, des dispositions sont adoptées que ce soit pour la question du handicap ou de la SSR des jeunes ou adolescents. Dans le domaine spécifique de la santé, de nombreux programmes de prévention et de lutte contre les conséquences de la SSR ont été mis en place également. En effet, l'investissement dans la santé des jeunes est une opportunité pour atteindre les objectifs de développement durable (ODD). D'où l'option prise par l'Etat du Sénégal de faire de la santé de l'adolescent(e) « *une priorité de premier ordre, matérialisée à travers la promotion du capital humain de qualité, un des piliers fondamentaux du Plan Sénégal émergent (PSE)* ». La volonté politique exprimée par les pouvoirs publics dans ce domaine s'est matérialisée notamment par l'élaboration et la mise en œuvre de documents cadres de référence, dont le Plan national de développement sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028, qui prend en compte la problématique de la santé des adolescents et des jeunes. N'empêche, il existe une application déficiente de la réglementation autour du handicap et de la SSR des adolescentes au Sénégal (**Paragraphe 1**) et des problèmes de financement du secteur de la SSR (**Paragraphe 2**).

Paragraphe 1 : L'application déficiente de la réglementation (en vigueur) autour du handicap et de la SSR des adolescentes au Sénégal

La réglementation s'intéressant à la situation des personnes handicapées et à la SSR est énorme. Elle existe au niveau international, régional, sous-régional, national, sectoriel etc.

Concernant le handicap, au niveau international, on peut citer entre autres : la convention relative aux droits des personnes handicapées⁵³. Le Sénégal l'a ratifié. Dans cette convention, l'attention a été portée exclusivement sur l'inclusion et l'intégration des personnes en situation de handicap.

⁵³ Convention relative aux droits des personnes handicapées.

C'est au niveau du 25^{ème} article que le point sur la santé est abordé. Ainsi, « *Les États Parties reconnaissent que les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap* ». Ils fournissent « *aux personnes handicapées des services de santé gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes, y compris des services de santé sexuelle et génésique et des programmes de santé publique communautaires* ».

La santé génésique en effet, englobe « *la santé infantile et la santé au-delà des années de fécondité tant pour les femmes que pour les hommes* »⁵⁴. Elle comprend bien évidemment, « *la santé sexuelle* » également. Les cinq domaines de la santé génésique sont la procréation saine, la régulation de la fécondité, les comportements procréateurs sains, les comportements sexuels et le contexte socioculturel dans lequel ils ont lieu.

Au niveau régional, il existe un protocole à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des personnes handicapées en Afrique qui a proposé une esquisse de leurs droits. En se référant au protocole, toute personne handicapée a droit à un accès libre à l'environnement physique, aux transports, au langage des signes, au braille, à l'information, aux communications, à l'éducation etc.⁵⁵. Ceci grâce aux mesures efficaces et appropriées prises par les Etats parties pour faciliter la pleine jouissance des concernées de tous ces droits. Dans ce sens, toute « *personne handicapée a droit à un niveau de santé le plus élevé qu'il soit possible d'atteindre* » (Art 17) y compris donc à la santé sexuelle et reproductive. Les Etats s'assurent de fournir les services spécifiques à chaque handicap, d'interdire la discrimination à leur égard de la part des prestataires de service etc. En effet, ils veillent à ce que les jeunes handicapés puissent jouir pleinement des droits humains et des libertés fondamentales par la promotion de l'éducation à la santé sexuelle et reproductive. Les droits à la santé sexuelle et reproductive des filles et des femmes handicapées doivent également être garantis ainsi que leurs droits de conserver et de contrôler leur fécondité. Il est à préciser que le

⁵⁴ « Chronique ONU | La santé en matière de reproduction », https://www.un.org/french/pubs/chronique/2002/numero3/0302p43_reproduction.html, consulté le 1 novembre 2023 .

⁵⁵ Protocole à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des personnes handicapées.

Sénégal n'a ni signé, ni ratifié ce protocole, pour le moment. Le protocole n'est même pas encore entré en vigueur car le nombre de signatures requises (15) n'est pas encore atteint.

Il y a également la loi d'orientation sociale⁵⁶. Elle a été votée en 2010 par l'Assemblée Nationale. Cette loi garantit « *l'égalité des chances des personnes handicapées ainsi que la promotion et la protection de leur droit contre toute forme de discrimination* ». Un des principaux engagements pris à travers la loi d'orientation fut la délivrance des cartes d'égalité des chances aux personnes vivant avec un handicap. Cette carte leur permet d'accéder à des soins et à des transports subventionnés, et facilite leur accès à l'éducation, à la formation et à l'emploi. Selon cette loi, l'Etat garantit à la personne handicapée les soins médicaux nécessaires à sa santé physique et mentale. Ces soins sont gratuits pour les personnes handicapées nécessiteuses, souffrant d'invalidité sévère reconnue, dans les établissements médicaux de l'Etat et de ses démembrements.

S'agissant de la question sanitaire, au niveau international, les ODD, avec leur avènement, ont intégré les trois (3) dimensions du développement durable (économique, sociale et environnementale) en 2015. Ils devraient permettre d'éradiquer la pauvreté, de lutter contre les inégalités et l'injustice, et de faire face aux changements climatiques durant les quinze prochaines années. L'ODD 3 concerne la santé. Il vise à assurer la santé et le bien-être de tous. Ceci passe par l'amélioration de la santé procréative, maternelle et infantile, en réduisant les principales maladies transmissibles, non transmissibles, environnementales et mentales. Au niveau de la cible 3.7, c'est la question de la santé sexuelle et procréative qui a été abordée. Ainsi, le but est d'assurer d'ici à 2030 : « *l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux* ». Au niveau de la cible 3.8, le programme prévoit de faire « *en sorte que chacun bénéficie d'une couverture santé universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable* ».

Il y a également la déclaration d'Astana. Le Sénégal a souscrit à cet engagement

⁵⁶ Loi d'orientation sociale n° 2010-15 du 6 juillet 2010 relative à la promotion et à la protection des droits des personnes handicapées.

international relatif à l'amélioration du financement de la santé qui insiste davantage sur la construction des soins de santé primaires durables.

Au niveau national, le référentiel de la politique économique et sociale à l'horizon 2035 reste la stratégie, appelée « Plan Sénégal Emergent ». Ce Plan est décliné autour de 03 axes stratégiques : la transformation structurelle de l'économie et la croissance ; le capital humain, la protection sociale et le développement durable et la gouvernance, les institutions, la paix et la sécurité. Au niveau sectoriel, c'est lors du lancement de son deuxième plan d'actions prioritaires (PAP) qu'est élaboré le PNDSS 2019-2028. Ce programme vise la réalisation de plusieurs réformes dont : la réforme du financement de la santé à travers entre autres le lancement de la (CMU), l'élaboration de la Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS) pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) etc.

En outre, la loi n° 2005-18 du 5 août 2005 relative à la santé de la reproduction constitue une référence en matière de droit à la santé de la reproduction. Toutefois, le projet de décret d'application de cette loi n'est toujours pas finalisé. Cela, même s'il est prévu un renforcement du cadre institutionnel, législatif et réglementaire du secteur de la santé et particulièrement de celui de la SR⁵⁷. Selon cette loi, la SR est un droit fondamental et universel garanti à tout être humain sans discrimination fondée sur l'âge, le sexe, la fortune, la religion, la race, l'ethnie, la situation matrimoniale ou sur toute autre situation⁵⁸. Elle souligne l'importance d'améliorer l'accès à des informations et à des services de SSR de qualité pour les adolescents et pour les jeunes. Ces services de santé concernent l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation. Cela passe par la prévention et la résolution de problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. Ils recouvrent notamment la lutte contre les infections sexuellement transmissibles y compris le VIH/SIDA.

Toutes ces dispositions traduisent la volonté de construire un environnement sain pour toute la population. Un environnement où les barrières enlisant le handicap seraient éliminées.

⁵⁷ PNDSS

⁵⁸ LOI n° 2005-18 du 5 août 2005 relative à la santé de la reproduction

Ceci au niveau de l'accessibilité aux structures, de l'information aux soins de santé sexuelle et reproductive, de l'éducation, des communications, au financement des structures santé etc. Nonobstant la combinaison de ces efforts, la situation des personnes vivant avec un handicap stagne.

99% des cibles adolescentes interrogées disent n'avoir aucune connaissance de ces dispositions. Mais également, leur situation reste inchangée selon elles, même s'il existe alors des lois qui visent à améliorer leurs conditions d'existence. L'ignorance de ces réglementations réduit considérablement leur chance d'accéder à des SSP ainsi que de faire des revendications sur leurs droits.

La revue systématique⁵⁹ effectuée en Afrique subsaharienne montre que les personnes handicapées sont confrontées à une myriade d'obstacles du côté de la demande et de l'offre pour accéder aux soins de SSR. Les obstacles liés à l'inaccessibilité aux infrastructures ainsi qu'à la stigmatisation et la discrimination persistent jusque-là.

Le sous-financement du secteur de la santé sexuelle et reproductive constitue un réel obstacle à la prise en charge de la SSRA.

Paragraphe 2 : Les problèmes de financement du secteur de la SSR

Au Sénégal, le cadre de référence des politiques pour un Sénégal émergent à l'horizon 2035 est le PSE. Les objectifs du PSE déclinés en axes prioritaires sont :

- La transformation structurelle et la croissance;
- Le capital humain, la protection sociale et le développement durable;
- Le dernier axe est relatif à la gouvernance, aux institutions, à la paix et à la sécurité.

⁵⁹ Ganle John Kuumuori et al., « Barriers Facing Persons with Disability in Accessing Sexual and Reproductive Health Services in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review », *PLOS ONE* 15, n° 10 (12 Octobre 2020): e0238585, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238585>, consulté le 09/03/2023/.

Pour accéder à ces objectifs, le budget reste un meilleur allié, car il permet de prévoir le financement de ces objectifs. En 2023, le budget annuel du Sénégal s'élève à des milliards de francs CFA⁶⁰ (à peu près 7 mille milliards). Ce budget est réparti entre les 84 ministères existant au Sénégal. Les ministères de la santé et de l'action sociale et de la femme, de la famille et de la protection de l'enfant concernant notre objet d'étude s'élève respectivement à 270 milliards et 48 milliards approximativement⁶¹. Ce budget pour ces deux secteurs semble insuffisant vu la persistance des menaces qui pèsent sur la SSR des adolescentes handicapées. Les priorités du budget de la santé se basent sur cinq axes que sont :

- La modernisation du système de santé
- L'accélération des réformes en vue de la professionnalisation des personnels
- La transformation de la gestion des structures sanitaires
- La généralisation des processus de certification qualité des hôpitaux
- La mise en application des manuels de procédures harmonisés pour les autres structures de santé (centres de santé, postes de santé).

En effet, le financement de la santé joue un rôle crucial dans l'accès aux services de santé, la qualité des soins, l'équité et la protection financière de la mère, de l'enfant et de l'adolescent. Ces budgets ont peut-être concerné d'autres projets au niveau national. Toutefois, à Mbacké, par exemple, le district sanitaire reste jusque-là dans un piteux état et aucune modernisation n'a alors été entamée.

Le secteur de la santé au Sénégal fait face à des défis majeurs. Ces défis sont nombreux. Ils s'entremêlent et s'entrechoquent car une fois qu'un pan de la pyramide est touché, tout le reste suit. Les défis ont trait à la fonctionnalité des infrastructures sanitaires, des équipements, des structures de maintenance et des systèmes d'accueil et d'orientation des malades. Ils sont également liés à la disponibilité et à la fidélisation du personnel de santé, à la disponibilité géographique et à l'accessibilité financière des médicaments et produits essentiels de qualité. L'institutionnalisation des mécanismes d'achat stratégique pour accroître l'accessibilité et la qualité des services de santé constitue en soi un défi majeur. Enfin, d'autres défis sont relatifs

⁶⁰ Projet de loi de finances pour l'année 2023.

⁶¹ Ibid.

au développement du partenariat public privé et à l'application de critères objectifs d'allocation des ressources... selon le PNDSS (2019-2028)⁶². Ces défis peinent à être relevés car des problèmes de financement du secteur de la santé se posent.

D'autre part, malgré les progrès⁶³ réalisés dans le secteur de la santé de reproduction, maternelle, néonatale, infantile, adolescente et de nutrition (SRMNIA-N), le financement du secteur de la santé rencontre certaines difficultés, notamment :

- L'absence de stratégies inclusives sur les déterminants du système de santé ;
- La fragmentation des régimes d'assurance maladie et d'assistance médicale ;
- La faible proportion du budget de la santé ;
- L'exécution insuffisante du budget d'investissement ;
- Le non alignement de certains partenaires techniques et financiers ;
- La contribution élevée des ménages par le biais du paiement direct des dépenses de soins de santé.

Sur la période 2014-2021, par exemple, les ménages et les bailleurs externes sont les plus gros contributeurs des dépenses en rapport avec la santé de la reproduction. Le gouvernement du Sénégal contribue le moins. Selon le PNDSS, l'analyse situationnelle du financement du secteur révèle beaucoup de points à améliorer dont :

- La faible part du budget de la santé (8% du budget national) qui reste en deçà de la norme de 15% visée ;
- La faible contribution des collectivités territoriales dans le financement de la santé (1% du budget de la santé) notamment à cause de leurs ressources limitées etc.

Ainsi, les principaux défis en matière de financement restent liés à la maîtrise des

⁶² PNDSS 2019-2028.

⁶³ Note-politique sur le-financement de la sante de reproduction maternelle, néonatale et de nutritionSRMN-N_2014-2021, https://www.countdown2030.org/wp-content/uploads/2023/10/Note-politique-sur-lefinancement-de-la-sante-de-reproduction-maternelle-neonatale-et-de-nutrition-SRMN-N_compressed.pdf, consulté le 14 Octobre 2023.

coûts nécessaires aux gains d'efficacité. Ils constituent a priori, le premier accroissement du financement et le principal argument de plaider pour une allocation accrue de ressources au profit du secteur. L'autre défi est également lié à l'augmentation conséquente du budget de l'État consacré à la santé et l'action sociale. Le gouvernement pourrait ainsi s'engager sur une progression du budget de la santé et de l'action sociale vers un seuil plus élevé du budget national. La question d'une meilleure prévisibilité du financement extérieur se pose. En effet, les dépenses sur le secteur sanitaire sénégalais proviennent en grande partie des financements extérieurs, mais aussi des ménages. Dans ce sens, un autre défi relatif à l'allègement des dépenses de santé supporté par les ménages doit être pris en compte. Ce facteur enfonce les ménages dans le cercle infernal de la pauvreté. D'autres défis tels que:

- L'utilisation efficace des ressources disponibles, le développement de la CSU;
- L'amélioration de la mobilisation des ressources du secteur privé (RSE et capitaux privés);
- Le renforcement de la mutualisation des ressources des secteurs public et privé sanitaires;
- L'augmentation de la contribution des collectivités territoriales sur fonds propres dans le financement de la santé... traduisent la vision du Sénégal d'aller vers l'émergence à travers une société solidaire, ayant accès à des services de santé et d'action sociale de qualité, sans aucune forme d'exclusion selon le PNDSS.

En résumé, cette situation de sous-financement du secteur de la santé affecte directement la SSR des adolescentes. En effet, si les structures sanitaires sont sous-financées ou défectueuses, la nomenclature sanitaire va être touchée. La revue⁶⁴ des progrès en SRMNIA-N révèle plusieurs choses. Elle montre que le secteur de la santé est encore confronté à de nombreux défis car elle consacre une part relativement faible de son budget national à la santé. Le système de santé est sous-financé et cela a des répercussions (manque d'infrastructures adéquates, manque de personnel, qualité des services etc.). Cette situation a une conséquence directe sur la qualité des infrastructures, du personnel, des services et de la vie des usagers voire

⁶⁴ Rapport sur le financement de la Santé : Revue des progrès en matière de SRMNIA-N, https://www.countdown2030.org/wp-content/uploads/2023/10/Version-finale_Rapport-sur-le-financement-de-lasante_compressed-2.pdf, consulté le 12 décembre 2023.

des personnes handicapées. Fort de ce constat, un plaidoyer pour le financement de la santé par les Collectivités Territoriales et les Partenaires Techniques et Financiers est prévu dans le MSAS PNDSS.

L'analyse du caractère superficiel de la politique de SSR étant faite, c'est la complexité de la question liée à la SSR des adolescentes handicapées qui sera abordée.

Chapitre 2 : La complexité de la question liée à la SSR des adolescentes handicapées

Les adolescentes vivant avec un handicap rencontrent beaucoup de difficultés pour accéder aux services de santé. En dépit des **initiatives** prises par différents acteurs et adoptées par l'Etat sénégalais pour leur garantir un accès facile, la situation n'en reste pas moins stagnante. Jusque-là, elles ont du mal à se déplacer: pauvreté, ignorance des lois, absence de matériels spécifiques, stigmatisation, distance etc. Autant de facteurs qui s'emmêlent et qui creusent davantage leur vulnérabilité. Dans cette partie, ce seront les menaces liées à l'accès

aux structures de santé (**Section 1**) et les menaces relatives à la prise en charge (**Section 2**) qui feront l'objet d'analyse.

Section 1 : Les menaces liées à l'accès aux structures de santé

Les entretiens réalisés ont mis en lumière l'existence de plusieurs obstacles liés à l'accessibilité des adolescentes handicapées aux services de santé. Ce facteur revient énormément même au niveau des recherches déjà réalisées sur cette catégorie de la population. Il est lié à l'absence de mesures adaptées en rapport à l'accessibilité des adolescentes handicapées aux services de SSR (**Paragraphe 1**) et aux disparités socio-spatiales relatives aux soins de santé (**Paragraphe 2**).

Paragraphe 1 : L'absence de mesures adaptées relatives à l'accessibilité des adolescentes handicapées aux services de SSR

Le PNDSS vise plusieurs objectifs dont un qui est relatif à l'accessibilité. Il s'agit du résultat sectoriel n°3. Grâce à l'atteinte de ce résultat, « *la protection sociale en particulier des groupes vulnérables est améliorée à travers l'accessibilité aux services de santé et d'action sociale sans discrimination aucune* ».

Durant les dix dernières années, l'État du Sénégal a consenti des efforts notoires pour renforcer le système de santé et améliorer l'accès global des populations aux soins. Cela grâce à la construction, la réhabilitation et l'équipement des structures sanitaires de base et de référence. Dans la période 2011-2015, d'importantes réalisations ont été effectuées dont : l'achèvement des travaux de construction des hôpitaux de Diamniadio, Ziguinchor, Matam, Dalal djam, l'achèvement des centres de santé de Makacoulibantang, Saraya, Goudomp, Samine, Médina Gounass, Niakhar. Mais également l'acquisition d'équipements lourds au profit de certaines structures comme les générateurs d'oxygène dans 12 hôpitaux, des scanners au nombre de 13, 163 ambulances médicalisées dont la majorité a été affectée aux postes de santé etc. C'est salubre, mais les moyens d'accéder à ces services mériteraient d'être appliqués.

En effet, l'accessibilité physique et les obstacles à la communication constituent un

réel frein à l'accès des personnes handicapées aux structures de santé. *« J'éprouve énormément de difficultés pour accéder aux hôpitaux. Bien vrai qu'au niveau de la Croix-Rouge il n'y a pas besoin de construire des rampes, mais le trajet jusque là-bas est un vrai combat pour moi.*

J'habite un peu loin du poste mais j'y vais car le ticket de consultation et les médicaments y sont moins chers. Lorsque c'est la saison des pluies, je suis parfois obligée de faire de grands détours. C'est ma maman qui m'y accompagne souvent » affirme une enquêtée avec un handicap moteur habitant à Mbacké.

