Etude sur les violences sexuelles et les besoins en santé sexuelle et reproductive **des jeunes et des femmes en situation de handicap**

Etude sur les violences sexuelles et les besoins en santé sexuelle et reproductive

des jeunes et des femmes en situation de handicap

Remerciements

Nous adressons nos vifs remerciements à Dr Hayet Ouertani, consultante en charge de l'analyse des résultats de l'étude, pour ses efforts louables dans l'accomplissement de sa mission et la qualité de son travail.

Nous remercions le comité de pilotage et l'équipe de coordination du projet constituée par l'équipe d'Humanité & Inclusion et l'équipe de l'UNFPA en Tunisie pour l'appui qu'ils ont apporté pour la réalisation de cette étude.

Notre gratitude s'adresse aux superviseurs et enquêteurs de terrain pour leur investissement et leur sérieux.

Nous remercions aussi toutes les personnes du milieu institutionnel et associatif qui ont facilité le travail de terrain, mobilisé les partenaires et acteurs, se sont engagés à fournir les informations demandées et ont fait preuve d'un dévouement exceptionnel dans la qualité de la coordination aussi bien à l'échelle locale que nationale.

Nous sommes redevables aux personnes handicapées et à leurs familles qui ont accepté de participer à l'enquête et ceux qui ont livré des témoignages francs et sincères et ont enrichis ce travail de leur expérience. Nous leur rendons hommage pour leur accueil chaleureux et leur collaboration.

Que toutes et tous trouvent ici l'expression de notre gratitude.

Abréviations et acronymes

ATFD : Association Tunisienne des Femmes Démocrates

CEDAW : Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement

CRDPH : Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées

DSR : Droits Sexuels et Reproductifs

DSSR : Droit à la Santé Sexuelle et Reproductive

HCDH : Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme

HI: Humanité & Inclusion

IPPF: International Planned Parenthood Federation

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de la Grossesse

MENA: Middle East and North Africa

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

ONFP : Office National de la Famille et de la Population

ONG : Organisation Non Gouvernementale

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

SSR : Santé Sexuelle et Reproductive

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

VBG : Violence basée sur le Genre

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WAS : World Association of Sexology

Préface

Cher lecteur, chère lectrice,

Malgré l'adoption de la Convention relative aux Droits des Personnes handicapées, aucune mesure spécifique n'existe pour permettre l'accès au Droit à la santé sexuelle et reproductive des Personnes en situation de handicap, et aucune mesure spécifique de protection n'existe, prenant en compte la double vulnérabilité des Personnes handicapées face aux violences sexuelles. Leurs besoins restent invisibles et la détresse des victimes un tabou. C'est pour cela que, soutenu et motivé par l'équipe UNFPA en Tunisie, HI a décidé de mener une première étude qualitative, à petite échelle, pour témoigner des besoins en matière d'information, d'accès et de protection des jeunes et des femmes en situation de handicap en Tunisie.

Comme dans la plupart des pays du Monde, en Tunisie la sexualité reste un tabou, la question des violences sexuelles est abordée à demi-mot du fait du lien viscéral et répercussions éventuelles liées aux représentations sociales et culturelles. Lorsque qu'il s'agit des personnes handicapées, nous sommes au-delà des tabous, nous entrons dans le domaine de « l'impensable ».

Malgré les stéréotypes concernant l'asexualité ou hyper sexualité des personnes handicapées, et au risque de surprendre nombre d'entre vous, nous affirmons que les personnes handicapées, sont avant tout des personnes qui ont, ou aspirent à, une vie sexuelle à part entière. La négation de cette réalité, se traduit par le non accès à une éducation sexuelle adaptée et à une sexualité pleine, consentie et sans risque. Notre expérience nous permet également d'affirmer que les jeunes et les femmes handicapées sont plus vulnérables face aux violences sexuelles, parce qu'ils ou elles ne peuvent voir leurs agresseurs, demander des secours, parce qu'ils ou elles ne sont pas crédibles face à la Justice, parce qu'ils ou elles sont dépendants parfois de leur agresseur, ou tout simplement parce qu'ils ou elles ne connaissent pas, ou ne comprennent pas, leurs Droits.

Nous avons voulu avec cette étude démontrer l'impact pour ces personnes, mettre des mots et des images sur la souffrance et l'impunité qu'engendre le déni. Cette étude pose la première pierre du long chemin que nous devons parcourir ensemble, pour mettre fin au non droit, à l'horreur parfois, pour que dans l'imaginaire de chacun « l'impensable » devienne une réalité à laquelle il faut faire face afin que soient mises en place des mesures de prévention et protection pour toutes les personnes handicapées.

Je vous souhaite bonne lecture, et compte sur votre engagement.

Irene Manterola
Humanité & Inclusion (HI)

2019, une année particulièrement importante, nous célébrons le 25ème anniversaire de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) et le 50ème anniversaire de la création de l'UNFPA. Un momentum important pour accélérer nos promesses afin que toute femme et fille ait accès aux informations et aux services de planification familiale, que tout jeune jouisse de son plein potentiel et qu'il n'y ait aucun décès maternel évitable et aucune violence faite aux femmes et aux filles d'ici 2030. Sans l'atteinte de ces objectifs, les Objectifs de Développement Durable (ODD) ne pourraient être achevés.