Une autre habitant à Diamaguène explique que : *« J'ai souvent du mal à l'hôpital. J'aurai aimé qu'il y ait au moins des rampes qui pourraient nous faciliter l'accès à mes semblables et à moi. J'aurais aimé aussi qu'il y ait des places pour les personnes handicapées au niveau des bus. Lorsque je dois prendre le bus, j'appréhende énormément car je suis souvent étouffée, j'y suis même tombée une fois. Je n'ai pas les moyens de prendre le taxi. Les chauffeurs de taxi eux-mêmes fuient quand ils voient que nous avons un handicap. Ils ne veulent pas avoir à s'occuper de nous, je les comprends d'ailleurs, mais ça me fait mal ».*

Pourtant, le Sénégal par le biais de la CDPH a pris diverses mesures pour garantir et assurer l'accessibilité aux services publics à toutes les personnes handicapées. Il s'agit en effet d'éliminer les obstacles et les barrières à l'accessibilité. Ainsi, afin de permettre aux personnes handicapées de vivre de façon indépendante et de participer pleinement à tous les aspects de la vie, *« les États Parties prennent des mesures appropriées pour leur assurer, sur la base de l'égalité avec les autres, l'accès à l'environnement physique, aux transports, à l'information et à la communication, y compris aux systèmes et technologies de l'information et de la communication, et aux autres équipements et services ouverts ou fournis au public, tant dans les zones urbaines que rurales ».* Egalement, dans la loi d'orientation sociale, l'Etat sénégalais a prévu des moyens pour prendre en charge ces préoccupations. Ainsi, l'Etat, *« les Collectivités locales et les Organismes publics et privés ouverts au public, adaptent, chacun dans son domaine, et selon les critères internationaux d'accessibilité, les édifices, les routes, les trottoirs, les espaces extérieurs, les moyens de transports et de communication, de manière à permettre aux personnes handicapées d'y accéder, de s'y déplacer, d'utiliser leurs services et de bénéficier de leurs prestations ».*

Treize ans après la promulgation de cette loi, l'accessibilité demeure un obstacle chez les personnes handicapées. Ce fléau se remarque davantage au niveau des zones rurales où le manque de moyens sévit les districts. Les obstacles se situent à la maison jusqu'aux structures de santé. Une enquêtée habitant Dakar soutient : *« Ma famille et moi habitons le deuxième étage. Nous sommes pauvres. Nous n'avons pas les moyens de louer un appartement au rez-de - chaussée pour le moment, ou d'en louer un où il y a un ascenseur. Lorsque je dois sortir, je suis toujours accompagnée par ma mère. C'est elle qui me porte pour me faire descendre ou monter les escaliers. Les rares fois où je sors, je suis toujours avec elle. Cela ne me plaît guère, elle se bat déjà assez comme ça pour nous, j'aurais aimé ne pas en rajouter ».*

Du côté des adolescentes, ayant un handicap visuel, le principal obstacle est l'absence d'autonomie. Lorsqu'elles vont dans un milieu inhabituel, elles ont besoin d'aide humaine pour y accéder. *« Les rares fois où je vais à l'hôpital, je me fais toujours accompagner »* affirme une adolescente vivant avec un handicap visuel. Elle ajoute : *« J'aurais préféré être libre dans mes mouvements et mes déplacements sans nécessiter l'aide de qui que ce soit. Mon bâton reste mon meilleur allié mais dans certaines circonstances, lui seul ne me suffit plus ».* La majorité des adolescentes interrogées n'ont jamais été scolarisées, elles ne peuvent donc pas recourir au braille en cas de besoins.

Pour le handicap auditif, le principal obstacle reste la communication. Un parent à ce niveau révèle que : *« ma fille reste une incomprise lorsqu'elle sort des murs de ces bâtiments. Lorsqu'elle va à l'hôpital, je suis obligée de l'accompagner sinon elle pourrait ne pas faire comprendre l'objet de sa visite. Les prestataires ne comprennent pas le langage des signes. Il n'y a pas de professionnels de langage des signes ».*

Les adolescentes et leurs parents disent souffrir de l'insuffisance et/ou de la mauvaise qualité des infrastructures de transport et du non-respect de la réglementation en la matière. Les pistes menant aux communes sont en très mauvais état et quelques fois impraticables. Les causes de l'aggravation de la situation des personnes vivant avec un handicap sont : le transport mixte, la circulation de véhicules défectueux, le manque de rigueur en matière de contrôle, le nombre élevé d'engins à deux roues pilotés par des individus n'ayant souvent aucune notion du code de la route.

Le cumul de ces différents éléments rend difficile le transport des personnes vivant avec un handicap et/ou leurs accès aux soins de santé. L'accessibilité physique est donc déterminante dans le choix de l'établissement. Dans certains cas, les moyens de transport (vélo, moto) sont inappropriés pour certains types de handicaps et dans certaines zones. A Touba, par exemple, les femmes ont interdiction de monter sur un vélo ou sur une moto. Elles doivent ainsi se contenter des bus ou des voitures appelées "Mbacké-Touba", nonobstant, l'insécurité à laquelle elles font face à cause de l'indiscipline des apprentis ou des chauffeurs. Ces facteurs réduisent drastiquement l'accessibilité aux structures dont les conditions sont acceptables.

En outre, le degré du handicap définit le degré d'accessibilité aux structures. Par exemple, les personnes avec un handicap moteur peu sévère ou avec un handicap auditif sont celles qui éprouvent le moins de difficultés à se déplacer. Les adolescentes qui ont des difficultés à se déplacer comme celles avec un handicap visuel ou avec un handicap moteur sévère quant à elles, restent complètement dépendantes des autres.

A ces difficultés d'accès s'ajoutent des disparités socio-spatiales.

Paragraphe 2 : Les disparités socio-spatiales relatives à l'accessibilité aux soins de santé

L'accès aux soins est une dimension importante pour la prévention et la lutte contre la maladie, car les services sanitaires jouent un rôle de prévention voire de guérison. Mais cet accès est souvent asservi à plusieurs contraintes dont par exemple l'accessibilité géographique. L'accessibilité géographique aux structures de santé constitue un énorme frein dans l'usage des offres de services chez les personnes handicapées. Lorsqu'elle est combinée au niveau de vie, elle constitue un double handicap. En effet, le milieu urbain est généralement mieux équipé en structures sanitaires que le milieu rural. Les inégalités relatives à l'accessibilité géographique à l'offre de soins sont sources de griefs politiques surtout de la part des quartiers pauvres⁶⁵. Au

⁶⁵ Ndonky Alphousseyni et al., « Measure of geographic accessibility to health care services in Dakar urban area », *Cybergeo: European Journal of Geography*, 2015, <https://doi.org/10.4000/cybergeo.27312>, consulté le 09/10/2023.

niveau même de Dakar, ce facteur d'inégalités est bien réel et se fait sentir davantage au niveau de la banlieue où accessibilité géographique et niveau de vie précaire se heurtent.

Selon l'UNICEF, le bien être des jeunes sénégalais est menacé par la pauvreté et les privations, les inégalités entre les sexes, les bouleversements économiques et d'autres formes de discrimination. En effet, le niveau de vie joue un rôle extrêmement important dans la compréhension des disparités liées à l'accessibilité aux soins de santé. Les adolescentes handicapées sont généralement des personnes pauvres. Elles n'ont en général pas de travail et subissent alors le lourd fardeau d'avoir un environnement qui enfonce leur situation. Elles se confrontent inévitablement à la faible et difficile accessibilité. Selon Abdou Karim Gueye et Pape Salif Seck⁶⁶, l'accessibilité financière pose problème, car les individus et les ménages se retrouvent dans un cercle infernal de pauvreté chronique. De toutes les personnes interviewées, aussi bien le personnel médical, les acteurs non étatiques que les malades et accompagnants, il ressort d'énormes difficultés pour régler la question financière. Cet état de fait combiné à la distance à parcourir pour atteindre les structures sanitaires rend la situation plus contraignante pour les adolescentes handicapées. Dans l'article⁶⁷ de Soulé et Sonko portant l'accès des jeunes femmes handicapées aux services de SSR de nombreuses participantes ont décrit les longues distances jusqu'aux établissements de soins de santé comme un obstacle à l'accès aux services et aux informations sur la SSR. Ces difficultés ont des répercussions sur la prise en charge de la santé de manière globale des personnes qui sont pauvres et pour qui les structures de santé sont éloignées. Cette situation s'accroît si la personne en soi vit avec un handicap. Le manque de moyens combiné à la difficulté d'accès due à la distance exacerbe la vulnérabilité de cette catégorie de la population. Une étude⁶⁸ sur l'accessibilité géographique au Sénégal a montré qu'en moyenne, un individu parcourt en moyenne 29 km pour arriver à une structure sanitaire. D'après l'auteur, malgré la platitude du relief et la faible superficie nationale (un peu moins de

⁶⁶ Gueye A Karim, « ETUDE DE L'ACCESSIBILITE DES POPULATIONS AUX SOINS HOSPITALIERS AU SENEGAL », 2009, 41p, [ETUDE DE L'ACCESSIBILITE DES POPULATIONS AUX SOINS HOSPITALIERS AU SENEGAL \(plateforme-ane.sn\)](#), consulté le 10/11/2023.

⁶⁷ - ⁶⁷ Soule Olivia et Sonko Diatou, « Examining Access to Sexual and Reproductive Health Services and Information for Young Women with Disabilities in Senegal: A Qualitative Study », *Sexual and Reproductive Health Matters* 30, n° 1 (31 décembre 2022): 2105965, <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2105965>, consulté le 05/03/2023.

⁶⁸ Khaliloulah Ibrahima, « Accessibilité géographique des structures sanitaires au Sénégal Geographic accessibility of healthcare services in Senegal », *Annales des Sciences de la Santé* 1, n° 10, 2016, 16p.

193 000 km²) et un système de santé organisé, le Sénégal traîne encore des problèmes d'accessibilité géographique aux structures sanitaires. Ce problème touche aussi bien les vastes régions que les petites. Il propose ainsi l'implantation optimale des infrastructures par la prise en compte de la distance et pour une réduction des inégalités. La réduction de ces inégalités passe également par la construction de structures sanitaires.

La distance physique est souvent utilisée pour définir l'accessibilité, car elle permet une interprétation plus intuitive de la notion d'obstacle. Une sage-femme à Mbacké nous partageait son ressenti par rapport à la situation de certaines femmes handicapées. Elle dit à ce propos: “ *La plupart d'entre elles ont des bassins asymétriques. Lors de leur accouchement par exemple, on est obligés de les transférer à l'hôpital Janatou ou à l'hôpital Ndamatou pour leur prise en charge*”. Elle poursuit pour dire qu'il est difficile pour elles de venir jusqu'au district à cause de la distance qu'elles parcourent, mais qu'elles ne peuvent faire autrement car en matière de prestations le district est plus abordable pour elles. Parmi les enquêtées, certaines ont avoué qu'à cause de la distance, elles sont obligées de monter sur les charrettes d'âne pour parvenir à l'hôpital.

Pour toutes les personnes rencontrées, la distance séparant le domicile du centre de soins constitue un des facteurs limitant l'utilisation des services sanitaires. Il y a des zones où les moyens de transport sont presque inexistantes. Ainsi, la distance devient alors un critère d'éligibilité pour certaines personnes ayant un handicap. Elles déclarent choisir, en cas de maladie et/ou d'urgence, une structure de soins en fonction de la proximité par rapport au domicile et aux coûts qu'elle pratique. Selon Eva BURKE et Fatou KEBE : « *Lack of confidentiality and anonymity, and distance were identified as key barriers to accessing SRH services, as well as provider attitudes* ».

Dans toutes les régions, les distances qui séparent les centres de santé aux villages sont souvent importantes.

La dimension sécuritaire mérite également réflexion dans le cadre de l'étude des disparités socio-spatiales. En effet, à l'absence de moyens financiers et à la distance géographique s'ajoute la question de la **sécurité**. La sécurité est une conséquence directe des problèmes liés à la distance. Selon une maman, il y a: “ *une raison pour laquelle on va rarement nous faire consulter mes filles et moi. Cette raison est liée à l'insécurité. Mes filles sont sourdes et la route menant au district est déserte et dangereuse. Lorsqu'on veut aller à la case de santé*

ou au marché, on est obligées d'y aller en groupe pour éviter les abus et les agressions. D'ailleurs, on s'y rend uniquement en cas d'urgence".

En 2023, afin de continuer à améliorer les conditions de vie des populations, le gouvernement a plusieurs priorités relatives à l'agriculture, à l'assainissement ... ainsi qu'à la sécurité. En vue d'apporter une réponse à la question sécuritaire, il a pris bon nombre de dispositions notamment par:

- Le renforcement de la sécurité sur les axes et corridors routiers par la création de brigades mixtes de contrôle (police, gendarmerie, douanes, eaux et forêts) ;
- L'intensification de la lutte contre l'insécurité au niveau des communes et agglomérations par l'installation des caméras de surveillance ;
- La mise en place d'une plateforme interministérielle au sein de l'Office central pour la Répression du Trafic illicite des Stupéfiants (OCRTIS) ;
- La densification du maillage territorial (érection d'unités de sécurité publique, de brigades de sécurité routière avec la création d'une section de recherches par légion territoriale, d'une compagnie de gendarmerie et d'une brigade de recherche par département, d'une brigade ou d'une communauté de brigade pour chaque arrondissement...) ; etc.

Paradoxe ou défaillance? Qu'importe, mais la combinaison pauvreté, distance géographique et défaillance sécuritaire en révèle beaucoup sur les disparités socio-spatiales relatives à la santé sexuelle et reproductive des adolescentes handicapées. Outre ces disparités, il existe des menaces liées à la prise en charge de la SSR des adolescentes handicapées.

Section 2 : Les menaces liées à la prise en charge de la SSR des adolescentes handicapées

La prise en charge de la santé sexuelle et reproductive des adolescentes handicapées nécessite la réunion d'un certain nombre de facteurs. Ces facteurs combinés fournissent aux adolescentes un paquet de services de qualité satisfaisante. Toutefois, l'absence de personnel pour la prise en charge de la SSR des adolescents (**Paragraphe 1**) et le manque de matériels spécifiques pour la prise en charge (**Paragraphe 2**) ne favorisent pas l'accès aux offres de services en SSR.

Paragraphe 1 : L'absence de personnel (qualifié) pour la prise en charge de la SSR des adolescentes handicapées

Au point c de la cible 3.9 des ODD, la question du personnel a été abordée. A ce propos, il s'agit d'accroître *“considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement”*. Egalement, d'après l'article 14 de la loi d'orientation sociale, *« L'Etat met du personnel qualifié à la disposition des institutions de prise en charge des personnes handicapées ... »*. Parmi ces institutions, il y a les structures prenant en charge la SSR.

De manière générale, l'accès aux services est très difficile pour les personnes handicapées. Par rapport au reste de la population, elles jouissent d'une moins bonne santé, elles ont un niveau d'instruction plus faible, leur participation économique est réduite et elles sont plus pauvres. Elles sont deux fois plus nombreuses à juger que les établissements de santé et les compétences des prestataires de soins répondent mal à leurs besoins. Elles sont également trois fois plus nombreuses à déclarer se voir refuser des soins et quatre fois plus nombreuses à faire état de mauvais traitements⁶⁹.

Bon nombre d'études ont fait part des plaintes des personnes handicapées vis-à-vis des prestataires de service au niveau des structures de santé. Dans *« Barriers facing persons with disability in accessing sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: A systematic review »*, l'attitude incongrue des prestataires vis-à-vis des usagers a été signalée dans beaucoup d'articles recensés pour la revue. Ces obstacles comprennent entre autres :

- Mauvaises relations interpersonnelles entre les personnes handicapées et les prestataires de soins de santé ;
- Manque de connaissances ou capacités limitées du personnel sur les questions de SSR des personnes handicapées ;
- Insensibilité et attitudes négatives du personnel de santé envers les personnes handicapées ;

⁶⁹ Rapport du Secrétariat, « Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées », 2014.

- Discrimination contre les personnes handicapées par les prestataires de soins de santé etc.

Ce même constat relatif aux comportements des fournisseurs a été relevé dans l'article⁷⁰ de Molalign B. Adugna. Dans cet article, les recherches ont révélé que l'attitude des professionnels de santé et leur manque de formation et de qualification constituaient l'un des obstacles majeurs à l'accès des jeunes handicapés aux services de santé en général.

Donc, non seulement ils sont déjà discriminés par rapport à l'accès à ces structures faute d'architecture adaptée mais il s'y ajoute alors le manque de qualification et de professionnalisme de certains prestataires de service. A ce titre, une adolescente atteinte de nanisme partageait son expérience lors d'une de ses consultations avec un prestataire « désagréable » à son égard. Elle raconte : « *J'étais partie à une consultation chez le médecin, à un moment donné, il me demande de m'allonger sur le lit pour m'ausculter. Vous voyez vous-mêmes que je suis de petite taille. Figurez-vous qu'il s'est moqué de moi lorsque je lui ai fait la remarque selon laquelle je ne peux pas, sans support, monter sur le lit. Il m'a dégoûtée à ce moment et cela a fini en disputes* ». En effet, le handicap nécessite une prise en charge un peu particulière.

De manière générale, les personnes comme les déficients mentaux ont par exemple besoin de personnels qualifiés, conscients de leur maladie et capables d'interagir avec elles. Cela dans le but de répondre à leurs besoins en matière de santé. La même règle s'applique aux autres types de handicap. Qu'il s'agisse des déficients auditifs, des déficients moteurs ou des déficients visuels, les besoins en personnel qualifié sont identiques. Les déficients auditifs, nécessitent dans ce cas des prestataires capables de communiquer avec eux en utilisant si la situation l'impose le langage des signes. Pour ce qui est des déficients moteurs, ils doivent pouvoir se sentir à l'aise, en confiance et en sécurité lors de leurs consultations. Dans les cas de déficience sévère, des soins à domicile peuvent être envisagés en dépit de la situation financière.

⁷⁰ Adugna Molalign B et al., « Barriers and facilitators to healthcare access for children with disabilities in low and middle income sub-Saharan African countries: a scoping review », *BMC Health Services Research* 20, n° 1, 2020, 15p, <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4822-6> , consulté le 30/05/2023.

Les déficients visuels eux auraient besoin d'un personnel patient, compréhensif comprenant les enjeux autour de ce handicap.

Ces règles s'appliquent dans la vie de tous les jours, à l'hôpital, au niveau des transports, dans les lieux d'enseignements, au travail etc. Ces aménagements sont à considérer plus spécialement dans les services de SSR car aborder des sujets relevant de ce domaine sont parfois de l'ordre du sensible dans beaucoup de cas.

Une discussion avec des jeunes femmes handicapées racontant leurs expériences lors de leur grossesse est une preuve tangible du manque de professionnalisme de certains prestataires. En effet, l'une d'entre elles raconte : « *J'étais à l'hôpital pour une consultation prénatale lorsqu'une infirmière me disait ô combien elle était choquée de voir une femme en fauteuil roulant enceinte* ». Ces types de réactions sont malheureusement le quotidien de beaucoup de femmes handicapées.

Les professionnels de santé peuvent être soit des facilitateurs soit des obstacles à la prestation de services en SSR. Il est donc essentiel de former si nécessaire tout le personnel de la structure sanitaire en passant du gardien et des techniciens de surface à l'entièreté du personnel médical. En ce sens, ils pourraient être mieux outillés pour comprendre le handicap. Par conséquent, ils peuvent fournir aux jeunes des informations et des services de SSR appropriés. Ceci dans le but de maintenir leur bon état de santé sexuelle et reproductive et de les protéger des conséquences fâcheuses telles que les grossesses non désirées, les IST et le VIH etc.

La confidentialité est également un élément clé, incontournable qui peut engendrer s'il fait défaut, une méfiance, une rétraction de la part des usagers des services. Comprenant l'importance de cet élément, le législateur sénégalais a pris des précautions allant dans ce sens. Ainsi, à l'article 8 de la loi sur la santé de la reproduction de 2005, il dispose : « *Le personnel intervenant dans le domaine de la santé de la reproduction est tenu de se soumettre aux normes de compétence, aux protocoles de services et aux règles de déontologie afférentes à sa profession ou à son activité* ».

Pourtant, ce facteur lié à la confidentialité est revenu énormément dans les recherches

relatives à l'accès aux offres en SSR. L'absence de jugements, les coûts abordables et la confidentialité constituent des facteurs facilitant davantage l'accès. Dans « *Barriers facing persons with disability in accessing sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa : a systematic review* », le manque de confidentialité et de services confidentiels au point d'accès a été répertorié parmi les 33 obstacles entravant l'accès à l'information et aux services de SSR chez les personnes handicapées.

Lors des entretiens avec les sages-femmes, le faible effectif de personnel médical a été également évoqué. Pour reprendre les propos d'une d'entre elles : « *Ici, on est en sous-effectif, je suis la seule sage-femme que l'Etat a engagé. C'est moi qui fait tout le travail. J'étais obligée de demander au comité de santé d'en recruter une autre pour alléger un peu les tâches. Je suis tout le temps au poste. Je suis revenue de mon congé de maternité après seulement deux mois de « repos » faute de personnel* ».

La question des ressources humaines compétentes et en nombre suffisant selon les spécialités s'est toujours posée dans le secteur de la santé. A tous les niveaux de la pyramide sanitaire, le constat est le même. Le problème se pose d'ailleurs avec plus d'acuité en milieu rural et dans les structures hospitalières régionales en dépit des efforts consentis par l'Etat. Il ressort que la problématique des ressources humaines se pose principalement à deux niveaux. D'abord dans la formation à cause du faible nombre d'admis dans les diverses structures et surtout au niveau universitaire. Ensuite, il y a l'absence d'une politique de recrutement axée sur les besoins réels en personnel et la nécessité d'une répartition géographique. Les zones enclavées souffrent d'un déficit chronique malgré quelques initiatives prises pour motiver le personnel dans les zones difficiles selon le PNDSS de 2019-2028.

Le manque de matériels est également un facteur perturbant la fourniture de services de qualité en SSR chez les adolescentes handicapées.

Paragraphe 2 : Le déficit de matériels spécifiques pour la prise en charge

Le secteur de la santé est sous-financé (cf. les problèmes de financement du secteur de la santé). Il peine à tenir debout malgré les trois sources de financement des structures sanitaires à savoir :

- Le budget de l'Etat (salaires, primes, subventions; frais de fonctionnement, approvisionnement en équipements et médicaments) ;
- Les ressources générées par les structures elles-mêmes (consultations, hospitalisation, vente des médicaments);
- Les appuis des PTF et divers.

Ce déficit de financement n'est pas sans conséquences: manque d'infrastructures, vétusté des appareils, problèmes de maintenance et de réparation etc. En effet, l'accès aux soins de qualité passe nécessairement par une disponibilité d'infrastructures et surtout d'équipements adéquats.

Le financement et les ressources limités ont un impact négatif sur les soins prodigués aux personnes handicapées. Autrement dit, en raison d'un financement limité, elles font face à des barrières. Elles ont un accès limité à des services efficaces en raison du manque de personnel, des ressources de mauvaise qualité et du vieil équipement selon un prestataire de service. D'après lui, les matériels sont souvent insuffisants et il n'y a pas une planification dans le renouvellement des équipements, qui de ce fait deviennent obsolètes. Ainsi, les hôpitaux, en général, souffrent d'une insuffisance d'équipements. Certaines femmes sont obligées par exemple d'aller à l'hôpital Philippe Senghor lors de leur accouchement vu que le poste de santé de Yoff Apepsy à Dakar par exemple ne dispose pas d'une salle d'accouchement. Ce déficit constaté s'accompagne souvent d'un décalage par rapport aux progrès réalisés dans le monde en termes d'équipement médical.

Dans ce sens, la dimension maintenance doit être prise dans tous ses aspects y compris la formation continue des techniciens. Cette dimension constitue un des grands problèmes dont souffrent les hôpitaux. Bien qu'elle soit perçue par tous, aucun établissement n'est parvenu à le maîtriser. Les hôpitaux commencent à avoir des problèmes lorsque leurs équipements tombent en panne. Parfois les pièces de rechange ne sont parfois plus disponibles sur le marché. Ainsi, les hôpitaux continuent à travailler avec des équipements obsolètes. Les conséquences de cette

situation sur la qualité des services sont majeures. Par exemple, lorsque des équipements sont en panne, des diagnostics peuvent se révéler imprécis. Ceci est en partie lié au fait que les bailleurs de fonds sont à même de financer une réhabilitation, mais sont dans l'impossibilité de financer (en dehors des aides budgétaires) des charges de maintenance.

Par conséquent, les structures de prise en charge des malades souffrent de nombreuses carences dont entre autres : des équipes d'accueil peu ou mal préparées à la prise en charge des adolescentes handicapées, un équipement insuffisant, toilettes inadaptées etc. Selon une sagefemme, parfois le personnel fait face à un manque criard de matériels. Elle ajoute: *“c'est moi même qui ai acheté la boîte d'accouchement et la balance. L'aspirateur pour le nouveau-né m'a été offert par une connaissance, j'ai même eu à utiliser un stéthoscope pour sauver des bébés avant. On a qu'un seul lit sur trois qui répond aux normes de santé alors qu'on peut recevoir parfois jusqu'à 50 accouchements dans le mois. Il y a quelques années de cela, on recevait jusqu'à 100 accouchements par mois. Nous ne sommes pas en mesure d'assister une femme handicapée en salle d'accouchement. On est parfois obligés de solliciter les délégués médicaux pour pouvoir obtenir certaines fournitures”*.

Durant les dix dernières années, l'État du Sénégal a consenti des efforts notoires pour renforcer le système de santé et améliorer l'accès global des populations aux soins : construction, réhabilitation et équipement des structures sanitaires de base et de référence. Dans la période 2011-2015, d'importantes réalisations ont été effectuées dont : l'achèvement des travaux de construction des hôpitaux de Diamniadio, Ziguinchor. Malgré ces réalisations, le secteur de la santé et de l'action sociale continue à être confronté à un problème en infrastructures. Les indicateurs de couverture montrent une répartition inégale des infrastructures sur le territoire national. D'un autre côté, le système de maintenance des équipements et du matériel s'avère peu performant, entraînant des pannes fréquentes des appareils, compromettant ainsi la continuité des services selon le PNDSS. Ainsi, prenant en compte cette réalité, le PNDSS en sa ligne 22 a établi plusieurs mesures qui reviennent exclusivement sur comment relever ce défi. Parmi ces mesures, il y a le renforcement de la maintenance, des infrastructures, de la logistique et des équipements à tous les niveaux. Dans une optique d'assurer cette maintenance, il faut :

- Accompagner les nouvelles acquisitions de plans de maintenance préventive ;

- Renforcer la dotation des services de santé et d'action sociale en logistique et en maintenance ;
- Renforcer la Direction en charge des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance (DIEM), dans sa mission d'acquisition, de maintenance et de gestion de l'amortissement des équipements et de la logistique ;
- Trouver des mécanismes innovants et pérennes de financement de la maintenance ;
- Externaliser si nécessaire la maintenance des équipements lourds et complexes (contrats de maintenance) ;
- Elaborer une stratégie de mise en œuvre de la politique de maintenance etc.

La SSR des adolescentes en général souffrent de plusieurs anomalies en rapport avec son institutionnalisation et à la complexité de la situation de celles vivant avec un handicap. Cet étau se resserre également en raison du déficit de contextualisation sociale de la politique en lien avec la SSR des adolescentes handicapées.

Deuxième partie : Les problèmes dans la réception sociale de la politique relative à la SSR des adolescentes handicapées

La politique relative à la SSR des adolescentes souffre de bon nombre de négligences. Ces négligences se ressentent à travers la conception et l'élaboration des dispositions, mais également au niveau des paradoxes qu'elles créent. Ce défaut d'effectivité est en partie lié à la faible intériorisation de l'idéologie relative à la SSR des adolescentes (**Chapitre 1**) ainsi qu'à la faible mobilisation des acteurs pertinents en lien avec la SSR des adolescentes handicapées (**Chapitre 2**). En effet, chaque entité a une manière bien à elle de fonctionner et de penser. Au Sénégal, la lutte pour l'expansion de la SSR des adolescentes est un combat, en partie porté par les organismes internationaux. Du côté des autres acteurs pertinents, le combat a des échos quasi inexistantes. Les croyances culturelles et religieuses constituent en réalité de réelles entraves à cet objectif.

Chapitre III : La faible intériorisation de l'idéologie relative à la SSR des adolescentes handicapées

Selon Adam Schaff, l'idéologie est un système d'opinions qui, en se fondant sur un système de valeurs admis, détermine les comportements et les attitudes des hommes à l'égard des objectifs souhaités du développement de la société, du groupe social ou de l'individu⁷¹. Autrement dit, l'idéologie revêt en quelque sorte une dimension à la limite normative, tant elle est comme un vecteur de la conduite à tenir dans une société donnée. Dans ce cadre, l'idéologie de la communauté internationale relative à la SSR peut donc se heurter à celle de la société sénégalaise dans la mesure où l'idéologie ne renferme pas forcément un caractère universel. Dans cette partie, ce sont les méfiances à l'endroit des questions relatives au genre et à la sexualité (**Section 1**) et les résistances socio-culturelles concernant la SSR des adolescentes handicapées (**Section 2**) qui seront abordées.

Section 1 : Les méfiances vis-à-vis des questions de genre et de sexualité

De manière générale, les questions relatives au genre et à la sexualité sont problématiques et sensibles. L'évolution de leur application ne fait pas forcément l'unanimité. Le concept de genre envahit les agendas et suscite de l'indignation voire même de la crainte chez certains. D'autre part, la question de la sexualité est devenue un enjeu d'ordre international voire national. La plupart des cas, elle relève de l'intime donc l'aborder peut susciter de la gêne car elle a un caractère tabou. Les deux concepts sont provocateurs. L'interaction entre le genre et la sexualité permet de saisir davantage les stéréotypes sur la SSR des adolescentes handicapées. Donc, la problématique autour du concept de genre au Sénégal (**Paragraphe 1**) et

⁷¹ Schaff, Adam. « La définition fonctionnelle de l'idéologie et le problème de la « fin du siècle de l'idéologie » ». *L'Homme et la société* 4, n° 1, 1967, 59p. <https://doi.org/10.3406/homso.1967.1022>, consulté le 15/11/2023.

le tabou autour de la question de la sexualité au Sénégal (**Paragraphe 2**) sont la perspective d'analyse dans cette partie.

Paragraphe 1 : La problématique autour du concept de genre au Sénégal

La théorie du genre est la nouvelle idéologie qui sert ouvertement de référence à l'ONU et à ses diverses agences, en particulier à l'OMS, à l'Unesco etc. Dans les projets de lois, dans les politiques ou programmes, la dimension genre est intégrée au niveau de tous les engagements pris envers l'égalité des sexes. Ainsi, l'égalité des sexes en tant que telle constitue un objectif de développement global à long terme.

Le genre est un concept sociologique. Il renvoie à la classification sociale et culturelle entre le masculin et le féminin. Autrement dit, le concept suppose que le rapport entre les femmes et les hommes vient d'une construction qui relève d'un processus de socialisation. Selon la féministe Simone de Beauvoir, « *on ne naît pas femme : on le devient* ». Cette citation définit parfaitement une compréhension simple et intelligible du terme genre. En fait, le genre désigne un système de catégorisation des rôles masculins et féminins prédéfinis par une société donnée. Il est originellement inextricable du féminisme.

D'ailleurs, il est tout d'abord apparu dans les « *women's studies* » (études des femmes) pour discuter des rapports entre les sexes. Il a ainsi permis aux féministes de montrer que le sexe est une donnée invariante et qu'en revanche, le genre se réfère aux rôles et responsabilités des femmes et des hommes. Ces rôles subissent l'influence des perceptions et attentes qui découlent de facteurs tels que : la culture, la politique, l'économie, la religion, l'écologie, la société etc. Cependant le genre ne peut se limiter qu'à cela. Il a inclus en cours de route les luttes de la communauté LGBTQIA+ dans la mesure où il rassemble ceux qui refusent la distinction homme/femme. Judith Butler envisage à cet effet le genre, non plus de façon binaire, mais comme une variable fluide permettant d'élargir la recherche aux homosexuels, lesbiennes, transgenres etc.

Le concept de genre occupe l'espace public depuis un certain temps. Un peu partout dans le monde, des luttes anti-genre voire anti féministes voient le jour. Elles sont portées par des

individus qui pensent que le genre pervertit la société. Tout s’y rejoint : féminisme, avortement médicalisé, perversion des adolescents, sexualité, LGBTQIA+ etc.

Le genre tient en haleine la communauté. En effet, il est devenu un concept fourre-tout et chacun y va de sa compréhension. L’instauration des droits reproductifs et sexuels comme normes globales et l’internationalisation du genre comme dispositif d’action publique à partir des années 1990 avec les conférences onusiennes du Caire et de Pékin a instauré un climat de tension. Ce phénomène n’est pas propre à l’Afrique.

Depuis une vingtaine d’années, on observe partout dans le monde une multiplication des campagnes virulentes contre les féministes, les études de genre, les droits sexuels et reproductifs, ainsi que les minorités sexuelles et de genre etc. Ces mobilisations et ces discours conservateurs ou de « paniques morales sexuelles » sont qualifiés d’anti-genre par les universitaires ⁷². Comme le souligne Elizabeth S. Corredor, le concept d’anti-genre désigne la manière dont les mouvements conservateurs mobilisent l’idéologie du genre à la fois comme instrument politique et comme argument épistémologique afin :

- De réfuter les revendications relatives à la construction hiérarchique de l’ordre racial, sexué et hétérosexuel ;
- D’essentialiser et délégitimer les théories féministes et « *queer* » du genre et de faire échouer les efforts mondiaux et locaux pour des politiques d’intégration du genre ;
- De contrecarrer les politiques d’égalité des sexes et l’émergence publique des LGBTQIA+ et enfin ;
- De réaffirmer les conceptions hétéropatriarcales du sexe, du genre et de la sexualité.

Dans l’imaginaire sénégalais, ce sont ces différentes situations qui alimentent les réticences vis-à-vis de l’usage du concept. En effet, au Sénégal, genre rime avec homosexualité, féminisme, avortement médicalisé etc. Ceci parce qu’il y a en partie un certain acharnement des lobbies et des bailleurs de fonds qui cherchent, à tout prix, à légitimer l’homosexualité en

⁷² Bouilly Emmanuelle et N’Diaye Marième, « Introduction au thème. Penser l’anti-genre en Afrique », *Politique africaine* 168, n° 4, 2022,24p, <https://doi.org/10.3917/polaf.168.0005>, consulté le 18/11/2023 .

passant par le concept « genre ». Alors, les défenseurs de l'anti-genre au Sénégal se cantonnent à cette idéologie pour réfuter catégoriquement son usage dans l'agenda politique du pays. Cela même si le pays a ratifié pas mal de conventions en rapport avec le respect des droits de l'homme y compris le droit d'avoir le contrôle et de décider librement et de manière responsable des questions liées à leur sexualité.

Comme l'avait dit M. Le Président Macky Sall lors de la visite du Président Barack Obama en 2013, le Sénégal n'est pas encore prêt à dépénaliser la loi sur l'homosexualité. Conjointement, si le Sénégal a ratifié le protocole de Maputo qui garantit les droits des femmes, l'avortement sécurisé n'est toujours pas légalisé dans le pays. Ceci pour éviter d'agir à l'encontre des réalités socioculturelles du pays. En effet, la société sénégalaise a un ancrage sur ses valeurs identitaires, culturelles et religieuses. Le genre ouvrirait la voie à la « dépravation des mœurs ». Ainsi, les idéologies de genre se heurtent foncièrement aux résistances socio-culturelles. Les Sénégalais ont une perception péjorative de la notion. Ils considèrent que c'est un mouvement qui vient chambouler les principes naturels préétablis par Dieu. Ainsi, le genre comme notion scientifique perd alors une certaine crédibilité face aux comportements méfiants des Sénégalais vis-à-vis de ce concept.

Toutefois, genre ne rime pas forcément avec homosexualité. Comme essaie de l'expliquer le Pr. Fatou Sow, s'il est encore malaisé de parler de féminisme, c'est parce que l'opinion publique s'est emparée du genre. Ainsi, ajoute-t-elle, le concept est devenu aseptisé, apolitique, voire dépolitisé, comme ailleurs. Le genre, selon elle, s'applique plus souvent aux femmes, comme catégorie humaine, sexuelle, sociale ou politique, qu'aux rapports de pouvoir entre les sexes, ce qui est sa définition d'origine. D'après elle, Joan Scott en 1988 explique que le genre est « *un élément constitutif des rapports sociaux fondé sur des différences perçues entre les sexes [...]. C'est aussi une façon première de signifier des rapports de pouvoir, un champ de normes et de pratiques par le moyen duquel le pouvoir est articulé* ».

D'autre part, Abdoulaye CISSÉ, un psychosociologue a sorti en 2019 un article portant sur le genre, le sexe et l'homosexualité dans lequel il condamne fermement la connotation péjorative attribuée au genre. Selon lui, le genre est utilisé majoritairement au Sénégal comme un concept « fourre-tout » dans lequel l'on ingère du tout y compris de l'homosexualité. Il termine en ajoutant que le genre : « *il faut le savoir et le retenir une bonne fois, est un concept*

scientifique opératoire, un outil d'analyse comme tous les autres et enfin un enjeu de développement visant à lutter contre les disparités dont peuvent être victimes hommes et femmes. Mettre « genre » à la place de « sexe » dans n'importe quel document et par qui que ce soit, est scientifiquement erroné ! Le sexe est biologique alors que le genre est un construit socioculturel qui étudie justement les rapports sociaux de sexe pour asseoir les bases d'une société marchant sur ses deux pieds ».

Ceci étant dit, la question de la sexualité et du refus de sa « normalisation publique » dans la société sénégalaise sera l'objet de la prochaine partie.

Paragraphe 2 : Le tabou autour de la question de la sexualité au Sénégal

La sexualité humaine est indissociable des aspects sociaux et culturels. Ces derniers la régulent, la modulent et l'alimentent. Elle revêt plusieurs caractéristiques d'ordre biologique, sociologique, anthropologique, spirituel⁷³etc. Selon Robert Courtois, La sexualité est à la fois une donnée psycho-socio-affective individuelle, voire personnelle, intime ou privée et en même temps interpersonnelle et collective. Elle est un facteur de socialisation important car sexualité et social et sexualité et culture sont indissociables.