En Tunisie, beaucoup a été fait en matière de santé sexuelle et reproductive, de lutte contre les violences basées sur le genre, l'inclusion des jeunes et leur accès à l'information et aux services. Au vu des récentes études, des défis persistent pour compléter le travail inachevé sans laisser personne pour compte.

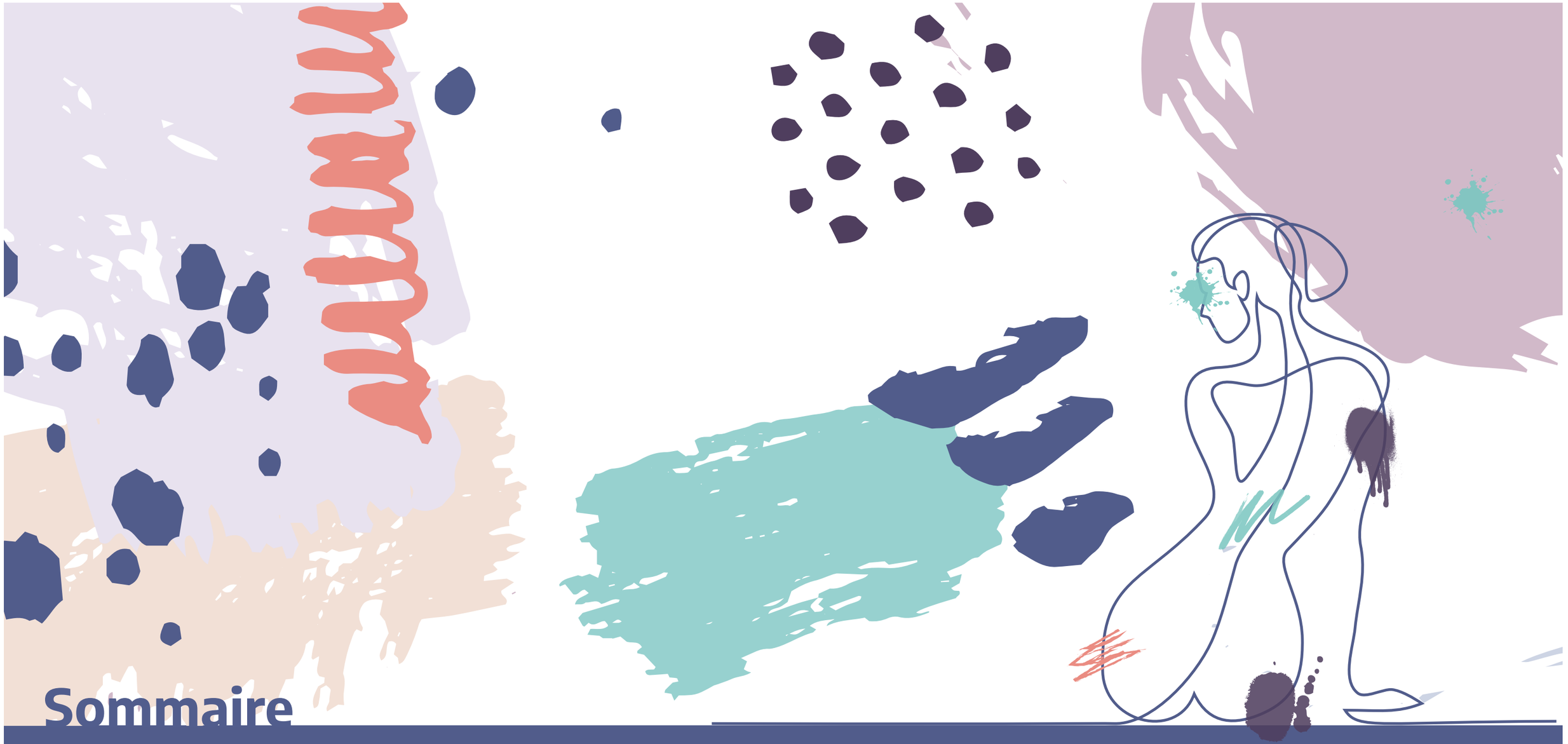
L'UNFPA en Tunisie appuie tous les acteurs afin d'accélérer les promesses, en tenant compte du contexte, de l'évidence et des besoins émergents. Nous avons porté une attention particulière aux personnes les plus vulnérables afin qu'elles soient prises en compte dans la planification nationale en matière de droits sexuels et reproductifs et de la protection et prise en charge des violences basées sur le genre.

C'est ainsi que nous avons appuyé Humanité & Inclusion pour la réalisation de cette étude sur les violences sexuelles et les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive des jeunes et femmes handicapées. Une étude qui nous permettra d'avoir des évidences et des recommandions d'interventions afin de réaliser les droits des jeunes et des femmes handicapées sans discrimination aucune.

Ensemble, nous continuons à avancer avec conviction et engagement pour la réalisation des droits et des choix pour tous ; Ce que nous avons imaginé et promis à tous au Caire il y a 25 ans de cela, tout en contribuant à la réalisation des ODD à l'horizon de 2030.

Dr Rym Fayala

Cheffe de bureau de l'UNFPA Tunisie



Sommaire

Introduction

Contexte et objectif de l'étude

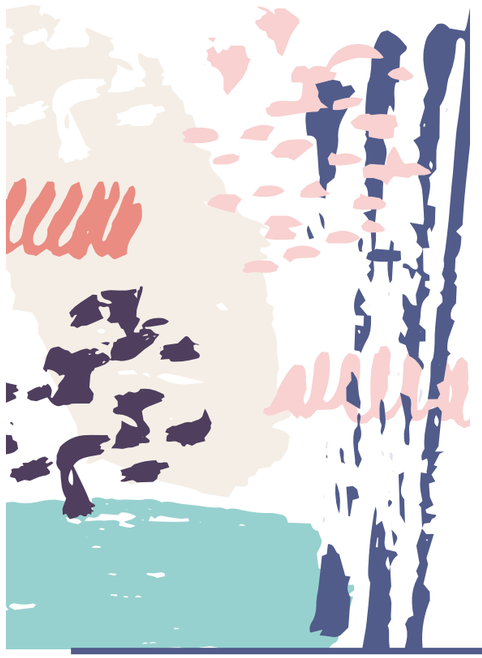
Chapitre 1. Revue de la littérature et méthodologie
- I. Revue de la littérature
- II. Méthodologie

Chapitre 2. Résultats et analyse des données
- I. Analyse du Cadre juridique
  - 1. Droits international
  - 2. Droit interne tunisien
- II. Description de l'échantillon
- III. Analyse qualitative des données recueillies auprès des jeunes
  - 1. Santé physique, sexuelle et reproductive
  - 2. Accès à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive
  - 3. Violences à l'égard des jeunes en situation de handicap
- IV. Analyse qualitative des données recueillies auprès des femmes en situation de handicap
  - 1. Santé physique, sexuelle et reproductive
  - 2. Accès à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive
  - 3. Violences à l'égard des femmes en situation de handicap
- V. Les effets psychosociaux des violences sexuelles à l'égard des femmes et des jeunes en situation de handicap
- VI. Analyse des résultats recueillis auprès des parents
  - 1. Santé sexuelle et reproductive
  - 2. Violences sexuelles
- VII. Analyse des résultats recueillis auprès des professionnels
  - 1. Santé sexuelle et reproductive
  - 2. Violences sexuelles
- VIII. Recommandations

Conclusion

Bibliographie

Annexes



Introduction

Selon le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat, effectué en Tunisie en 2014[1], les personnes handicapées représentent 2.3% de la population, alors que l'OMS estime qu'environ 15% de la population mondiale serait en situation de handicap, soit un milliard d'individus (1 personne sur 7)[2]. Selon l'OMS, « la plupart des pays en développement affichent un taux de prévalence du handicap inférieur à ceux de nombreux pays développés, car ils ne recueillent leurs données que sur un ensemble de déficiences plus limité, d'où une estimation plus faible de la prévalence du handicap.»

Bien que la plupart des enquêtes ne reflètent pas ces données. Les personnes handicapées se heurtent à des obstacles environnementaux et comportementaux, la plupart subissant l'exclusion et la pauvreté. « Des obstacles physiques, sociaux et juridiques continuent de limiter l'accès à l'éducation, aux soins dont la santé sexuelle et reproductrice (SSR), à l'emploi, aux loisirs et à la vie familiale pour des millions de personnes handicapées dans le monde.[3]» Les organismes internationaux lient explicitement les droits sexuels au droit à la santé et en conformité avec les interprétations offertes des organes de l'ONU, la convention sur les droits des personnes handicapées annonce que le droit à la santé inclut l'accès aux services de santé sexuelle et génésique (art. 25).

En Tunisie la loi 2005-83 relative à la promotion et la protection des personnes handicapées, qui vise à renforcer leur inclusion dans la société par le biais de mesures de discrimination positive, montre que l'Etat s'est engagé dans la protection des personnes en situation de handicap. La constitution de 2014 est venue consolider ces droits et confirmer l'engagement de l'Etat à respecter la convention relative aux droits des personnes handicapées. Mais la jouissance de ces droits reste freinée face à la réalité. Car il ne suffit pas d'avoir des lois mais il faut aussi garantir leurs applications. Les personnes en situation de handicap sont confrontées au quotidien à de multiples obstacles pour faire valoir leurs droits. D'ailleurs, l'une des conditions préalables à cela, est sans doute la disponibilité d'informations exhaustives sur la situation de cette population.

Les violences sexuelles demeurent encore un tabou (quel que soit la victime) et encore plus pour les personnes en situation de handicap, ce qui les condamnent au silence. Lever le silence sur ces violences est un défi qui nécessite que l'Etat déploie les efforts nécessaires en matière de prévention et de prise en charge adéquate et adaptée.