A la suite de la Conférence qui s'est tenue au Caire en 1994, beaucoup de communautés et de leaders religieux surtout musulmans avaient émis des réserves vis-à-vis des initiatives sur la planification familiale. « *Among other things, the conference agenda, specifically those items relating to issues of family planning and birth control, was seen as an imposition of Western values on the Muslim people and an attempt to revive 'colonial and imperial ambition' »*⁷⁴. Ils avaient également considéré que cette conférence était une attaque aux normes religieuses qui régissent la conduite des fidèles dans la société.

⁷³ Courtois,Robert, « Conceptions et définitions de la sexualité: les différentes approches », *Annales Médico-psychologiques,Revue psychiatrique* 1998, 613-620p, [conceptions et définitions de la sexualité: les différentes approches \(hal.science\)](#), consulté le 10/11/2023.

⁷⁴ Tamal Sylvia. *African sexualities*. South Africa, Pambazuka Press. 2011, 674p.

Au Sénégal, parler de sexualité peut s'avérer gênant à cause de son caractère intime mais également tabou. De surcroît, la sexualité hors mariage est réprouvée et la virginité des filles au mariage est promue comme un idéal⁷⁵. La norme sociale dominante valorise la virginité avant le mariage et érige l'abstinence des adolescents comme valeur morale. Ainsi, les questions d'ordre sexuel ne font pas en général l'objet de discussion au sein de la famille. Ce mutisme de la part des parents constitue en quelque sorte un danger car il y a des conséquences sur l'ignorance en matière de sexualité. La curiosité sur les non-dits pourrait davantage exposer les adolescentes. La peur de la stigmatisation les pousse à se cacher pour éviter les jugements et le regard de l'autre.

Selon Barbara Crossouard, Máiréad Dunne et Naureen Durrani: « *Overall, the speaking of sex and sexuality by the Senegalese youth participants was severely constrained, often taboo, unless circumscribed by heteronormative marital relations. Sexual activity outside marriage was tainted with impropriety and immorality. Even in peer-to-peer discussions, sexual activity could be denied, and where recognised, was often negatively constructed. There were strong taboos about speaking about sexual relations inter-generationally, within religious circles, and wider political contexts. In broad terms, sex and sexuality were largely unspeakable* »⁷⁶. En effet, la religion régit la vie en communauté, les comportements sociaux voire sexuels... au Sénégal. Cela réduit considérablement le pourcentage des personnes à aborder les thématiques sur la sexualité et les sujets connexes.

En outre, il y a la honte, la pudeur et le poids des risques liés à la sexualité (grossesses non désirées, IST etc.) qui font que le sexe est synonyme de tabou. Le sexe hors mariage est souvent interdit à cause des préceptes religieux. Ainsi, la survenue d'une grossesse hors mariage jette l'opprobre sur la fille et sa famille. Elle cause la honte dans la famille et surtout à la tutrice ou à la maman. Par crainte et pour éviter de faire face à une telle « humiliation », des tentatives

⁷⁵ Laborde-Balen Gabrièle et al., « Sexualité des adolescentes nées avec le VIH au Sénégal : entre normes sociales et secrets de famille », *Therapeutic Advances in Infectious Diseases*, 2023, 9p, <https://doi.org/10.1177/20499361231159295>, consulté le 12/11/2023.

⁷⁶ Crossouard Barbara, Dunne Máiréad & Durrani Naureen, « Silencing Youth Sexuality in Senegal: Intersections of Medicine and Morality », *Gender and Equality*, Vol 31, 2017, 170p.

d'avortement se posent comme solution malgré leurs lots de conséquences (prison, infanticide, mort, stérilité etc.). Ainsi, en milieu rural, le mariage précoce des filles est souvent considéré comme la meilleure solution pour se prémunir d'une grossesse fortuite. La contrainte est moindre pour les garçons, auxquels il est recommandé une simple tempérance car l'appel à la morale religieuse ou à la discrétion est la seule consigne.⁷⁷

Dans ce cadre, la question de la santé sexuelle des adolescents trouve toute sa pertinence. Elle se positionne comme solution à la question de savoir : comment répondre à ce risque lié aux grossesses non désirées, aux grossesses précoces, à la parentalité juvénile, aux avortements clandestins ...?

En effet, l'enquête menée par l'ANSD en 2019 souligne qu'au Sénégal, 31,7% des femmes âgées entre 20-24 ans ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans. Chez les hommes, ils sont 16,4% à avoir vécu cette expérience avant 18 ans. Parmi les adolescents de 15-19 ans, 6% des femmes et 5% des hommes ont eu leurs premières relations sexuelles avant d'atteindre les 15 ans. Ainsi, depuis plusieurs années, divers programmes de santé de la reproduction pour les adolescents sont développés à travers le pays. Portée par le ministère de la Santé et le ministère de la Famille ou par des ONG, la SSR semble être une solution pour lutter contre les principales causes d'arrêt prématuré de la scolarité chez les jeunes filles. Il s'agit entre autres des mariages précoces, des mutilations génitales féminines, des infections sexuellement transmises, des grossesses précoces etc.⁷⁸

A cet effet, en 2018, Human Rights Watch a tenté d'introduire dans les curricula un module portant sur la santé sexuelle et reproductive pour les élèves. Cette initiative est restée à l'état embryonnaire et a soulevé l'indignation des mouvements religieux et des syndicats des enseignants. Elle a à ce titre accusé un échec cuisant.

⁷⁷ Laborde-Balen Gabrièle et al., « Sexualité des adolescentes nées avec le VIH au Sénégal : entre normes sociales et secrets de famille », *Therapeutic Advances in Infectious Diseases*, 2023, 9p, <https://doi.org/10.1177/20499361231159295>, consulté le 12/11/2023.

⁷⁸ Tavernier Bernard et al, « Treatment success or failure in children and adolescents born with HIV in rural Senegal: An anthropological perspective ». *Social Science & Medicine* , 2023, 317p, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115628>, consulté le 13/11/2023.

La question de la sexualité est à aborder avec des pincettes au Sénégal. Parmi les adolescentes interrogées, beaucoup disent être gênées d'aborder des questions relevant de l'intimité avec leurs parents. Les valeurs qu'on leur inculque sont l'abstinence jusqu'au mariage. « *Je ne parle pas de protection ou de sexualité à mes parents* » selon une adolescente. En outre, elles ont peur d'accéder aux endroits réservés à la SSR à cause des jugements. A ce propos, une sage –femme soutient que : « *dans des zones où tout le monde se connaît, l'accès aux services SSR surtout pour une adolescente célibataire devient très difficile, avec la fameuse question « mais qu'est-ce qu'elle fait là ? »* ».

Les femmes handicapées souffrent davantage de ce problème.⁷⁹

Cette attitude réduit leurs chances de bénéficier d'une éducation sexuelle ainsi leur besoin en matière de santé sexuelle et reproductive en ressort fortement discriminée. Il y a également les résistances socioculturelles qui freinent l'expansion de la question de la SSR au Sénégal.

Section 2 : Les résistances socio-culturelles concernant la SSR des adolescentes handicapées

L'accès des jeunes ou adolescentes handicapées aux services de santé sexuelle et reproductive est parsemé d'embûches. Plusieurs facteurs d'ordre institutionnel et donc financier, structurel, économique voire même social entrent en collision. En effet, il existe une faible intériorisation de l'idéologie relative à la SSR des adolescentes handicapées. En ce sens, les résistances socio-culturelles constituent ainsi un facteur de blocage dans la mesure où le poids des préjugés sur la question du handicap (**Paragraphe 1**) de même que la ténacité des mouvements religieux sur la question (**Paragraphe 2**) persistent jusque-là.

⁷⁹ Addlakha Renu, Price Janet et Heidari Shirin, « Disability and sexuality: claiming sexual and reproductive rights », *Reproductive Health Matters*, Vol 25, n° 50, 2017, 7p, <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1336375>, consulté le 12/11/2023.

Paragraphe 1 : Le poids des préjugés sur la question liée au handicap

Dans divers endroits du globe, la question du handicap a toujours fait l'objet de préjugés. Ces préjugés évoluent et diffèrent d'une époque à une autre et d'une société à une autre.

En Afrique occidentale, par exemple, au Togo, la personne handicapée mentale est considérée comme un non humain. Elle est stigmatisée et rejetée. En revanche, une minorité de personnes handicapées étaient réputées porteurs de pouvoirs surnaturels qui donneraient accès à des vérités inaccessibles. D'autres, sont considérés comme « enfants misérables » lorsqu'ils sont atteints d'hydrocéphalie ou d'albinisme. Ils viennent d'un autre monde et sont censés y retourner. Ce sont des enfants qui demeurent dans une grande marginalité. Au Mali, par exemple, le chanteur Salif Keïta, marqué par son albinisme, fut ainsi rejeté par son père. D'ailleurs le bébé albinos était, dans certaines civilisations, « rendu » à son « monde d'origine », le monde invisible, c'est-à-dire sacrifié.⁸⁰

Selon Aïssatou Cissé, membre de la FSAPH, les gens ont un regard qui montre qu'une personne est différente. « *Le regard de l'autre attire la pitié ou quelquefois le dégoût selon le type de handicap ou l'indifférence en montrant que cette personne est inutile à la société. C'est parce qu'on ne comprend pas les handicaps, et au Sénégal ou partout ailleurs dans le monde, si on ne comprend pas quelque chose, on la fuit ou bien on en a pitié, on veut la prendre en charge ou tout simplement, on l'ignore, on l'oublie* ».

La différence est généralement source de préjugés. La personne avec un handicap se présente toujours avec des différences dans la communauté. Le fait de venir au monde avec une singularité perceptible, en déphasage avec les attentes parentales, crée des peurs et des angoisses. Certains parents peuvent aller jusqu'à se séparer de leur enfant à cause de sa différence. Un membre de l'association des handicapés moteurs dit à ce propos : « *les personnes handicapées font parfois l'objet de rejet de la part de leur propre famille. Une adolescente handicapée est morte dernièrement. Elle a souffert jusqu'à son dernier souffle après l'abandon de sa propre mère. Cette dernière la maudissait. Il arrive qu'elles soient*

⁸⁰ Diop Idrissa, « Handicap et représentations sociales en Afrique occidentale », *Le français aujourd'hui* Vol 177, n° 2, 2012, 19-27p, <https://doi.org/10.3917/lfa.177.0019>, consulté le 14/07/2023.

délaissées, incomprises et rejetées ». L'étude réalisée par l'African Child Policy Forum⁸¹ vient conforter ces propos. Elle révèle que dans certains cas, la stigmatisation découlant des normes socioculturelles a poussé certaines familles à dissimuler leurs enfants en situation de handicap ou à les exclure de l'éducation formelle et de la vie communautaire. En 2011, l'organisation a mené une étude au Cameroun, en Ethiopie, au Sénégal, en Ouganda et en Zambie et a produit plusieurs résultats. Ces résultats ont montré que certaines croyances sur le handicap restent tenaces. Par exemple, le handicap de l'enfant serait causé par le fait que la mère soit une pécheresse ou qu'elle ait mené une vie de débauche, par une malédiction ancestrale ou une possession démoniaque. L'un des mythes les plus porteurs de risques pour les jeunes handicapées est la croyance selon laquelle un rapport sexuel avec une personne vierge peut guérir les IST. Donc, étant généralement considérées comme asexuelles et par ricochet vierges, elles se font abuser et violer par les individus atteints d'IST.

En outre, les personnes handicapées sont infantilisées et considérées comme asexuées (ou dans certains cas, hypersexuelles), incapables de procréer, inaptes à avoir des partenaires sexuels ou conjugaux ou à être parents⁸². D'ailleurs, dans la loi d'orientation sociale de 2010 au Sénégal, la sexualité n'a fait l'objet d'aucune mention. En effet, la santé et les droits sexuels et reproductifs des personnes handicapées continuent d'être contestés et les femmes handicapées sont particulièrement préoccupées. Pour les femmes, le handicap est souvent synonyme d'exclusion d'une vie de féminité, de partenariat, de sexualité active et de déni des possibilités

⁸¹ Fonds des Nations Unies pour la population, « Cinq choses à savoir sur le handicap et les violences sexuelles », <https://www.unfpa.org/fr/news/cinq-choses-%C3%A0-savoir-sur-le-handicap-et-les-violencessexuelles>, consulté le 14 décembre 2023.

⁸² Burke Eva, Le May Alex, Kébé Fatou, Flink Ilse, « Une étude des obstacles et des facteurs facilitant l'accès des jeunes vivant avec un handicap aux services de santé sexuelle et reproductive au Sénégal (Dakar, GuédiawayeThiès, Kaolack, Saint-Louis, Louga, Thiadiaye) », rapport de recherche, Rutgers, 2015, 46p.

de maternité⁸³. Le silence sur les droits sexuels et reproductifs positifs a renforcé les préjugés qui assimilent le handicap à l'incompétence, à l'incapacité, à l'impuissance et à l'asexualité.⁸⁴

Dans « *Attitudes and perceptions towards disability and sexuality* »⁸⁵, le constat qui revient est que les personnes handicapées sont en général considérées comme asexuelles. De plus, le manque d'informations et d'éducation sur la sexualité et le handicap est considéré comme un facteur majeur contribuant à la stigmatisation liée au handicap et à la sexualité.

La stigmatisation et la pensée populaire sur la sexualité des personnes vivant avec un handicap peut amener ces dernières à intérioriser ces agissements en dépit de leurs sentiments et de leurs besoins. Cette intériorisation peut avoir un impact négatif sur la confiance, le désir et la capacité de trouver un partenaire. Autrement dit, les attitudes et les perceptions de la société sont déterminantes dans la tenue de la personne handicapée en société. Celles-ci sont déterminées par l'éducation et les connaissances. Le caractère tabou que recouvre la sexualité perpétue l'ignorance, la honte, l'incompréhension etc. Il en découle une compréhension étroite de la société et notamment des jeunes ces questions. Des recherches plus approfondies devraient se concentrer sur la meilleure façon d'éduquer et d'informer tous les membres de la société sur l'importance de ce sujet et des sujets qui lui sont connexes. Au Sénégal pourtant, l'Etat du Sénégal a pris différentes mesures visant à la sensibilisation de la situation des personnes handicapées. Il s'agit de :

- Garantir la sensibilisation au niveau de l'ensemble de la société, y compris au niveau de la famille, à la situation des personnes handicapées ;
- Promouvoir le respect des droits et de la dignité des personnes handicapées ;

⁸³ Addlakha Renu, Price Janet et Heidari Shirin, « Disability and sexuality: claiming sexual and reproductive rights », *Reproductive Health Matters*, Vol 25, n° 50, 2017, 7p, <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1336375>, consulté le 12/11/2023.

⁸⁴ Ruiz Felipe Jaramillo, « The Committee on the Rights of Persons with Disabilities and its take on sexuality », *Reproductive Health Matters* Vol 25, n° 50, 2017, 92-103p, <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1332449>, consulté le 12/12/2023.

⁸⁵ Esmail Shaniff et al., « Attitudes and perceptions towards disability and sexuality », *Disability and Rehabilitation* vol 32, n° 14, 2010, 1148-1155, <https://doi.org/10.3109/09638280903419277>, consulté le 8/11/2023.

- Combattre les stéréotypes, les préjugés et les pratiques dangereuses concernant les personnes handicapées, y compris ceux liés au sexe et à l'âge, dans tous les domaines ;
- Mieux faire connaître les capacités et les contributions des personnes handicapées ;
- Lancer et mener des campagnes efficaces de sensibilisation du public en vue de favoriser une attitude réceptive à l'égard des droits des personnes handicapées, de promouvoir une perception positive des personnes handicapées et une conscience sociale plus poussée à leur égard.

Historiquement, de nombreux pays ont eu des lois qui interdisent aux personnes handicapées de porter des enfants. Il y a l'Allemagne, qui a promulgué en 1933 la loi pour la prévention des enfants génétiquement malades. Cette loi a permis la stérilisation forcée de toute personne souffrant d'épilepsie, de schizophrénie, de déficience mentale, de déficience visuelle génétique, de surdité héréditaire etc. Aux États-Unis en 1914, il existait la stérilisation forcée des personnes atteintes d'une déficience mentale ou sourdes ou aveugles. Bien que ces lois aient depuis été progressivement supprimées, certaines personnes croient encore que toutes les femmes handicapées donneront naissance à des enfants handicapés.⁸⁶

Les femmes en situation de handicap sont perçues comme des personnes incapables de s'occuper correctement des travaux ménagers indispensables dans la vie conjugale. Ceci se rattache au « *ableism* » ou au capacitisme ou validisme en français. Elles essuient aussi des remarques blessantes comme celles qui font d'elles des personnes sujettes à donner des enfants différents. Albinos, handicapées mentales... sont sacrifiées car elles permettraient de rehausser les niveaux de richesse et de pouvoir.

La fédération sénégalaise des associations de personnes handicapées lance, d'ailleurs, une campagne de sensibilisation sur les réseaux sociaux dans ce cadre avec comme hashtag « *changeons de regard* » ou « *soppi guissguiss* ». Cette campagne vise à sensibiliser la population sur le handicap avec comme message par exemple : « *samay tier du maye alal , yalla mooy*

⁸⁶ Peta Christine, « Le Handicap n'est Pas l'asexualité : Les Expériences et Les Aspirations Des Femmes Handicapées En Matière de Procréation Au Zimbabwe », *Reproductive Health Matters* Vol 25, n°50, 2017, 19p, DOI: 10.1080/09688080.2017.1331684, consulté le 12 novembre 2023.

mayê » (mes membres ne sont pas gage de richesse, c'est Dieu qui offre). En effet, pour avoir certaines connaissances ou richesses, ainsi, les gens éprouvent le besoin de donner l'aumône aux personnes handicapées ou de les sacrifier.

Ces considérations rendent invisibles les personnes handicapées. Leur accès aux services de santé se complexifie en se mêlant ainsi aux préjugés exclusifs dont elles sont victimes. La ténacité des mouvements religieux constitue également une entrave à cet accès public aux services SSR.

Paragraphe 2 : La ténacité des mouvements religieux sur la question de la SSR

RIS AL WAHDA, ONG Jamra, Front islamique pour la défense des valeurs éthiques du Sénégal ... autant d'associations qui sur les bases de l'Islam, combattent « la dégradation des mœurs ». Elles n'hésitent pas à conjuguer leurs forces ou à inviter l'Eglise ou les chefs religieux à se joindre à elles pour asseoir une société avec de solides bases religieuses.