Contexte et objectif de l'étude

En Tunisie, la reconnaissance des droits des personnes handicapées est inscrite dans l'article 48 de la Constitution de 2014 confirmant l'engagement international de la Tunisie qui a signé et ratifié en avril 2008 la CRDPH et son protocole facultatif. La Tunisie a également été l'un des premiers pays dans la région MENA a avoir signée et ratifiée la convention CEDAW relative à la lutte contre toute forme de discrimination à l'égard des femmes, marquant ainsi l'engagement de l'état tunisien pour l'égalité des sexes. Cet intérêt s'est consolidé avec la levée de la Tunisie de l'ensemble des réserves ayant été émises préalablement sur la convention.

Toutefois, malgré cette position avant-gardiste en faveur des femmes tunisiennes, l'état ne prévoit par ailleurs aucune disposition en lien avec les femmes en situation de handicap. D'un autre côté, la violence sexuelle faite aux femmes et jeunes en situation de handicap est actuellement invisible, et fait l'objet d'un tabou. De ce fait aucun mécanisme de protection n'est adapté ou mis en place, et les actions de réduction de cette double vulnérabilité sont inexistantes dans la mesure où celle-ci est ignorée.

C'est dans ce sens que HI en partenariat avec l'UNFPA entend le déploiement d'une étude qui viendrait combler le gap existant en matière de données relatives à la situation des femmes et jeunes en situation de handicap. Ces catégories subissant multi-formes de discrimination liées d'une part à l'âge, au genre mais également au handicap se retrouvent intégrées au sein d'étiquettes plus large ne permettant pas la formulation de réponse adaptée à leurs besoins spécifiques en matière de prévention, protection et prise en charge.

Ce projet d'étude d'une durée de 5 mois a pour principal objectif d'identifier les facteurs de vulnérabilité des personnes en situation de handicap face à la violence sexuelle et l'accès aux services de prévention et de prise en charge de la santé sexuelle et reproductive et de violence sexuelle. Il permettra également de proposer les mesures de mitigation.

1 INS. Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2014.
2 Organisation mondiale de la santé et Banque mondiale (2011) Rapport mondial sur le handicap. 3. Extrait de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/.
3 Ouellette-Kunz, H. et al. (2010). Public Attitudes Towards Individuals with Intellectual Disabilities as Measured by the Concept of Social Distance, Journal of Applied Research in Intellectual Disability 23(2), 132–142.

Chapitre 1
Revue de la littérature et méthodologie

I. Revue de la littérature

Selon le rapport mondial sur le handicap «de nombreuses personnes présentant un handicap sont défavorisées sur le plan socio-économique par rapport aux personnes non handicapées : leur taux de pauvreté est plus élevé, leur taux d'emploi plus faible et elles sont moins instruites. Elles pâtissent également d'un accès inégal aux services de santé par rapport au reste de la population et certains de leurs besoins de santé ne sont donc pas satisfaits[4]». Les personnes handicapées sont généralement en plus mauvaise santé, atteignent des niveaux d'éducation plus bas et présentent des taux plus élevés de pauvreté que les personnes non handicapées. Cette situation est due, dans une large mesure, au manque de services à leur disposition et aux nombreux obstacles qu'elles rencontrent dans leur vie de tous les jours.

Le rapport fournit les meilleures données disponibles sur les moyens qui fonctionnent pour surmonter les obstacles pour accéder aux soins de santé, à la réhabilitation, à l'instruction; à l'emploi et aux services d'appui, et pour créer un environnement favorisant l'épanouissement des personnes handicapées. «Dans le monde entier, les personnes handicapées ont de moins bons résultats, sur le plan de la santé comme de l'éducation, participent moins à la vie économique et connaissent des taux de pauvreté plus élevés que celles qui ne sont pas handicapées.[5]»

1. La santé sexuelle et reproductive

Freud fut un des premiers thérapeutes à exposer l'idée que la sexualité ne se limitait pas à l'instinct de reproduction mais constituait un élément essentiel d'épanouissement et de bien-être de l'individu. Il était convaincu que la satisfaction de la pulsion sexuelle était la finalité de la sexualité.

Crépault de sa part, définit la santé sexuelle comme la « Capacité à désirer, imaginer, jouir. Capacité d'érotiser une personne humaine adulte consentante. Capacité d'être polyvalent dans ses modes de désir, d'excitation et de jouissance. Capacité d'harmoniser fantasme et réalité. Aptitude à la légèreté sexuelle, la non-dramatisation, la non-addiction. Absence de perversion majeure ou capacité de les neutraliser. Absence de déviance majeure ou capacité de les neutraliser.[6]» Selon l'OMS, la santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble.

En 1975 elle la définit comme suit : «La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, par des voies positivement enrichissantes et qui favorisent l'épanouissement de la communication et de l'amour»[7]. En 2002 cette définition s'est développée pour impliquer un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert ainsi une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Un bon état de santé sexuelle, implique le respect et la protection des droits sexuels de tous les individus :

«La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle implique une attitude positive et respectueuse vis-à-vis de la sexualité et des relations sexuelles de même que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles satisfaisantes et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour que la santé sexuelle puisse être atteinte et maintenue, il est nécessaire que les droits sexuels de toutes les personnes soient respectés, protégés et qu'ils puissent être comblés»[8].

Quant à la santé reproductive, les Nations Unies définissent la santé reproductive comme « un état de complet bien-être physique, mental et social dans toutes les questions concernant l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement». La santé reproductive englobe aussi la santé sexuelle, qui « concerne l'amélioration de la vie et des relations personnelles, et pas seulement les conseils personnalisés et les soins liés à la reproduction et aux maladies sexuellement transmissibles (MST)» (CIPD Programme d'action, paragraphe 7.2). Le planning familial fait aussi partie de la santé sexuelle et reproductive impliquant différents domaines comme :

- L'éducation complète à la sexualité
- Les soins de santé à la mère et au nouveau-né
- Le diagnostic et traitement des MST (y compris VIH/SIDA)
- La santé sexuelle et reproductive de l'adolescent (e)
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus.
- Les conseils personnalisés en matière d'infertilité.

4 Rapport mondial sur le handicap. Organisation Mondiale de la Santé et la banque mondiale, 2011.p63.
5 Margaret Chan, Robert B Zoellick,(préface), Rapport mondial sur le handicap. Organisation Mondiale de la Santé et la banque mondiale, 2011.
6 Crépault C. http://www.associationdessexologues.com/santesexuelle.php
7 OMS, 1975
8 OMS, 2002

2. Droits sexuels et reproductifs

En 1994, lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), les dirigeants du monde entier se sont accordés sur un plan d'action historique reconnaissant les droits reproductifs comme des droits humains à part entière.

« Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme. » (FNUAP, 1995, p. 38-39).

Ainsi, le droit à la santé sexuelle et reproductive repose sur des droits humains déjà reconnus à savoir, le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité personnelle, à l'égalité de traitement, à la vie privée, à l'éducation et au développement, à l'égalité entre les genres, et aux plus hauts standards possibles de santé physique et mentale. Du point de vue des droits de l'homme, tout individu a le droit de décider de sa santé sexuelle et reproductive, sans distinction de genre, d'orientation sexuelle, d'âge, de statut socio-économique, marital et qu'il ou elle soit ou non atteint(e) du VIH (ou autre MST)[9].

Les jeunes en situation de handicap tout comme les autres jeunes ont les mêmes besoins et les mêmes droits en matière de santé sexuelle et reproductive. Toutefois, ces droits ne sont souvent pas reconnus. La stigmatisation et les préjugés sur le handicap, empêchent ces jeunes d'avoir une vie sexuelle saine.

Bien que la sexualité des personnes handicapées soit de plus en plus explorée par les chercheurs et affirmée par les personnes handicapées. La sexualité est présentée comme une facette importante de leur citoyenneté (Shakespeare, Gillespie-Sells& Davies, 1996 ; Kuwali 2014 ; Giami 2016)[10].

En Tunisie, la question des droits sexuels et reproductifs des personnes en situation de handicap semble être encore ignorée, nous nous disposons que de quelques travaux sur la sexualité des jeunes de manière générale.

Une enquête menée en 2009 par l'Office National de la Famille et de la Population (ONFP) a révélé que l'âge moyen pour le premier rapport sexuel est actuellement de 16,4 ans pour les filles et 17,4 ans pour les garçons. 13,5% des filles et 52,5% des garçons du groupe d'âge 15-24 avaient déjà eu des rapports sexuels. Pourtant, près de 60% de tous les jeunes sexuellement actifs n'ont pas utilisé de méthodes de protection et seulement 19,1% des femmes âgées entre 15 et 24 ans ont une connaissance approfondie en santé sexuelle reproductive et du VIH.

9 ans plus tard, une enquête réalisée par l'association Tawhida ben Chikh (2018) sur un échantillon de 1062 jeunes âgés de 15 à 24 ans (Elle a couvert les quartiers d'Etttadhamen, de Daour Hicher, de Radès et d'Ennasr et El Menzah), souligne également que les premières expériences sexuelles commencent à l'âge de 15 ans chez les jeunes tunisiens. En revanche aucune connaissance de la sexualité n'accompagne ces pratiques. Avec un manque considérable de connaissance des organes génitaux et des moyens contraceptifs. 80% des jeunes interrogés n'ont aucune idée sur la gratuité des services de la santé sexuelle et reproductive. 50% ne savent pas que l'avortement n'est pas interdit. 23% ignorent complètement les moyens contraceptifs. L'absence d'éducation sexuelle a été soulignée par l'enquête qui a démontré que les sources d'information pour les jeunes garçons sont les amis (63.9%), l'expérience personnelle (58.4%) et l'internet (50.7%).Quant aux filles, elles comptent d'abord sur les amis(es) (58,3%), les parents (49,6%) et l'internet (41,5%) pour avoir de l'information[11].