Pour étayer ces propos, un exemple peut être tiré sur le tollé qu'a créé la question de l'avortement sécurisé au Sénégal. En effet, en 2017, des associations de femmes et de féministes (AFEMS ; AJS) et plusieurs ONGs ont appelé l'action publique du gouvernement et du parlement à légaliser le recours à l'avortement médicalisé notamment en cas d'inceste ou de viol. Selon ces dernières, l'Etat doit respecter son engagement concernant l'application du protocole de Maputo qu'il a ratifié. C'est l'article 14 du protocole qui au point c incite les Etats à garantir les droits sexuels et reproductifs et « *d'autoriser l'avortement médicalisé en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère, sa vie ou en cas de grave malformation du fœtus* ». Ainsi, elles revendiquent le respect de l'engagement de l'Etat sénégalais relatif à l'article 14 et de légaliser l'avortement dans le pays. Cette situation a suscité l'indignation des mouvements religieux notamment de la ligue des Oulémas du Sénégal. Pour ces derniers, composés d'imams, de prêcheurs et de marabouts, l'islam interdit l'avortement. Tous les érudits musulmans, particulièrement ceux de la voie Malékite, s'accordent sur cette interdiction « quel que soit l'avancement de la grossesse ». « *L'avortement ne doit en aucun être pratiqué, sauf en cas de danger pour la vie de la mère* », ont relevé les religieux sénégalais. Ils ont

exprimé leur « *grande préoccupation face à la perte des valeurs, la dépravation des mœurs, la violence dans toutes ses formes et dans tout le pays* ». Ils poursuivent en soulignant que cette perte des valeurs constitue « *un marché ouvert à toute forme de perversion* ».

Dans le cadre de ce travail, ce sera l'exemple de l'ONG Jamra qui sera plus utilisé comme mouvement religieux car il est celui qui nous est le plus connu au Sénégal. En effet, l'ONG Jamra estime que la mondialisation pervertit la société sénégalaise. Elle la pervertit en imposant des valeurs, des cultures, des pratiques religieuses étrangères subversives qui déchirent le tissu social et perturbent la cohésion sociale et religieuse.⁸⁷ Ainsi, elle joue un rôle de catalyseur dans la défense des valeurs et croyances sénégalaises.

Elle est de plus en plus présente dans l'espace public, en s'érigeant comme un garde-fou pour stopper des pratiques en déphasage avec les normes sociales, culturelles et religieuses de la société sénégalaise. Ainsi, elle organise des plaidoiries, des propagandes d'opinions, des actions concrètes ponctuées par des plaintes et l'incitation des autorités à la sanction des actes jugés déviants.

Sous ce rapport, l'ONG Jamra tient sa légitimité du fait qu'elle ramène toutes ses actions dans le cadre de la religion musulmane. Sa place actuelle dans l'exercice du contrôle social est née suite à de nombreuses réactions suscitées par l'apparition de nouveaux comportements antisociaux ou jugés outrageants. Ces comportements ont un lien direct avec les mutations sociales induites par la modernité et la mondialisation de la culture. Comme le rappelle son directeur exécutif Barma GUEYE, l'ONG Jamra a forgé sa réputation en restant constante dans la lutte contre les fléaux sociaux. Ces fléaux sont la drogue, la prostitution, la délinquance juvénile, l'avortement, l'homosexualité, le Sida, le libertinage des jeunes, les films et pièces théâtrales subversifs etc.

A ce titre, les mouvements sont très attentifs aux questions liées à SSR et à sa déclinaison. Concernant l'avortement médicalisé, l'ONG Jamra et des leaders religieux catholiques et musulmans se sont unis pour marquer leur opposition à cette pratique médicale jugée antireligieuse. Les associations religieuses accusent de pervertir la jeunesse et de défendre

⁸⁷ Sow Alassane et Dièye Mouhamed Moustapha, « Configuration de l'ONG Jamra dans l'espace public sénégalais: dynamiques censoriales, contrôle sociale et liberté d'expression », *Liens, Revue Internationale des Sciences et Technologies de l'Éducation*, n°2, 2022, 19p, consulté le 11/11/2023.

un modèle social à l'occidentale. Jamra s'oppose à tout engagement pris par l'État à l'étranger pour légaliser l'avortement. Dès l'instant que lesdits protocoles sont en déphasage avec les croyances culturelles et religieuses du pays.

La question des curricula sur la santé sexuelle et reproductive revient également. Les leaders religieux et les syndicats d'enseignants ont dit niet à ces modules qui selon eux font l'apologie de la culture LGBTQIA+ et des valeurs anti sénégalaises de la sexualité.

De ce point de vue, la censure et le contrôle social et religieux tels qu'ils sont pratiqués par l'ONG Jamra fonctionnent comme régime dissuasif et répressif. Au nom de la défense de la société sénégalaise contre les abus, les agressions extérieures ou intérieures, les mouvements religieux s'organisent pour pérenniser les attitudes socioreligieuses. L'ONG Jamra entretient la foi profonde des communautés religieuses en mettant l'accent sur l'éducation aux bonnes valeurs au sein des familles et des communautés.

*« Il ne faut pas oublier que le Sénégal est un pays essentiellement croyant, que le pouvoir religieux est très important et a beaucoup de poids ici. Les musulmans et les catholiques, les chrétiens, suivent les préceptes de religions qui favorisent la reproduction, c'est-à-dire que pour eux il faut avoir des enfants, un homme et une femme doivent avoir des enfants, c'est ça qui est normal. Parmi les normes de la société, nous considérons comme couple, un homme et une femme, c'est accepté par notre culture, par la religion, par la société sénégalaise car c'est cela qui est normal ».*⁸⁸ Ainsi, le non-respect des normes sociales établies appelle à l'exclusion directe. Si une catégorie n'est pas dans la norme, elle est exclue, car la société sénégalaise ne l'accepte pas, ne la comprend pas parce qu'elle est extérieure à sa culture. En dépit des luttes pour la préservation des mœurs sociétales, des services de SSR sont prodigués autrement. Des programmes tels que : *C'est la vie*, ou bien même *Positive, Parole aux jeunes...* traitent des questions relatives à l'avortement, aux menstruations, à la sexualité responsable, aux grossesses, aux IST etc.

⁸⁸ Rueda Cristina, Olaortua Elena, Villar Amparo et Mujika Lala, « La diversité sexuelle et de genre au Sénégal: Dakar et Thiès », Bilbao, 2020, 34p, aldarte.org/comun/imagenes/documentos/RAPPORTSenegal_FRANCES_WEB.pdf, consulté le 10 novembre 2023.

Egalement des plans stratégiques de santé sexuelle et reproductive sont élaborés par l'Etat sénégalais. Des organisations telles que ENDA/Santé, SOLTHIS, Centre ODAS, Equipop, Marie Stopes... travaillent pour fournir aux adolescents et aux jeunes, des services de SSR adaptés. Avec la globalisation libérale, cette remise en question du discours traditionnel vis-à-vis de la sexualité se construit. Ainsi, l'Etat se retrouve tiraillé entre le respect de ses engagements internationaux et le respect des principes et valeurs qui fondent sa société. D'une part, il s'agit de la position de l'Etat à l'international et d'autre part du refus des influences culturelles extérieures et non conformes à la religion.

Ainsi, à la faible intériorisation de l'idéologie relative à la SSR des adolescentes handicapées s'ajoute la timide mobilisation des acteurs pertinents en lien avec la SSR des adolescentes handicapées.

Chapitre IV : La mobilisation des acteurs pertinents en lien avec la SSR des adolescentes handicapées

La mobilisation est un élément essentiel du développement collectif puisqu'elle permet de rassembler les acteurs et les organisations autour d'un collectif qui va favoriser le passage à l'action. Les acteurs ont tout avantage à mettre en place les conditions les plus favorables possibles pour créer une synergie et ensemble atteindre un changement souhaité. Toutefois, dans la mobilisation des acteurs pertinents pour la question de la SSR des adolescentes handicapées, on remarque une timide implication des mouvements de défense pour l'inclusion des personnes handicapées (**Section 1**) et un déficit d'appropriation sociale de la politique de la part des victimes (**Section 2**).

Section 1 : La timide implication des mouvements de défense pour l'inclusion des personnes handicapées sur la question de la SSR des adolescentes handicapées

Le combat pour une reconnaissance des droits des personnes handicapées a été un travail de longue haleine. De nombreux efforts ont été déployés pour encadrer les prérogatives institutionnelles dont bénéficient aujourd'hui les personnes handicapées. Même si le combat n'est pas gagné d'avance, les revendications pour la reconnaissance de la dignité de la personne handicapée comme citoyen à part entière ont en partie porté leur fruit avec l'élaboration de la loi d'orientation sociale. Cependant, en matière de SSR, les échos de revendications pour une inclusion au niveau de l'accès de services restent quasi inexistantes. C'est ainsi que, notre cible étant des femmes de surcroît handicapées, le travail des mouvements féministes va nous interpeller (**Paragraphe 1**) ainsi que celui des associations de personnes handicapées (**Paragraphe 2**).

Paragraphe 1 : La mobilisation des mouvements féministes

Les mouvements féministes sont directement rattachés au combat pour l'inclusion des minorités. Kimberly Crenshaw parle de la théorie intersectionnelle qui a ces origines dans le mouvement féministe noir et de la manière dont les identités sociales se chevauchent ou se croisent. En particulier, les identités minoritaires sont liées à des systèmes et à des structures de discrimination. La lutte féministe englobe ainsi la lutte pour l'inclusion des femmes handicapées ; leur lien en devient alors inextricable. Le handicap est un enjeu féministe.

Revenir en profondeur sur les modèles du handicap permet de poursuivre cet argumentaire avec le concept du capacitisme. En effet, le modèle biomédical et le modèle social du handicap aident à saisir leur imbrication. Le modèle biomédical analyse les problèmes et difficultés des personnes handicapées comme le résultat de leurs incapacités (limitations fonctionnelles). Surmonter ses problèmes passe alors par des traitements et de la technologie. Le modèle social critique radicalement le modèle biomédical : ici, c'est la société qui produit le handicap. Le handicap résulte de barrières sociales, économiques et environnementales,

alimentées par des stéréotypes et des attitudes envers les personnes handicapées. La critique adressée à ce modèle est le fait qu'il ne permette pas d'analyser les déficiences elles-mêmes. Masson s'appuie sur les théories de Susan Wendell et de Rosemarie Garland-Thomson, et présente leur cadre d'analyse basé sur le système « ability/disability » (capacité/incapacité).

Dans leur perspective, le handicap résulte d'un processus social : la société interprète les corps et leur attribue des significations, en fonction de normes et discours socialement construits. Les corps catégorisés comme anormaux sont perçus comme déviants, ou incomplets. Cette critique repose sur une distinction entre la notion d'incapacité, vue comme limitation fonctionnelle relevant de la biologie et celle du handicap comprise comme l'ensemble des situations de désavantage, de discrimination et d'oppression subies par les personnes vivant avec des incapacités. Si des processus d'ordre biologique ou des accidents peuvent certes affecter le corps et l'existence d'un certain nombre de personnes et créer des incapacités, c'est, dans ce modèle, la société et non la biologie, qui produit le handicap. Comment? En façonnant les stéréotypes et les attitudes de ses membres envers les personnes qui vivent avec des incapacités. Mais aussi en établissant des barrières sociales, économiques et environnementales qui fonctionnent comme autant de formes d'oppression et alimentent leur exclusion. Le modèle social dénature le handicap qui relèvera alors de l'organisation de la société et de la construction sociale plutôt que de la biologie et de l'individu. Le handicap, écrivait en 1989 la théoricienne féministe du handicap Susan Wendell, « *n'est pas un donné biologique* » : « *comme le genre, il est construit socialement à partir de la réalité biologique* ». Donc, la situation des femmes et des filles handicapées rejoindrait directement la lutte des féministes qui se battent pour revendiquer les droits des femmes de vivre dans un monde égalitaire et sans discrimination. Là, l'intersectionnalité pourrait permettre aux mouvements féministes d'inclure davantage les revendications et les droits des femmes handicapées dans le registre de leur combat. Elle est une façon de comprendre les relations sociales en examinant les croisements entre diverses formes de discrimination.

Elle reconnaît alors la complexité des systèmes sociaux et le fait que de nombreuses formes d'oppression telles que celles liées au sexe, à l'âge au handicap ... peuvent exister et être actives en même temps dans une vie. L'intersectionnalité consiste à comprendre et à traiter tous les obstacles potentiels au bien être d'un individu ou d'un groupe. Elle reconnaît que des oppressions uniques existent, mais elle se voue également à comprendre la façon dont elles

changent en les combinant. Elle constitue en effet un cadre essentiel lorsque des questions de privilège et de pouvoir sont considérées. Dès lors, elle implique d'agir de manière mesurable pour inviter, inclure et impliquer les voix des personnes marginalisées.

A titre illustratif, une jeune femme sénégalaise « valide », de « sang pur », riche, allant à l'école, vivant à Dakar, ayant accès aux services de SSR ayant reçu une formation en SSR à l'école... a une situation différente de l'adolescente handicapée vivant dans une zone rurale, castée, de parents pauvres et analphabètes, manquant d'autonomie, sans emploi, ayant subi une MGF etc. Même si elles peuvent partager un combat similaire comme la lutte contre les VBG ou les stéréotypes de genre par exemple, les degrés d'oppression peuvent différer. Grâce à l'intersectionnalité, une lecture transversale des différents degrés de marginalisation et d'exclusion de la deuxième adolescente peut être établie.

En outre, les femmes handicapées sont invisibles dans les luttes féministes au Sénégal. Le féminisme sénégalais devrait prendre en compte cette couche de la population. Comme le soutient Dominique Masson, il est important pour les féministes de réaliser que les femmes handicapées ne sont pas « les Autres », mais « Nous ». Elle poursuit que les frontières entre le handicap et le féminisme sont fluides voire poreuses⁸⁹. En effet, le handicap peut être une situation qui n'épargne personne à cause d'actions maîtrisables comme non maîtrisables (accidents, vieillesse etc.). Le féminisme sénégalais devrait alors inclure les femmes et filles handicapées dans leurs luttes. Selon une féministe interrogée : « *les féministes dans leur lutte ne font aucune distinction, elles luttent pour tout le monde. Mais je n'ai pas encore vu de revendications formulées ou un programme spécifique pour les femmes vivant avec un handicap. En ce moment on utilise l'intersectionnalité pour prendre en compte tous les autres types de violence ou difficultés liées à la situation des femmes. Je suis sûre que c'est pris en considération par certaines féministes dans leur démarche* ». Toujours selon Dominique Masson, « *les femmes handicapées, leurs réalités et leurs combats sont encore largement absents du courant de pensée majoritaire (mainstream) en études féministes qui, malgré un*

⁸⁹ Masson Dominique, « Femmes et handicap », *Recherches féministes* Vol 26, n° 1, 2013, 111-29p, <https://doi.org/10.7202/1016899ar>, consulté le 06/11/2023.

virage récent vers les analyses intersectionnelles, demeurent peu au fait des modalités d'analyse du handicap et des oppressions fondées sur les (in)capacités ».

En revanche, au Sénégal, les luttes féministes se heurtent considérablement aux boucliers des conservateurs religieux. L'exemple d'un de leur combat en rapport avec les DSSR peut servir d'exemple. Il s'agit de la lutte pour la légalisation de l'avortement médicalisé. Cette question sur la question des droits reproductifs et sexuels est abordée avec des pincettes à cause de certains acteurs hostiles à leur proposition. Ce combat traîne depuis des années malgré la ratification du protocole de Maputo. Généralement, les luttes qui remettent en question le système patriarcal ou qui sont en déphasage des recommandations religieuses font face à un énorme blocage au Sénégal. Selon Marième Ndiaye⁹⁰, les militantes (l'Association des femmes juristes (AJS), l'Association des femmes médecins (Afems) et du Réseau Siggil Jigeen) luttant pour la légalisation de l'avortement médicalisé ne se définissent pas comme des féministes. Il y a une distinction entre « mouvements de femmes » entendu comme un groupe qui place « au cœur de l'identité militante la catégorie femme » et « mouvement féministe » qui lutte contre la suprématie masculine. Elle poursuit que dans leur grande majorité, les militantes affirment et revendiquent leur foi musulmane mais dénoncent les interprétations patriarcales de l'islam. Sans nécessairement revendiquer le terme de féminisme connoté négativement parce que renvoyant à une idéologie occidentale. Autrement dit, elles assument un discours axé sur la défense de l'égalité des sexes dont elles affirment la compatibilité avec l'islam, mais ne s'auto définissent pas comme étant féministes. Paradoxe ? En effet, dans une société où la religion occupe une place centrale dans la vie et le débat public, faire de l'avortement une priorité du combat pour la cause des femmes est un pari risqué. Afin d'éviter d'apparaître comme des femmes occidentalisées, les militantes s'orientent vers la recherche d'un compromis pour éviter d'être radicalement dénigrées. Donc les féministes sénégalaises sont souvent décriées certes en raison des luttes qu'elles engagent, mais, elles n'ont pas encore enregistré dans leur répertoire d'action, l'inclusion des femmes et des filles vivant avec un handicap. Les deux enjeux sont bien sûr étroitement imbriqués. Ainsi, il faut développer et approfondir les analyses féministes intersectionnelles pour mieux soutenir les luttes et les revendications des femmes handicapées. Dans un article écrit et publié en 2013, Dominique Masson part sur les revendications de

⁹⁰ N'Diaye Marième, « La lutte pour la légalisation de l'avortement au Sénégal. Redéfinition des discours et pratiques militantes », *Cahiers d'études africaines* Vol 242, n° 2, 2021, 307-329p, <https://doi.org/10.4000/etudesafriques.34209>, consulté le 06/11/2023.

l'organisation « action femmes handicapées de Montréal » ainsi que sur la littérature féministe sur le capacitisme pour montrer deux choses. L'une est que le genre et le capacitisme forment des axes de la domination sociale s'articulant l'un à l'autre et façonnant les expériences des femmes handicapées. L'autre est que, ces expériences sont différentes en ce qui a trait à la sexualité, à la procréation, à la SSR à la maternité, à l'emploi etc.

En effet, les expériences des femmes handicapées peuvent différer en ce qui concerne des questions telles que la menstruation, la reproduction, l'avortement, l'éducation des enfants et la stérilisation, entre autres. La perspective intersectionnelle montre dans ce cadre que le handicap est toujours intimement lié à d'autres marqueurs identitaires tels que le genre, la culture et la classe sociale dans le cadre de l'expérience des femmes handicapées.

Il existe un autre enjeu. C'est celui de penser les recherches en fonction de l'existence de femmes avec des capacités diverses et de développer des pratiques de recherches inclusives. Ceci dans le but d'inclure les réalités façonnées dans tous les sujets et domaines des études féministes. Il devient ainsi impossible de travailler sur la violence faite aux femmes, sur le patriarcat, sur la SSR sans pour autant réfléchir à ce que cela peut signifier pour les femmes avec un handicap.

Les associations de personnes handicapées devraient elles-mêmes porter le combat relatif à la SSR pour être davantage prises en compte.

Paragraphe 2 : La mobilisation des associations de personnes handicapées

Les associations pour personnes handicapées jouent un rôle essentiel dans la société. Elles accompagnent les individus ayant un handicap afin de les aider dans leur quotidien. Leur champ d'action est loin de se limiter à la seule personne handicapée : les associations pour le handicap ont également des effets bénéfiques sur les familles de leurs membres et sur leur environnement socio-économique.