En effet, peu de modules d'éducation sexuelle sont intégrés dans les programmes scolaires en Tunisie. Ceux existants sont généralement enseignés à la neuvième année de base et programmé à la fin de l'année et sont limités à l'enseignement de l'appareil reproductif et aux aspects biologiques. Toujours dans ce sens Belhaj et Bourgou affirment qu'en l'absence d'éducation sexuelle, les jeunes tunisiens sont condamnés à « vivre leur sexualité en cachette, dans la culpabilité et la honte ». Leurs connaissances se limitent à ce qu'ils partagent entre eux, l'internet ou les films pornographique[12].

Même les campagnes de sensibilisation, réalisées elles se sont focalisées sur la prévention des risques des IST et VIH et jamais sur les droits sexuels et reproductifs. Cet aspect dissuasif des campagnes semble avoir un effet négatif sur les jeunes, renforçant leur peur et leur crainte par rapport à la sexualité.

9 Intelligence Brief. Santé et droits sexuels et reproductifs: les fondements. June 2013, pp.1-11.
10 SHAKESPEARE Tom, GILLEPSIE-SELLS Kath, DAVIES Dominic, The Sexual Politics of Disability: Untold Desires, London, Cassell, 1996.
KUWALI Dan, « Battle for Sex? Protecting Sexual(ity) Rights in Africa », Human Rights Quarterly, 36, 1, 2014, pp. 22-60.
GIAMI Alain, « Sexualité et handicaps : de la stérilisation eugénique à la reconnaissance des droits sexuels (1980-2016) », Sexologies, 25, 3, 2016, pp. 93-99.
11 Association Tawhida Ben Chihk. Santé sexuelle et reproductive : la jeunesse tunisienne dans l'ignorance.https://www.jeuneafrique.com/585076/societe/sante-sexuelle-et-reproductive-la-jeunesse-tunisienne-dans-lignorance/
12 Belhaj A. et Bourgou S. « La sexualité des mineur-e-s en Tunisie Et si on parlait ? » in Droits sexuels, droits humains à part entière. Ouvrage collectif sous la direction de Ferchichi W. et Chkir H., 2017.pp.20-33.

Bien qu'il n y ait pas de stratégie nationale sur l'éducation sexuelle, nous notons que certains services de santé sexuelle et reproductive destinés aux jeunes ont été mis en place depuis les années 1990. Un plan multidimensionnel et préventif a été mis en place pour faciliter l'accès des jeunes à la SSR. Pour atteindre les objectifs de ce plan, l'Office National de la Famille et de la Population a progressivement créé des cliniques amies des jeunes dans 22 sur 24 gouvernorats depuis la fin des années 1990.

Ces espaces offrent des informations sur la contraception mais aussi des services de soins des affections gynécologiques et l'interruption de grossesse et ce de manière gratuite. Ils offrent également des consultations psychologiques auprès des adolescents et des jeunes pour la prévention des troubles de comportements, en particulier ceux à risques ; d'encourager l'adoption d'une vie sexuelle saine ; de prévenir tout type de dépendance ; de renforcer le dialogue au sein de la famille et d'améliorer la relation entre les pairs et les parents ; et enfin, de développer une culture de non-violence et d'équité de genre.

Malgré l'existence de ces services, ils restent méconnus par la plupart des jeunes et même si elle est connue, les barrières culturelles constituent des freins à l'accès des jeunes. Si un jeune s'y rendait, « c'est qu'il y a quelque chose de louche. En fait, une jeune fille qui y va, c'est quelque chose de mal vu »[13].

Toutefois, les jeunes de milieu urbain, restent plus ouverts à ces services contrairement aux jeunes de milieu rural. Pour les filles du sud, elles sont incapables même de demander des informations sur la santé sexuelle et reproductive et encore plus une consultation par crainte d'être vues. La consultation gynécologique est stigmatisant même si elle concerne des règles douloureuses, ou un cycle irrégulier. Par pudeur et honte les filles n'osent même pas aborder la question avec leurs parents. Pareil pour les garçons qui même quand une consultation s'impose, ils préfèrent voir un professionnel loin de chez eux « pour ne pas être reconnu, montré du doigt, voire stigmatisé. »[14]

Quand aux services de santé sexuelle et reproductive, Affes (2017) insiste que « Malgré l'engagement important de l'Office national de la famille et de la population (ONFP) et le soutien des Nations-Unies, qui en 2006 se sont données comme but d'assurer l'accès universel à la santé reproductive en tant que cinquième objectif du millénaire pour le développement (OMD), l'accès à l'IVG et la qualité des soins en Tunisie se sont détériorés.»[15]

La mauvaise qualité des services se voit aggravée dans les zones rurales, les régions de l'intérieur et du sud. Dans son rapport alternatif de 2013, l'association tunisienne des femmes démocrates affirme que depuis 2007, l'ONFP a arrêté ses activités opératoires (d'interruption volontaire de grossesse) dans 10 gouvernorats et cédé ses activités aux hôpitaux régionaux de la santé publique qui ont d'autres priorités (accouchements, actes de gynécologie prioritaires) et qui, depuis, font payer les femmes pour l'IVG alors que ces services étaient gratuits dans les cliniques de l'ONFP.

Elle dénonce dans ce rapport certaines pratiques qui entravent les droits des femmes et touchent à leur dignité et à l'esprit de la plate-forme de Beijing tel que :

- Le refus de certains professionnels de la santé d'une IVG sans l'accord du conjoint.
- Les mauvais traitements de femmes surtout les célibataires par certains cadres sociaux et médicaux.
- Le recours dans certains cas aux ligatures des trompes d'une manière quasi forcée dans certaines situations (plusieurs enfants, plusieurs IVG).
- Le maintien des discriminations à l'égard des femmes célibataires enceintes dans l'accès aux soins qui se présentent de la manière suivante. Les circuits « spécifiques » dans certains CHU de la capitale, répertorient la demande comme telle et enregistrent toutes sortes d'informations qui n'ont pas de liens directs avec le service demandé, avant tout contact avec les services médicaux. « Parfois, on constate l'insertion d'implants cutanés à l'insu des femmes célibataires ayant accouché dans ces mêmes structures (CMNR) avant leur départ vers des structures d'accueil et d'hébergement»[16]

Les femmes en situation de handicap sont 2 à 4 fois plus exposées aux violences faites par un partenaire intime[17]

Les études tunisiennes sur les droits sexuels et reproductifs des femmes mettent ainsi l'accent sur l'ignorance de ces dernières de leurs droits. «L'ignorance de leurs droits les amène à s'humilier devant les professionnels de santé lorsqu'elles désirent obtenir des soins auxquels elles ont droit. Le service d'IVG est plus que d'autres difficile à obtenir alors qu'il devrait leur être immédiatement accessible une fois qu'elles ont pris la décision de ne pas poursuivre la grossesse. » A cette ignorance s'ajoute la culture de la pudeur qui empêche les femmes d'aborder les questions de la sexualité avec les professionnels de la santé. « C'est un sujet qui est quasiment passé sous silence dans leur vie ordinaire et dont elles n'ont pas l'habitude ou la possibilité de parler.»[18]

Elles soulignent également les difficultés que rencontrent les femmes célibataires qui même si l'accès aux droits sexuels et reproductifs est assuré, elles sont d'une part peu informées sur la sexualité, la contraception...d'autre part, fréquenter des services de santé sexuelles (ex. espace amis des jeunes) les exposent à la stigmatisation sociale[19].

La sexualité féminine est liée chez les jeunes à deux notions : Le mariage comme le seul cadre légitime de la sexualité et La virginité comme garant de pureté et d'honneur familial[20].

3. Handicap et violence

Selon l'OMS, La violence est liée à l'état de santé, à la fois à court et long terme, y compris les traumatismes, les problèmes de santé physique ou mentale, la toxicomanie et la mort.

Les violences faites aux enfants et aux jeunes en situation de handicap est un problème mondial. Cependant il reste difficile de réunir des chiffres exacts et fiables sur l'ampleur du problème. Le peu d'études disponibles affirment que les personnes handicapées risquent davantage d'être victimes de violences que le reste de la population: aux États-Unis, la violence à l'encontre des personnes handicapées apparaît 4 à 10 fois plus élevée. On constate que la prévalence des abus sexuels subis par les personnes handicapées est plus forte), en particulier chez les hommes et les femmes présentant une déficience intellectuelle et placés en établissement spécialisé, chez les partenaires sexuels et chez les adolescents[21].

Au cours d'une étude de l'African Child Policy Forum (2010) sur les violences faites aux enfants handicapés, presque tous les jeunes interrogés avaient déclaré avoir été abusés sexuellement au moins une fois, et plusieurs fois pour la plupart. Les agresseurs peuvent être des étrangers, mais le plus souvent se sont des parents, des soignants ou des enseignants qui profitant du fait de leur situation de confiance[22]. Le rapport du Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'Homme du 30 mars 2012 indique que près de 80 % des femmes handicapées sont victimes de violences ; les femmes handicapées sont quatre fois plus susceptibles de subir des violences sexuelles que le reste de la population féminine[23].

La Déclaration sur l'Elimination de la Violence à l'égard des femmes, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1993, définit cette violence comme «tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, 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»

Bien que les femmes en situation de handicap peuvent subir les mêmes types de violence que tout autre femme, la littérature montre toutefois qu'elles sont exposées à des violences combinées : violence basée sur le genre et violence basée sur le handicap. De ce fait elles sont exposées à un risque plus élevé de violences[24].

Les femmes en situation de handicap, subissent des violences psychologique, physiques et sexuelles, perpétrées souvent per une diversité de personnes : famille, personnels prodiguant des soins, étranger... [25]

Ce constat a été noté par l'ONG Human rights watch en 2012 affirmant que les filles et les femmes en situation de handicap courent entre 1,5 et 10 fois plus de risques d'être victimes de violences physiques ou sexuelles que les femmes dites valides, ces violences étant généralement le fait de membres de la famille ou d'aidants[26].