Dans le combat pour la défense et la promotion des droits des personnes handicapées, on retrouve les associations des personnes vivant avec un handicap à la tête et menant quotidiennement la lutte. C'est en ce sens que ces associations ont joué un rôle clé dans le

processus d'élaboration de la loi d'orientation sociale de 2010. D'ailleurs, il est écrit dans le préambule que : *« l'élaboration d'une telle loi est également une très forte revendication des associations regroupant des personnes handicapées et des institutions qui s'investissent dans la défense et la promotion de leurs droits ».*

Insertion professionnelle, scolarisation, aides techniques, loisirs... le champ d'intervention des associations pour le handicap est très large. Chaque intervention est là pour accompagner les personnes handicapées à des étapes précises de leur vie. Ceci dans le but d'améliorer l'accès à l'emploi décent des hommes et femmes handicapées, grâce à des dispositifs coordonnés, un environnement plus inclusif et un cadre institutionnel facilitateur

De ce point de vue, le respect des droits des personnes vivant avec un handicap est essentiel pour sauvegarder la participation politique, l'accès aux ressources, l'égalité et l'équité, la justice sociale etc. Néanmoins, la question de la santé sexuelle et reproductive fait l'objet d'une négligence dans la mesure où elle n'est pas suffisamment portée pour changer les difficiles conditions d'accès aux services de SSR. Elle ne figure même pas dans la loi d'orientation sociale.

Les organisations de personnes handicapées (OPH) sont réparties sur l'ensemble du territoire. A ce titre, certaines associations sont nationales tandis que d'autres sont locales. Il y a autant d'associations que de catégories de handicap même si l'on voit souvent des groupements qui réunissent tous les types de déficiences. On peut citer dans ce sens la fédération Sénégalaise des Associations de Personnes Handicapées (FSAPH). Pour mieux comprendre la négligence de la question de la SSR dans les associations de personnes handicapées, une brève présentation de quelques associations s'impose.

Il y a la Fédération Sénégalaise des Associations de Personnes Handicapées (FSAPH). En effet, les personnes handicapées ont déployé beaucoup d'efforts en créant plusieurs organisations pour leur propre promotion. Pour la première fois en 1997, une structure nationale regroupant plus de 20 associations est née : la Fédération sénégalaise. Cette fédération collabore avec des acteurs non étatiques, même si les pouvoirs publics restent ses premiers alliés et interlocuteurs. Elle devrait permettre aux personnes en situation de handicap et à leurs organisations de parler d'une seule voix pour promouvoir et défendre les principes de dignité

et de citoyenneté. Elle est dirigée par un président, élu par ses pairs, qui s'appuie sur un directoire, regroupant les responsables de 26 associations nationales. Elle représente les associations membres auprès de l'Etat, des organisations régionales et internationales de PH. Elle coordonne aussi les activités nationales, appuie l'éducation, la formation, l'insertion et la réinsertion des PH. Elle organise des activités de renforcement de capacités, de sensibilisation et de mobilisation sociale, recherche des financements de projet, favorise la prise en charge et l'intégration socio-économique des PH etc.

Il y a également l'Union Nationale des Aveugles du Sénégal (UNAS). Cette association lutte contre la mendicité. Elle prône l'alphabétisation fonctionnelle, la sensibilisation et la lutte pour un plaidoyer, la vulgarisation du braille et des activités génératrices de revenus,

L'Association Nationale des Handicapés Moteurs du Sénégal (ANHMS) est également une association de PH. Son but est d'appuyer l'éducation, la formation, l'insertion et la réinsertion des handicapés moteurs, d'organiser des activités de renforcement de capacités, de sensibilisation et de mobilisation sociale. Elle est aussi dans la recherche de financements de projets pour les membres et le plaidoyer pour la réadaptation fonctionnelle, sociale et professionnelle des handicapés moteurs.

L'Association pour l'éducation intégrée des déficients auditifs (CEIDA) qui prône la vulgarisation du langage des signes, l'appui à la création des associations de parents de déficients auditifs, l'identification et la scolarisation des enfants déficients auditifs.

L'association « *Handicacp ci kanam* » créée en 2016 constitue également une source de financement et d'investissement pour leurs membres porteurs de projet.

A Touba par exemple, il y a l'Association des handicapés moteurs de Touba. Le but de cette association est de sortir de la précarité dans laquelle les personnes vivant avec un handicap et leurs familles sont confrontées. Cela est possible grâce au partage, aux aides qu'elles reçoivent de la part du guide religieux etc. L'association participe à la solidarisation de ses membres (assistance lors des fêtes, en cas de maladies). Selon le président, l'Etat et les ONG qui travaillent pour la cause des personnes handicapées ne viennent pas à Touba. Il explique que cette situation est trop pénible pour eux car cette réticence vient du fait que Touba est

considéré comme un Etat à part entière qui vit de ses propres réalités. Ils n'ont même pas de possibilité de faire des formations pour acquérir des expériences. Selon lui, les membres ont du mal à aborder la SSR car la majorité ne sont pas allés à l'école. Cette situation fait qu'ils ne sont pas assez conscients des enjeux autour de la SSR des adolescentes handicapées.

Selon le président de la FSAPH, la question liée à la SSR n'est pas aussi prioritaire que cela dans l'agenda des revendications pour l'inclusion des PH. En revanche, les femmes membres de l'organisation organisent parfois des causeries en lien avec la SSR avec les plus jeunes au sein de l'association. Il ajoute qu'ils sont même en partenariat avec Marie Stopes Sénégal pour travailler sur la question. Cependant, malgré tout, pour le moment, les revendications restent davantage tournées vers les questions citoyennes, le financement, l'emploi et l'éducation. Leurs gestes confortent l'idée selon laquelle le domaine de la SSR ne constitue pas une priorité. En effet, comme il a été mentionné dans le préambule de la loi d'orientation sociale n° 2010-15 du 6 juillet 2010 relative à la promotion et à la protection des droits des personnes handicapées que le projet de loi « *a été ainsi l'aboutissement d'un long processus d'élaboration avec la participation effective au cours des travaux préparatoires des représentants d'organisations de personnes handicapées et des départements ministériels concernés* ». S'ils n'ont pas alors porté leur voix pour s'assurer de la prise en compte de leur SSR, cela doit être vrai alors qu'ils n'ont pas encore privilégié cette approche. Le même constat est fait quant à la Convention relative aux droits des personnes handicapées sur la question de la santé sexuelle et reproductive. Ils se sont limité à restreindre les droits des personnes handicapées en matière de santé en les cantonnant dans un registre purement médical. Certes, le modèle médical est très important, mais il ne doit pas être une barrière vers la reconnaissance du « caractère humain » des personnes handicapées.

Ce combat devrait être celui des adolescentes handicapées et des personnes handicapées, de l'Etat, de la société civile, des féministes et de toute la communauté. A côté de la négligence de la SSR des personnes vivant avec un handicap, il existe également un déficit d'appropriation sociale de la politique de SSR de la part des adolescentes elles-mêmes.

Section 2 : Le déficit d'appropriation sociale de la politique de la part des victimes

Le déficit d'appropriation sociale de la politique de SSR fait que les adolescentes handicapées sont davantage vulnérables. Malgré les lois, dispositions prises par l'Etat, les facteurs tels que la zone géographique, la pauvreté, l'éducation, l'appartenance religieuse et d'autres facteurs imbriqués peuvent être sources de barrières à l'accès à l'information des adolescentes. Dans cette partie, l'ignorance des adolescentes handicapées en matière de SSR (**Paragraphe 1**) et la minimisation de la situation en rapport avec la SSR par les victimes (**Paragraphe 2**) elles-mêmes feront l'objet d'analyse.

Paragraphe 1 : L'ignorance des adolescentes handicapées en matière de SSR

Selon l'UNFPA, le plus souvent les adolescents et les jeunes ne savent pas où et comment accéder aux services. Dans la plupart des pays, il n'existe que très peu de Points de Prestation de Services (PPS) qui offrent des services de SSR adaptés aux adolescents et aux jeunes. De plus, les normes socioculturelles telles que la pression d'avoir des enfants, les inégalités de genre, la stigmatisation par les prestataires entre autres, sont autant d'obstacles à l'utilisation des services. L'âge, le sexe, le niveau d'instruction, l'exposition à l'éducation donnée par la famille et la situation matrimoniale jouent également un rôle dans leur capacité à accéder aux services de SSR.

Le Guttmacher Institute a coordonné une étude⁹¹ portant sur la SSR des jeunes sénégalaises. Cette étude a montré qu'au Sénégal, peu de jeunes femmes recourent aux services officiels de santé sexuelle et reproductive car beaucoup semblent ne pas savoir avec certitude si elles sont autorisées à pratiquer la contraception avant 18 ans. Cela est paradoxal lorsque la loi de 2005 reconnaît que la santé de la reproduction « *est un droit fondamental et universel garanti à tout être humain sans discrimination fondée sur l'âge, le sexe, la fortune, la religion, la race, l'ethnie, la situation matrimoniale ou sur toute autre situation* ».

⁹¹ Guttmacher Institute, « Santé sexuelle et reproductive des jeunes sénégalaises », 2014.

Plusieurs facteurs renforçant l'ignorance des adolescentes handicapées en matière de SSR entrent en collision.

Comme l'enquête « perceptions » de HIRA l'a démontrée, la majorité des adolescentes interrogées n'ont jamais entendu parler de santé reproductive. Cette situation peut s'expliquer dans les lignes qui suivent.

Premièrement, il y a le facteur de l'éducation. En effet, l'éducation vise l'émancipation de la personne dans toutes ses dimensions ; qu'elles soient sociales, morales, intellectuelles, physiques, voire spirituelles. Aujourd'hui, à côté de la famille et des diverses associations, l'école est considérée comme un lieu d'instruction dans le sens où elle transmet des connaissances aux élèves. Elle a pour mission de former les élèves, de les rendre autonomes et de façonner en eux une identité citoyenne. En d'autres termes, l'éducation participe à l'éveil des adolescentes dans la mesure où elle leur permet d'avoir des informations nécessaires pour affronter la vie. Elle est un droit fondamental pour tous et joue un rôle central pour permettre réellement le passage à l'âge adulte. Le secteur de l'éducation a un rôle essentiel à jouer dans la préparation des enfants et des jeunes en matière de SSR. Loin de l'idée de faire l'apologie des pratiques sexuelles chez les adolescents, il pourrait aider à prévenir les comportements à risque. Ainsi, ils pourront être mieux préparés à prendre en charge leur SSR. Comme cela a été mentionné dans le PNPSRAJ, l'éducation à la santé sexuelle *« sera fondée sur nos valeurs et adaptée à l'âge. Elle vise à permettre une meilleure perception des risques. Elle aide également l'adolescent(e) à développer des compétences de vie sensibles au genre qui encouragent l'esprit critique, la communication, la négociation, la prise de décision, les comportements responsables et le respect des droits des autres »*.

Egalement les filles instruites sont en mesure de développer les compétences, les connaissances et la confiance dont elles ont besoin pour prendre des décisions au sujet de leurs choix dans la vie⁹². Elle met à disposition des moyens cognitifs et intellectuels. Par exemple, ces moyens pourraient dans ce cadre aider les adolescentes handicapées à comprendre leurs

⁹² UNFPA, « Rapport sur les adolescents et les jeunes : Afrique de l'Ouest et du Centre », 2018.

droits, leurs maladies, les enjeux autour de la SSR, le combat qu'elles doivent mener etc. De manière générale, l'éducation est un facteur important qui pourrait constituer en partie, un pas vers moins d'ignorance en matière de santé sexuelle et reproductive. Selon Abdou Salam Fall⁹³, les interventions en matière de SSR devraient cibler plusieurs thématiques prioritaires : sensibilisation sur les violences basées sur le genre, formation sur l'utilisation des méthodes contraceptives, sensibilisation sur le dépistage des IST, gestion de l'hygiène menstruelle, risques de grossesse non désirée etc.

Deuxièmement, les services de SSR sont peu inclusifs. En effet, l'accès à l'information est un enjeu crucial pour les adolescentes handicapées. Pour le rendre plus inclusif, il faut augmenter son accès en prenant en charge tout le monde. Ceci passe par la considération de certaines mesures. Ces mesures à prendre permettront d'intégrer dans l'information sur la SSR, un format accessible pour garantir un accès équitable à toutes les adolescentes vivant avec un handicap.

Il s'agit aussi de mettre à dispositions les moyens efficaces pour leur faire savoir où elles peuvent accéder à de telles informations. Les matériels d'information, d'éducation et de communication (IEC) doivent exister en format braille ou audio. Il doit y avoir également un recours à des interprètes lors de l'apport et des échanges des informations. Un matériel d'IEC peut être spécifiquement élaboré pour prendre en compte les besoins en SSR des adolescentes handicapées. Selon un membre de Special Olympics, les agents doivent se déplacer et effectuer des VAD pour mieux atteindre leurs cibles car les adolescentes ont peur d'être vues dans les locaux où les informations sur la SSR sont fournies. Autrement dit, les services doivent être décentralisés vu la honte ou la peur que suscite l'accès aux zones dédiées à la SSR.

Par exemple, une organisation telle que Marie Stopes Sénégal qui œuvre beaucoup dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive pourrait davantage intégrer la question du handicap dans la fourniture de ses services. Marie Stopes a des agents mobiles qui se déplacent pour accéder dans les zones où elle n'a pas de siège. Elle a également une ligne téléphonique et

⁹³ Fall Abdou Salam et al., « Étude baseline sur l'état des indicateurs de la santé de la reproduction des adolescent·e·s et des jeunes de Mbour, Bounkiling, Goudomp et Sédhiou au Sénégal », 2021.

un service de messagerie, tchat, mail, SMS pour les services SSR. Elle possède déjà les fournitures nécessaires et elle dispose des ressources adéquates pour le faire.

Par conséquent, elle pourrait s'assurer que ces ressources soient accessibles aux différents handicaps. L'intégration des adolescentes avec un handicap dans les services de Marie Stopes pourrait inclure l'adaptation de leur centre d'appel et de leur service de SMS aux besoins des personnes vivant avec un handicap. D'ailleurs, ayant conscience que ce volet relatif aux fournitures de service lié au handicap est laissé en rade, Marie Stopes a organisé en Avril 2023 un atelier marqué par la signature de la convention de partenariat entre Marie Stopes Sénégal et la FSPA. Ceci pour la participation active des personnes handicapées dans les activités de création de la demande, de l'offre de services en SSR, du développement d'outils et de la mobilisation des ressources. L'implication et la sensibilisation des réseaux de soutien (amis, familles, enseignants, etc.) constituerait également un moyen supplémentaire de toucher les adolescentes avec des informations sur la SSR.

Troisièmement, les adolescentes restent ignorantes car elles font face à des obstacles à cause de l'environnement dans lequel elles évoluent. Grâce aux enquêtes et à la littérature disponible, les obstacles identifiés affectant l'accès des adolescentes aux services de SSR comprennent plusieurs facteurs. Il s'agit des barrières financières, de la religion et du manque d'informations sur les services de SSR.

Les obstacles liés au handicap sont les barrières financières, le manque d'accès à l'information sur les services de SSR et l'accessibilité physique des centres de santé. Selon la coordonnatrice du CCA de Mbacké : *« quatre clubs de jeunes filles ont été créés regroupant des jeunes filles de différentes communes de Mbacké. Mais, je n'ai vu aucune adolescente handicapée dans les clubs. Pourtant, avec les jeunes, on développe des modules très intéressants sur la SSRAJ comme sur les infections féminines par exemple. C'est un sujet qui concerne surtout les adolescentes handicapées. Elles manquent d'informations en SSR et c'est vraiment regrettable car cela peut leur causer énormément d'ennuis. Vu qu'elles sont généralement pauvres et qu'elles n'ont pas parfois des moyens d'utiliser des serviettes hygiéniques, elles font recours à d'autres techniques qui leur causent énormément d'infections vaginales ».*

En effet, à cause de leur handicap et de la pauvreté, elles ont davantage du mal à

prendre soin d'elles et de leur santé. *« La santé des jeunes et des adolescents est très intéressante et très importante car elle est à la croisée de plusieurs facteurs la rendant vulnérable. Ceux-ci doivent être plus informés pour pouvoir vivre sans grossesses non désirées, sans IST, sans alcool, sans VIH, sans règles douloureuses. Lors des premières règles par exemple, l'adolescente est déboussolée et prend peur. La fameuse phrase de nos mamans selon laquelle si un homme t'approche tu vas tomber enceinte a créé beaucoup de traumatismes durant notre jeunesse. C'est tabou de parler de SSR surtout dans une zone aussi religieuse qu'ici mais il ne le faut pas. En tout cas, l'idéal serait d'avoir la gratuité des soins ou la réduction des tickets pour cette catégorie de population très vulnérable et pauvre que sont les jeunes de manière générale ».*

Le fait que les barrières financières soient souvent mentionnées et qu'à l'inverse, la carte d'égalité des chances ne soit que rarement mentionnée, souligne deux choses. Cela souligne que cette carte n'a pas encore été rendue disponible ou qu'elle n'a pas encore eu d'impact sur l'accès de cette population aux services de la santé. Le constat de l'absence d'information sur les services de SSR permet de conclure que les interventions actuelles n'atteignent pas ou ne répondent pas jusque-là aux besoins des adolescentes handicapées.

Une série d'obstacles à l'accès des produits, des informations et des services de SSR ont été identifiés dans la documentation existante. Ainsi, le caractère non abordable des services de SSR, l'ignorance des droits d'accès et des services de SSR ont été également mentionnés par les jeunes. Ces situations enfoncent leur ignorance et les exposent davantage. D'autre part, l'incertitude d'être autorisées à accéder aux principaux services de SSR, la crainte et le doute quant au respect de la confidentialité sont autant de facteurs qui, selon les adolescentes handicapées, sont responsables d'une demande faible en services de SSR. L'attitude des prestataires peut avoir un effet néfaste sur l'accès aux produits et services de SSR.⁹⁴

Ces agissements et barrières entre autres renforcent la négligence de la question relative à la SSR par les adolescentes handicapées elles-mêmes.

⁹⁴ Burke Eva, Le May Alex, Kébé Fatou, Flink Ilse, « Une étude des obstacles et des facteurs facilitant l'accès des jeunes vivant avec un handicap aux services de santé sexuelle et reproductive au Sénégal (Dakar, GuédiawayeThiès, Kaolack, Saint-Louis, Louga, Thiadiaye) », rapport de recherche, Rutgers, 2015, 46p.

Paragraphe 2 : La négligence de la question relative à la SSR par les victimes elles-mêmes

A la question : « pensez-vous vous battre suffisamment pour que votre cause en matière de SSR soit défendue ? », un membre d'une association de personnes handicapées répond : « *nous avons d'autres priorités nous. Bien vrai que la SSR est un point très important parce qu'elle concerne la santé, néanmoins, notre combat à nous, c'est d'aider nos semblables à avoir au moins quelque chose à se mettre sous la dent. La plupart de nos membres vivent de la mendicité, ce n'est pas une activité fructueuse car les temps sont trop durs dernièrement. Nous sollicitons l'aide de l'Etat parce que notre situation est très difficile. On remet tout entre les mains de Dieu, il est très miséricordieux* ».

Les personnes handicapées se résignent et endurent en se remettant à Dieu qui les a « créées comme telles ». A cause des combinaisons de barrières (institutionnelles, financières, physiques, comportementales, religieuses etc.), la situation des PH reste difficile. Le manque d'information constitue entre autres une ligue contre les revendications des personnes handicapées. La négligence de la question relative à la SSR persiste car elles n'ont pas accès pour la plupart ni à l'éducation ni aux connaissances et informations nécessaires. L'éducation est très importante. Elle est la clé pour éveiller les consciences, car elle permet de saisir des enjeux liés à la vie de manière générale. Elle permet d'acquérir des connaissances et de briser le cycle traditionnel qui les exclut et les confine à la maison. Elle est un pilier, un outil pour elles de s'imposer et d'imposer leurs droits dans la société.

En outre, la pauvreté est signalée comme un obstacle récurrent qui limite la prise en charge des besoins primaires des personnes en situation de handicap et de leurs familles. Ce ne seront pas les parents qui ont du mal à s'alimenter qui vont prendre l'initiative d'aller soigner leurs enfants à l'hôpital. Sans le soutien financier de la famille, du gouvernement ou d'autres organisations, il est difficile pour les personnes handicapées d'accéder aux services de santé. Ils n'ont même pas l'argent pour se payer le transport.

Les problèmes de handicap se manifestent principalement dans les contextes sociaux et les relations sociales, plus que dans la situation médicale d'un individu. Dans le contexte de la santé, la stigmatisation et le préjudice font apparaître des barrières supplémentaires. Celles-ci se dressent alors devant les personnes handicapées. Pour mieux comprendre pourquoi les principales concernées négligent et minimisent leur situation, certains paramètres sont à considérer. Une étude réalisée par Burke et al au Sénégal montre une faible utilisation des services de SSR parmi les personnes handicapées. Outre les obstacles financiers et les attitudes des prestataires, d'autres obstacles spécifiques au handicap comprenaient le fait de dépendre d'une personne connue, souvent un membre de la famille, pour se rendre dans les cliniques de santé, ce qui portait atteinte à leur vie privée et à leur confidentialité. Cette situation peut susciter de la gêne.

En outre, même si l'on peut admettre que la sexualité est un besoin humain fondamental, la conscience et la connaissance de la sexualité sont façonnées par une série d'idées et de pratiques socioculturelles et religieuses spécifiques au contexte. Les personnes handicapées se voient systématiquement refuser l'accès aux connaissances sur la sexualité, au comportement sexuel et aux services, ce qui conduit à leur marginalisation sexuelle. Dans la plupart des cultures, le plaisir associé à l'intimité sexuelle est à la fois décrié et nié⁹⁵. Elles finissent par intérioriser ces pratiques et cela conduit à la négligence des questions relatives à la sexualité, à la procréation, à la vie amoureuse etc. Si la honte du handicap pèse lourd sur la balance, l'adolescente concernée peut ressentir ce sentiment qui va finir par déteindre sur elle. L'environnement dans lequel l'individu évolue en dit long sur son comportement et son éducation. Dans la compréhension populaire, leur sexualité est définie comme se situant quelque part aux extrêmes du non-sexuel et de l'hypersexuel. Comment les personnes handicapées se conceptualisent-elles, vivent-elles et s'engagent-elles en tant qu'êtres sexuels ? Outre les contraintes spécifiques imposées par un handicap particulier, de telles expériences se cristallisent dans les grandes catégories de culture, de socialisation, de classe socio-économique etc. La pauvreté, la stigmatisation, la discrimination ... façonnent les expériences personnelles de honte, de désir

⁹⁵ Addlakha Renu, Price Janet et Heidari Shirin, « Disability and sexuality: claiming sexual and reproductive rights », *Reproductive Health Matters*, Vol 25, n° 50, 2017, 7p, <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1336375>, consulté le 12/11/2023.

ou d'absence de désir, de confiance et d'estime sexuelles. Cela inclut les barrières physiques qui empêchent l'accès des personnes handicapées aux cliniques et hôpitaux.

Il existe également des obstacles en termes d'information qui empêchent l'accès des personnes handicapées à la littérature médicale destinée à la promotion, à la prévention et à la protection sanitaire. Les barrières comportementales faisant apparaître des discriminations pouvant avoir de fortes retombées sur les droits des personnes handicapées. Il y a aussi les barrières institutionnelles qui comprennent la législation, les pratiques et les procédures qui encadrent l'accès des personnes handicapées aux soins de santé mais qui ne sont pas effectives.

En effet, la santé est déterminée par un large éventail de facteurs dont la plupart se situent en dehors du domaine sanitaire. Il s'agit en effet des facteurs sociaux, économiques, environnementaux ... qui déterminent les facteurs externes en matière de santé. Ainsi, une approche intégrée des besoins de cette couche de la population doit être envisagée et garantie par l'Etat.

Les adolescentes minimisent leur situation parce qu'elles sont ignorantes, elles ne connaissent même pas leurs droits pour des conditions d'accès favorables à leur accès aux services SSR. Les acteurs pertinents avec qui elles doivent formuler leurs revendications sont absents et/ou ont d'autres priorités. Un travail de sensibilisation et d'inclusion s'impose.

Prendre en compte les différents degrés d'intersectionnalité facilite la vie quotidienne de ces adolescentes voire leurs conditions d'accès aux services. En effet, la politique doit prendre en compte les spécificités des catégories de la population pour prétendre l'inclusion.

La combinaison de facteurs décourage les concernés. Ainsi, en général, les personnes handicapées sont confrontées au cercle vicieux de la pauvreté. Elles vivent en fonction des priorités. La priorité première reste les besoins en nourriture. Elles sont pauvres et ont du mal à assurer la dépense quotidienne. Donc, leur priorité reste la dépense quotidienne. La question de la SSR n'a pas fait l'objet d'intérêt notoire ni parmi les adolescentes, ni parmi les parents, encore moins chez les associations de personnes handicapées. L'Etat doit redoubler d'efforts en prenant des mesures qui invitent tous les acteurs dans la chaîne (parents, prestataires, médias, ONGs, religieux etc.). Accepter la sexualité et les besoins en SSR des adolescentes serait un grand bond et une aubaine pour cette tranche de la population qui sont dans le besoin. Ces comportements favorisent le changement et l'amélioration des comportements des adolescentes

en rapport avec leur SSR. Le cadre dans lequel elles évoluent peut constituer un cadre propice comme hostile à leur épanouissement. Autrement dit, l'acceptation communautaire des besoins de SSR des jeunes et de leurs droits d'accès aux services, leur permet d'être plus proactifs dans la protection de leur propre santé. Pour cela, un travail doit se faire en amont et de façon permanente. Mais ces initiatives de l'Etat se heurtent sans cesse aux barrières culturelles et religieuses du pays. Par exemple, une étude du Guttmacher Institute révélait que : « *les jeunes femmes citent aussi les attitudes et les normes culturelles et religieuses qui censurent l'activité sexuelle pré-nuptiale parmi les raisons pour lesquelles elles ne cherchent pas à obtenir de services* ». Donc, malgré la législation en faveur des campagnes de sensibilisation sur le handicap ou la SSRA, l'accès des jeunes aux services SSR demeurent faibles.

Donc, la question de l'appropriation sociale prend tout son sens. Les personnes concernées ne se sont pas suffisamment appropriées ces politiques pour émettre une quelconque revendication. Elles n'ont même pas l'énergie, ni le courage à cause des préjugés sur leur situation. Selon une adolescente avec un handicap visuel, elle a eu ses menstruations pendant 60 jours. Elle dit à ce propos : « *il m'est arrivée d'avoir mes menstruations pendant 2 mois, mais je ne suis pas partie consulter. Je n'ai pas les moyens d'aller à l'hôpital. A cette époque, ma maman, qui me porte quand on sort, était également malade, elle avait un panaris. C'est lorsque je suis tombée pour cause anémique chez nous que j'ai dit à ma maman ce qui se passait* ».

En somme, la situation des adolescentes handicapées est réellement difficile. La combinaison de facteurs les rend encore plus vulnérables. Alors, même si l'Etat prend des mesures ineffectives, qu'elles ignorent ou qu'elles ne s'approprient pas, d'autres initiatives doivent être envisagées.

CONCLUSION GENERALE

En Afrique de l'Ouest et du Centre, l'importante cohorte de jeunes représente une occasion historique d'amener le progrès et d'adopter des solutions innovantes afin d'amorcer un changement. A ce titre, les ODD permettent d'agir collectivement pour améliorer la vie de millions de personnes dans le monde entier. Il est crucial de placer les jeunes au centre des engagements et des priorités de développement. Il est alors important de les faire passer en premier afin de tirer pleinement profit du dividende démographique et de renforcer la résilience pour réaliser les ODD en Afrique. Pour atteindre ces objectifs, un changement fondamental est nécessaire. Cela sous-tend permettre aux jeunes d'être autonomes, de leur donner les outils pour devenir des acteurs productifs, encore plus influents, au sein de leur société. Dans ce but, les pays doivent mettre fin à toutes les formes de discrimination et de violence dont les jeunes font l'objet. Dans ce cadre particulier, il s'agit des adolescentes. Ces dernières sont confrontées à la violence et aux abus sexuels suivis de grossesses, aux MST, à une mauvaise prise en charge de leur SSR, à l'analphabétisme, aux problèmes d'accessibilité etc. Ces situations sont exacerbées lorsqu'elles sont combinées au handicap. Cela augmente le risque accru d'entraver le futur de ces adolescentes UNFPA⁹⁶.

⁹⁶ UNFPA, « Rapport sur les adolescents et les jeunes : Afrique de l'Ouest et du Centre », 2018.

Ce travail de mémoire portant sur la politique de santé basée sur le genre : le cas de la santé sexuelle et reproductive des adolescentes handicapées a été focalisé sur l'analyse de l'action publique pour l'inclusion des personnes handicapées en général dans l'environnement de la SSR. Il s'inscrit dans cette logique d'introduire l'une des barrières susceptibles de restreindre le plein potentiel des jeunes et leur pleine participation au développement durable. Ce sujet est d'une importance car il ressort que, des actions soient entreprises ou pas par l'Etat, les personnes handicapées continuent de subir le rôle handicapant de l'environnement et du cadre socioculturel dans lesquels elles évoluent.

A travers sa politique générale, l'Etat du Sénégal a réaffirmé son engagement à faire de la santé un secteur prioritaire où tous les ménages bénéficient d'un accès universel à des services de qualité, sans aucune forme d'exclusion. Cependant, le système mis en place reste inégalitaire à cause du faible accès des populations à des services de santé de qualité et du faible recours des femmes et des jeunes à des services de santé de la reproduction (SNEEG 2).

Se fondant, entre autres, sur ces constats, le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) et le Document de programmation pluriannuelle des dépenses ont vu le jour. Ces plans traduisent la volonté du Gouvernement de rendre, dans un souci d'équité, les services socio-sanitaires de base accessibles à toutes les composantes de la population. Qu'importe le pouvoir économique et la zone de résidence, ces initiatives visent la mutualisation des moyens par l'entremise des mutuelles de santé que l'Etat soutient pour favoriser la participation de tous les ménages. Elles n'ont toujours pas de manière effective pu apporter des changements significatifs au vécu social des adolescentes handicapées.

En effet, les contraintes liées à l'accessibilité des adolescentes handicapées aux services de SSR persistent et participent au renforcement de leur vulnérabilité et des répercussions sur leur autonomisation.

Vivant avec un handicap, qu'il soit visible ou invisible, accru ou modéré, les personnes handicapées n'ont pas à souffrir du manque de représentation et de considération dans certaines dimensions intrinsèques à leur vie intime et sexuelle. Dans ce cadre précis, il s'agit de la SSR. Le handicap au Sénégal constitue un frein en soi que ce soit sur le plan politique, social, sanitaire, relationnel, individuel etc. La législation qui devrait leur assurer, leur garantir des

droits, est celle qui les oublie, qui ne les prend pas en compte. Du côté du handicap, c'est la loi d'orientation sociale de 2010 qui promeut et protège les droits des personnes handicapées. Cette loi constitue un cadre de référence du dispositif institutionnel en matière de prise en charge et d'intégration des personnes handicapées dans la société sénégalaise. Elle prend en compte les perspectives en matière de stratégies de réadaptation, de mobilisation des ressources et d'encadrement. Les dispositions scindées en sept chapitres encadrent tant bien que mal les droits des personnes handicapées. Ces mesures sont davantage orientées vers l'intégration et la prise en charge de cette catégorie de la population. Certes, les efforts sont salutaires, mais ils peuvent être remis en question surtout lorsqu'une attention particulière est accordée à la négligence de la question liée à la SSR.

Pour mieux comprendre le chemin parcouru pour la prise en compte du handicap, il est primordial de revenir sur ce en quoi il était réduit. Les débats scientifiques concernant la définition du handicap ont tourné autour de deux modèles conceptuels : le modèle biomédical et le modèle social du handicap. Si le premier se concentre sur l'individu et sa déficience, le deuxième est marqué de façon plus prégnante par une approche écologique des relations interindividuelles. Le point de vue biomédical centré sur la déficience, l'anomalie anatomique ou physiologique, se soucie peu de la personne dans sa globalité et tend à réduire la personne à son objectif de traitement. Le modèle dit social, lui, s'inscrit dans une perspective d'identification, de réduction des obstacles environnementaux à la réalisation des activités courantes et des rôles sociaux des personnes. Il dépasse les champs de la santé et du soutien social pour interroger les systèmes éducatifs, économiques, récréatifs et politiques. Dans ce dernier modèle, le handicap est conçu comme le produit des interactions entre l'individu et son environnement. Dans ce sens, ce n'est plus à l'individu de s'adapter aux autres ou aux espaces environnants, mais plutôt à la société de mettre à sa disposition les moyens pour qu'il mène une vie conforme à ses aspirations. Il interpelle ainsi la conception des environnements bâtis, des technologies, des infrastructures publiques de transport et de communication mais aussi les idéologies, les valeurs et les attitudes envers les différences corporelles et fonctionnelles⁹⁷. Le modèle médical reste prédominant jusque-là. La prise en charge de la

⁹⁷ Noémie Rapegno et Cristina Popescu, « Géographies du handicap : Quelles dimensions spatiales du handicap ? », in *Géographies du handicap : Recherches sur la dimension spatiale du handicap*, Collection interdisciplinaire EMSHA (La Plaine-Saint-Denis: Éditions des maisons des sciences de l'homme associées, 2021), <http://books.openedition.org/emsha/733>.

maladie a été au cœur de la législation sur les droits des personnes handicapées. Le caractère humain a été laissé en rade. Aucune mention de la vie conjugale, reproductive ou sexuelle des personnes handicapées n'a suscité l'intérêt du législateur. Le même constat revient dans la loi de 2005 qui encadre les droits reproductifs au Sénégal. De surcroît, malgré les projets de lois, les protocoles, les politiques mis en place par l'Etat du Sénégal pour pallier ce manque de considération, les personnes handicapées souffrent jusque-là des déficiences de l'appareil étatique.

Comme l'a mentionnée Aissatou Cissé lors d'un entretien, « *les personnes handicapées ont besoin d'être prises en compte et pas d'être prises en charge* ». Fort de cette affirmation, il en relève un appel à l'action publique pour leur considération dans les différentes politiques publiques. Les personnes vivant avec un handicap font face en effet à une pléthore d'obstacles au quotidien. Ces obstacles sont exacerbés par plusieurs facteurs. Dans le cadre de la SSR par exemple, Les obstacles identifiés affectant l'accès des adolescentes aux services de

SSR comprennent les barrières financières, l'attitude des prestataires, la religion et le manque d'information sur les lieux d'accès aux services de SSR. Concernant la religion, on assiste à ce que l'on appelle l'impuissance politique face à l'environnement socioculturel.⁹⁸

Les obstacles identifiés liés au handicap incluent l'attitude des prestataires (en matière de gestion et de compréhension du handicap), leurs compétences (par exemple, leur habileté à communiquer avec des personnes ayant un handicap auditif), les barrières financières (en raison d'un risque accru de pauvreté chez les personnes vivant avec un handicap). Le manque d'accès à de l'information sur les services de SSR (dû à l'absence de supports d'information adaptés aux handicaps, des supports en braille par exemple, à l'absence d'IEC des services de SSR auprès des différents groupes de handicap, etc.), et l'accessibilité physique des centres de santé freinent l'accès des personnes handicapées aux services SSR. Le fait que les barrières financières soient souvent mentionnées, et, qu'à l'inverse, la carte d'égalité des chances ne soit que rarement mentionnée, souligne que cette carte n'a pas encore été rendue disponible ou n'a pas encore eu d'impact sur l'accès de cette population aux services de la santé. Le constat de

⁹⁸ Joséphine Diallo, « La politique de planification familiale au Sénégal : approche sanitaire et conflits de norme », *Presses de sciences po*, n° 70 (2014).

l'absence d'information sur les services de SSR et de l'utilisation négligeable de ces derniers par les adolescents actifs et/ou en couple, permet de conclure que les interventions actuelles en faveur des jeunes ne les atteignent pas ou ne répondent pas de façon adéquate à leurs besoins insatisfaits.

Les adolescentes handicapées ont démontré un besoin de soutien social accru pour accéder aux services de santé. En effet, beaucoup d'entre elles sont incapables d'accéder seuls à ces services. Elles se font souvent accompagner par leurs mamans ou leurs proches. Ceci les empêche d'accéder de façon autonome à des informations et à des services en toute confidentialité et dans l'anonymat. Cela constitue un obstacle vis-à-vis de leur accès aux soins de santé. Parler de sujets souvent tabous avec ses parents peut être malaisant, gênant. Dans certains cas, les parents ont été décrits comme des confidents, mais dans beaucoup d'autres cas les adolescentes handicapées ont confié éviter de parler de la SSR et des relations avec leurs parents. Si c'est le cas, le rôle des parents et d'autres personnes dans leurs réseaux de soutien doit être examiné soigneusement. Ces personnes pourraient contribuer à créer un environnement propice pour aborder la SSR avec elles, mais pourraient tout autant constituer une barrière supplémentaire à surmonter. Pour rendre leur accès possible, les adolescentes ont également besoin de connaître les lieux d'accès aux services, les services doivent être gratuits ou subventionnés, et les prestataires doivent être capables de communiquer efficacement avec eux.

La problématique des interactions négatives entre SSRA-DC et VBG suscite des questionnements sensibles, liés notamment aux tabous qui entourent le corps des adolescentes ainsi que les enjeux de sexualité qui en découlent. Les jeunes filles qui "osent" assumer leur sexualité, sont souvent perçues par la société, parfois même par leurs amies comme ayant une vie sexuelle débridée ("wow bëtt"), donc peu fréquentables. Dès lors, les adolescentes préfèrent souvent expérimenter leur sexualité dans la clandestinité, au risque de s'exposer à des problèmes de santé sexuelle et reproductive. Les adolescentes handicapées ne dérogeront pas à cette règle.

A l'évidence l'absence de cette question cruciale dans la SNEEG se traduit par l'absence d'actions concrètes pilotées par l'État en la matière. L'on se retrouve ainsi dans des configurations où ce sont des organisations communautaires qui essaient de remédier au caractère parcellaire et non inclusif du système de prise en charge des femmes et adolescentes victimes de VBG et exposées à une faible santé sexuelle et reproductive.

Les expériences des jeunes et des adolescentes sont extrêmement diverses et se différencient par des caractéristiques telles que la classe sociale, le sexe, l'ethnicité, la sexualité, l'état de santé, le handicap et la situation géographique. La perspective intersectionnelle permettra de tenir compte des inégalités entre adolescentes en ce qui a trait à l'accès aux ressources et à l'information sur les VBG et la SSRA. Mais aussi, elle permettra de penser les activités de prévention en cohérence avec le milieu social. Elle aide à faire la corrélation entre la classe sociale, la religion, l'environnement socio-culturel etc.

Ces lacunes systémiques contribuent à maintenir de nombreuses adolescentes dans un cycle vicieux de violences sexuelles et de risques sanitaires, exacerbé par des normes socioculturelles restrictives et des croyances religieuses conservatrices.

Ainsi, la lutte pour l'accessibilité passe par l'élimination des attitudes dépréciatives et irrespectueuses à l'encontre des personnes handicapées, l'accessibilité de l'environnement matériel, l'accessibilité des modes de communication, l'accessibilité des services etc.

Une autre étude s'intéressant à la même problématique pourrait élargir la recherche sur l'articulation entre les VBG et la SSR des adolescentes handicapées.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- 1- MULLER Pierre, *QUE SAIS-JE ? Les politiques publiques*, Presses Universitaires de France, 10^e ed., 2013, 72p.
- 2- Tamal Sylvia. *African sexualities*. South Africa, Pambazuka Press. 2011, 674p.

Articles

- 3- Addlakha Renu, Price Janet et Heidari Shirin, « Disability and sexuality: claiming sexual and reproductive rights », *Reproductive Health Matters*, Vol 25, n° 50, 2017, 7p, <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1336375>, consulté le 12/11/2023.
- 4- Adugna Molalign B et al., « Barriers and facilitators to healthcare access for children with disabilities in low and middle income sub-Saharan African countries: a scoping review », *BMC Health Services Research* 20, n° 1, 2020, 15p, <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4822-6> , consulté le 30/05/2023.
- 5- Bergeron Henri, Surel Yves, et Valluy Jérôme, « L'Advocacy Coalition Framework. Une contribution au renouvellement des études de politiques publiques ? », *Politix. Revue des sciences sociales du politique* 11, n° 41 (1998): 195 223, <https://doi.org/10.3406/polix.1998.1718> , consulté le 09/07/2023.
- 6- Bouilly Emmanuelle et N'Diaye Marième, « Introduction au thème. Penser l'anti-genre en Afrique », *Politique africaine* 168, n° 4, 2022,24p, <https://doi.org/10.3917/polaf.168.0005>, consulté le 18/11/2023 .
- 7- Burke Eva, Alex le May, Fatou Kébé, Ilse Flink. « Une étude des obstacles et des facteurs facilitant l'accès des jeunes vivant avec un handicap aux services de santé sexuelle et reproductive au Sénégal ». Rutgers, décembre 2015.
- 8- Burke et al., « A qualitative study to explore the barriers and enablers for young people with disabilities to access sexual and reproductive health services in Senegal », Vol 25

- ; n°50, 2017, 54p, <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1329607>, consulté le 04/03/2023.
- 9- Courtois Robert, « Conceptions et définitions de la sexualité: les différentes approches », *Annales Médico-psychologiques, Revue psychiatrique* 1998, 613-620p, [conceptions et définitions de la sexualité: les différentes approches \(hal.science\)](https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1329607), consulté le 10/11/2023.
- 10- Crossouard Barbara, Dunne Máiréad & Durrani Naureen, « Silencing Youth Sexuality in Senegal: Intersections of Medicine and Morality », *Gender and Equality*, Vol 31, 2017, 170p.
- 11- Dadoorian Diana, « 2. Adolescence », in *Grossesses adolescentes*, La vie de l'enfant (Toulouse: Érès, 2007), 25-41, <https://www.cairn.info/grossesses-adolescentes-9782749205267-p-25.htm> consulté le 03/04/2023.
- 12- Dauplat Jacques et al., « Le dépistage du cancer du col de l'utérus, état des lieux et perspectives », *Sages-Femmes* 19, n° 2 (1 mars 2020): 26-30, <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2020.01.008>, consulté le 07/04/2023.
- 13- Diallo, Joséphine. « La politique de planification familiale au Sénégal: approche sanitaire et conflits de norme ». *Presses de sciences po*, n° 70 (2014).
- 14- Diop Idrissa, « Handicap et représentations sociales en Afrique occidentale », *Le français aujourd'hui* Vol 177, n° 2, 2012, 19-27p, <https://doi.org/10.3917/lfa.177.0019>, consulté le 14/07/2023.
- 15- Esmail Shaniff et al., « Attitudes and perceptions towards disability and sexuality », *Disability and Rehabilitation* vol 32, n° 14, 2010, 1148-1155, <https://doi.org/10.3109/09638280903419277>, consulté le 8/11/2023.
- 16- Fall, Abdou Salam, Rokhaya Cissé, Soufianou Moussa, Ndèye Sokhna Cissé, et Mamadou Chérif Diallo. « Étude baseline sur l'état des indicateurs de la santé de la reproduction des adolescent·e·s et des jeunes de Mbour, Bounkiling, Goudomp et Sédhiou au Sénégal », s. d.
- 17- Ganle, John Kuumuori, Leonard Baatiema, Reginald Quansah, et Anthony DansoAppiah. « Barriers Facing Persons with Disability in Accessing Sexual and Reproductive Health Services in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review ». *PLOS ONE* 15, n° 10 (12 octobre 2020): e0238585. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238585>, consulté le 09/03/2023.

- 19-Gueye A Karim, « ETUDE DE L'ACCESSIBILITE DES POPULATIONS AUX SOINS HOSPITALIERS AU SENEGAL », 2009, 41p, [ETUDE DE L'ACCESSIBILITE DES POPULATIONS AUX SOINS HOSPITALIERS AU SENEGAL \(plateforme-ane.sn\)](#), consulté le 10/11/2023.
- 20-Jaramillo Ruiz, Felipe. « The Committee on the Rights of Persons with Disabilities and its take on sexuality ». *Reproductive Health Matters* 25, n° 50, 2017: 92-103p. <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1332449>.
- 21- Khaliloulah, Ibrahima. « Accessibilité géographique des structures sanitaires au Sénégal Geographic accessibility of healthcare services in Senegal ». *Annales des Sciences de la Santé* 1, n° 10, 2016, 16p.
- 22- Laborde-Balen Gabrièle et al., « Sexualité des adolescentes nées avec le VIH au Sénégal : entre normes sociales et secrets de famille », *Therapeutic Advances in Infectious Diseases*, 2023, 9p, <https://doi.org/10.1177/20499361231159295>, consulté le 12/11/2023. <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/09688080.2017.1331684?needAccess=true>.
- 23- M. Sidze Estelle et al., « Young Women's Access to and Use of Contraceptives: The Role of Providers' Restrictions in Urban Senegal », *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 40, n° 04 (décembre 2014): 176-84, <https://doi.org/10.1363/4017614>, consulté le 05/06/2023 .
- 24- Mac-Seing Muriel, Zarowsky Christina, « Une méta synthèse du genre, du handicap et de la sexualité » Vol 29 (2017), p909 à 919.
- 25- Masson Dominique, « Femmes et handicap », *Recherches féministes* Vol 26, n° 1, 2013, 111-29p, <https://doi.org/10.7202/1016899ar>, consulté le 06/11/2023.
- 26- Mbacké Leye et al. « Déterminants de l'utilisation de la contraception moderne dans le district sanitaire de Mbacké (Sénégal) ». *Santé Publique* 27, n° 1 (2015): 107-16p. <https://doi.org/10.3917/spub.151.0107>, consulté le 10/07/2023
- 27- MOULI CHANDRA- et al, "Twenty Years After International Conference on Population and Development: Where Are We With Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights?", 2015, *Journal of adolescent health*, 56, p. 51-56, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X14004285> consulté le 13/03/2023.

- 28- N'Diaye Marième, « La lutte pour la légalisation de l'avortement au Sénégal. Redéfinition des discours et pratiques militantes », *Cahiers d'études africaines* Vol 242, n° 2, 2021, 307-329p, <https://doi.org/10.4000/etudesafriaines.34209>, consulté le 06/11/2023.
- 29- Ndonky Alphousseyni et al., « Measure of geographic accessibility to health care services in Dakar urban area », *Cybergeog: European Journal of Geography*, 2015, <https://doi.org/10.4000/cybergeog.27312>, consulté le 09/10/2023.
- 30- Peta Christine, « Le Handicap n'est Pas l'asexualité : Les Expériences et Les Aspirations Des Femmes Handicapées En Matière de Procréation Au Zimbabwe », *Reproductive Health Matters* Vol 25, n°50, 2017, 19p, DOI: 10.1080/09688080.2017.1331684, consulté le 12 novembre 2023.
- 31- Rapegno, Noémie, et Cristina Popescu. « Géographies du handicap : Quelles dimensions spatiales du handicap ? » In *Géographies du handicap : Recherches sur la dimension spatiale du handicap*. Collection interdisciplinaire EMSHA. La Plaine-Saint-Denis: Éditions des maisons des sciences de l'homme associées, 2021. <http://books.openedition.org/emsha/733>.
- 32- Ruiz Felipe Jaramillo, « The Committee on the Rights of Persons with Disabilities and its take on sexuality », *Reproductive Health Matters* Vol 25, n° 50, 2017, 92-103p, <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1332449>, consulté le 12/12/2023.
- 33- Schaaf, Marta. « Negotiating Sexuality in the Convention on the Rights of Persons with Disabilities » 8, n° International journal of human rights (2011).
- 34- Schaff, Adam. « La définition fonctionnelle de l'idéologie et le problème de la « fin du siècle de l'idéologie » ». *L'Homme et la société* 4, n° 1, 1967, 59p. <https://doi.org/10.3406/homso.1967.1022>, consulté le 15/11/2023.
- 35- Sene Ismaïla, « Regard critique sur les initiatives d'insertion professionnelle des handicapés de la région de Ziguinchor (Sénégal) », *Sciences & Actions Sociales* 13, n° 1 (2020): 261-74, <https://doi.org/10.3917/sas.013.0261>, consulté le 14/07/2023.
- 36- Sèye Aliou, « Au Sénégal, handicap et errance », in *Le handicap au risque des cultures, Connaissances de la diversité* (Toulouse: Érès, 2010), 207-26, <https://doi.org/10.3917/eres.gardo.2010.01.0207.consulté>, le 14/07/2023.
- 38-Sicot François, « Déviations et déficiences juvéniles : pour une sociologie des

- orientations », *Alter* 1, n° 1 (1 novembre 2007): 43-60, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875067207000119> consulté le 05/03/2023 .
- 39-Sidze, Estelle M., Solène Lardoux, Ilene S. Speizer, Cheikh M. Faye, Michael M. Mutua, et Fanding Badji. « Young Women's Access to and Use of Contraceptives: The Role of Providers' Restrictions in Urban Senegal ». *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 40, n° 04 (décembre 2014): 176-84. <https://doi.org/10.1363/4017614>.
- 40- Soule Olivia et Sonko Diatou, « Examining Access to Sexual and Reproductive Health Services and Information for Young Women with Disabilities in Senegal: A Qualitative Study », *Sexual and Reproductive Health Matters* 30, n° 1 (31 décembre 2022): 2105965, <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2105965>, consulté le 05/03/2023.
- 41- Sow Alassane et Dièye Mouhamed Moustapha, « Configuration de l'ONG Jamra dans l'espace public sénégalais: dynamiques censoriales, contrôle sociale et liberté d'expression », *Liens, Revue Internationale des Sciences et Technologies de l'Éducation*, n°2, 2022, 19p, consulté le 11/11/2023.
- 42- Surel Yves, *Approches cognitives*, in *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 5e éd., 848p, 2019.
- 43- Susan.A Cohen, « Les grands avantages d'investir dans la santé sexuelle et reproductive » 7, n° 1 (17 mars 2004).
- 44- Taverne Bernard et al, « Treatment success or failure in children and adolescents born with HIV in rural Senegal: An anthropological perspective ». *Social Science & Medicine* , 2023, 317p, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115628>, consulté le 13/11/2023.

Thèses et Mémoires

- 44- Sagna Diatta Madeleine, « Le vécu social des femmes avec des limitations fonctionnelles et porteuses du VIH/sida au Sénégal ». Mémoire soutenu à Sherbrooke au Canada en 2013.

Rapports d'enquêtes

- 45-APAPS IRESSEF, « ENQUÊTE NATIONALE DE SURVEILLANCE COMBINÉE DES IST ET DU VIH/SIDA », 2015.
- 46- BA Mame Penda, SAKHO Cheikh Sadibou , YASSINE Rachid ID , NDIAYE Ndèye Laïty, DIALLO Papa Fara, MBALA Firmin, SAMBOU Oumy Régina, DIA Fatimatou. « HIRA, Enquête sur les perceptions sociales des violences sexistes et de la santé sexuelle et reproductive de 1332 adolescentes sénégalaises ». Rapport technique intérimaire. Sénégal: UGB LASPAD/ CRDI, octobre 2022.
- 47- Burke Eva, Le May Alex, Kébé Fatou, Flink Ilse, « Une étude des obstacles et des facteurs facilitant l'accès des jeunes vivant avec un handicap aux services de santé sexuelle et reproductive au Sénégal (Dakar, GuédiawayeThiès, Kaolack, Saint-Louis, Louga, Thiadiaye) », rapport de recherche, Rutgers, 2015, 46p.
- 48- Enquête harmonisée sur les conditions de vie des ménages, https://www.ansd.sn/sites/default/files/2022-04/Rapport-final-EHCVM11092021%20vf-Senegal%20004_1.pdf, consulté le 21 Octobre 2023.
- 49- « Examen du rapport national du Sénégal sur la mise en œuvre des dispositions de la convention relative aux droits des personnes handicapées », 2019, <https://www.ohchr.org/fr/2019/03/committee-rights-persons-disabilities-reviewsreport-senegal> , consulté le 29/03/2023.
- 50- Fall Abdou Salam et al., « Étude baseline sur l'état des indicateurs de la santé de la reproduction des adolescent·e·s et des jeunes de Mbour, Bounkiling, Goudomp et Sédhiou au Sénégal », 2021.
- 51- Fonds des Nations Unies pour la population. « Cinq choses à savoir sur le handicap et les violences sexuelles ». Consulté le 14 décembre 2023. <https://www.unfpa.org/fr/news/cinq-choses-%C3%A0-savoir-sur-le-handicap-et-lesviolences-sexuelles>.
- 52- Guttmacher Institute, « Santé sexuelle et reproductive des jeunes sénégalaises », 2014.
- 53- Note-politique sur le-financement de la sante de reproduction maternelle, néonatale et de nutrition-SRMN-N_2014-2021, https://www.countdown2030.org/wp-content/uploads/2023/10/Note-politique-sur-le-financement-de-la-sante-dereproduction-maternelle-neonatale-et-de-nutrition-SRMN-N_compressed.pdf, consulté le 14 Octobre 2023.

- 54- Projet SANSAS (Santé reproductive des ados et des jeunes au Sénégal) 2021 55-Rueda Cristina, Olaortua Elena, Villar Amparo et Mujika Lala, « La diversité sexuelle et de genre au Sénégal: Dakar et Thiès », Bilbao, 2020, 34p, aldarte.org/comun/imagenes/documentos/RAPPORT-Senegal_FRANCES_WEB.pdf, consulté le 10 novembre 2023.
- 56-Stratégie nationale pour l'équité et l'égalité (SNEEG 2)
- 57- « Version-finale_Rapport-sur-le-financement-de-la-sante_compressed-2.pdf ». Consulté le 12 décembre 2023. https://www.countdown2030.org/wp-content/uploads/2023/10/Version-finale_Rapport-sur-le-financement-de-lasante_compressed-2.pdf.
- 58- « UNFPA-WCARO-YOUTH-FR-WEB_FINAL.pdf ». UNFPA, « Rapport sur les adolescents et les jeunes : Afrique de l'Ouest et du Centre », 2018. Consulté le 10 décembre 2023.
- 59- World Health Organization et United Nations Population Fund, « Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities », 2009, consulté le 2023-03-05 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44207>. 60-

Textes législatifs et réglementaires

- 61- Budget citoyen 2023
- 62- Convention relative aux droits des personnes handicapées
- 63- Loi d'orientation sociale n° 2010-15 du 6 juillet 2010 relative à la promotion et à la protection des droits des personnes handicapées.
- 64- Loi n° 2005-18 du 5 août 2005 relative à la santé de la reproduction
- 65- Plan action national de la planification familiale
- 66- Plan national de développement du secteur sanitaires 2019-2028 (PNDSS)
- 67- Plan national pour la santé de la reproduction des adolescent(e)s et jeunes
- 68- Plan-Stratégique-de-Santé-Sexuelle-et-de-la-Reproduction-des-AdolescentesJeunesau-Sénégal-2014-2018
- 69- Projet de loi de Finances pour l'année 2023
- 70- Protocole à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des personnes handicapées
- 71- Protocole de Maputo

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
DEDICACES	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES ABREVIATIONS ET DES SIGLES	iv
RESUME	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : LES RATES DE L'INSTITUTIONNALISATION DE LA POLITIQUE DE SSR DES ADOLESCENTES HANDICAPEES	30
Chapitre 1 : Le caractère superficiel de la politique de SSR des adolescentes	32
Section 1 : La non prise en considération des différentes (sexo) spécificités de la situation des adolescentes handicapées	32
Paragraphe 1 : La négligence des différentes caractéristiques biologiques	33
Paragraphe 2 : L'existence de caractéristiques socio-économiques propres à chaque individu	36
Section 2 : La sous-exploitation des instruments de la politique de SSR des adolescentes handicapées	41
Paragraphe 1 : L'application déficiente de la réglementation (en vigueur) autour du handicap et de la SSR des adolescentes au Sénégal	41
Paragraphe 2 : Les problèmes de financement du secteur de la SSR	45
Chapitre 2 : La complexité de la question liée à la SSR des adolescentes handicapées	50

Section 1 : Les menaces liées à l'accès aux structures de santé	50
Paragraphe 1 : L'absence de mesures adaptées relatives à l'accessibilité des adolescentes handicapées aux services de SSR	50
Paragraphe 2 : Les disparités socio-spatiales relatives à l'accessibilité aux soins de santé	53
Section 2 : Les menaces liées à la prise en charge de la SSR des adolescentes handicapées	57
Paragraphe 1 : L'absence de personnel (qualifié) pour la prise en charge de la SSR des adolescentes handicapées	57
Paragraphe 2 : Le déficit de matériels spécifiques pour la prise en charge	61
DEUXIEME PARTIE : LES PROBLEMES DANS LA RECEPTION SOCIALE DE LA POLITIQUE RELATIVE A LA SSR DES ADOLESCENTES HANDICAPEES	64
Chapitre III : La faible intériorisation de l'idéologie relative à la SSR des adolescentes handicapées	66
Section 1 : Les méfiances vis-à-vis des questions de genre et de sexualité	66
Paragraphe 1 : La problématique autour du concept de genre au Sénégal	67
Paragraphe 2 : Le tabou autour de la question de la sexualité au Sénégal	70
Section 2 : Les résistances socio-culturelles concernant la SSR des adolescentes handicapées	73
Paragraphe 1 : Le poids des préjugés sur la question liée au handicap	74
Paragraphe 2 : La ténacité des mouvements religieux sur la question de la SSR	78
Chapitre IV : La mobilisation des acteurs pertinents en lien avec la SSR des adolescentes handicapées	82
Section 1 : La timide implication des mouvements de défense pour l'inclusion des personnes handicapées sur la question de la SSR des adolescentes handicapées.....	82
Paragraphe 1 : La mobilisation des mouvements féministes.....	83

Paragraphe 2 : La mobilisation des associations de personnes handicapées	87
Section 2 : Le déficit d’appropriation sociale de la politique de la part des victimes	90
Paragraphe 1 : L’ignorance des adolescentes handicapées en matière de SSR	90
Paragraphe 2 : La négligence de la question relative à la SSR par les victimes elles-mêmes	95
CONCLUSION GENERALE.....	99
BIBLIOGRAPHIE	105
TABLE DES MATIERES.....	113