Les femmes en situation de handicap mental semblent être plus vulnérables aux violences de manière générale et aux violences sexuelles en particulier. En France, près de 90 % des femmes autistes seraient victimes de violences sexuelles et que 47 % des filles autistes de moins de 14 ans

13 Gherissi A. et Tinsa F.« Les services de Santé Sexuelle et Reproductive en Tunisie. Résultats d'une recherche qualitative auprès des jeunes usagers » Dossier: Genre, santé et droits sexuels et reproductifs au Maghreb. L'année du Maghreb. 17, 2017.p. 133-150
14 Gherissi A. et Tinsa F. Ibid
15 Irene Maffi et Malika Affes « La santé sexuelle et reproductive en Tunisie. Institutions médicales, lois et itinéraires thérapeutiques des femmes après la révolution. », L'année du Maghreb, ed CNRS. Dossier : genre, santé et droits sexuels et reproductifs au Maghreb, 17/2017p. 151-168.
16 Association tunisienne des femmes démocrates (ATFD), « Les droits des femmes en Tunisie ». Rapport Alternatif Soumis au Comité des Nations-Unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes 47eme Session, Octobre 2010.
17 Kristin Dunkle, Ingrid van der Heijden, Erin Stern and EsnatChirwa"Disability and Violence against Women and Girls Emerging Evidence from the What Works to Prevent Violence against Women and Girls Global Programme",JULY 2018.

18 Affes
19 Maffi, 2017
20 Guerissi A. et Tinsa F. auparavant citée
21 OMS. Rapport mondial sur la violence et la sante´ Sous la direction de Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony Zwi et Rafael Lozano-Ascencio.2002.
22 In Facteurs contextuels concernant les abus sexuels envers les personnes handicapées en Afrique de l'Est
Prospection et analyse documentaire autour de travaux de recherche 2010.
23 Nations Unies, Conseil des droits de l'Homme, 21ème session, Rapport du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap, A/HRC/20/5, 30 mars 2012.
24 International Network of Women with Disabilities (INWWD), Document on Violence against Women with Disabilities, 2010, p.11.
25 Young et al. (2009) "Domestic violence and women with disabilities: locating the issue on the periphery of social movements", Disability & Society, 24 (1), 77 – 89.
26 Human rights watch, Human Rights for Women and Children with Disabilities, 2012, p. 5.

ainsi que 39 % des enfants autistes de moins de 9 ans auraient subi une agression sexuelle[27]. « Nous savions déjà [...] que les femmes avaient quatre fois plus de risques de subir des violences [...]. Les dernières études montrent que ce risque est en réalité multiplié par six, en particulier dans le cas de femmes en situation de handicap mental » affirme Salmona[28].

Concernant les femmes, on peut identifier ainsi deux grandes catégories de travaux : il y a d'abord les écrits qui font état de la vulnérabilité des femmes et filles handicapées aux violences sexuelles et reproductives, incluant non seulement l'agression sexuelle, mais aussi les procédures cherchant à contrôler leur sexualité et leur fertilité, comme les stérilisations ou les traitements contraceptifs sans consentement éclairé de la femme (Chenoweth, 1996 ; Karpin, 1999 ; Kallianes&Rubenfeld, 1997)[29]. Une partie importante des recherches concerne spécifiquement les personnes ayant un handicap intellectuel, les femmes étant considérées comme étant particulièrement vulnérables aux abus sexuels (Peckham, 2007)[30]

En Tunisie, avant l'année 2010, la Tunisie ne disposait pas de statistiques globales sur les violences contre les femmes. Nous nous disposions que de chiffres parcellaires portant sur des échantillons non représentatifs qui ne rendaient pas compte de l'ampleur du phénomène.Seules quelques études sur des échantillons non représentatifs de la population générale réalisées dans des centres de soins de base. L'étude de Belhaj et al (1998) a porté sur 500 femmes montre que 33.8% de femmes ont été agressées physiquement au moins une fois sur la vie[31]. Six ans plus tard Bousker (2003) dans son travail portant sur 424 femmes affirme que cette prévalence est de 34.2%[32].

L'enquête de Belhaj et Bagbag (2008), réalisé dans le gouvernorat de Manouba sur un échantillon de 470 femmes, a démontré que :

- 44.3% des femmes subissent des violences physiques
- 43.7% des violences psychologiques
- 22.1% des violences sexuelles
- 21.2% des violences économiques.

Dans 27.7% des cas, la violence survient dans un contexte conjugal[33].

Dans une étude réalisée dans le centre de l'ATFD en 2012 Portant sur 50 cas (26 femmes adultes et 24 enfants mineurs). Il s'agit de 11 cas de viols (2 par un policier, un par un voisin, 6 de la part d'inconnus, 1 par son oncle, 1 par son cousin), 3 cas d'inceste (1 par le père, 1 par l'oncle, 1 par le beau-père), une tentative de viol (par un policier), 10 harcèlements sexuels (7 par le supérieur hiérarchique, 1 par son beau-père, 1 par un policier), et 2 incitations à la prostitution (1 par le père et 1 par le beau-père).

Dans cette étude il a été constaté que souvent ces femmes sont victimes de pressions extérieures pour les dissuader de porter plainte ou pour qu'elles retirent leur plainte. Ce qui dissuade les plaignantes, c'est aussi le regard de la société. Dans certains cas les mamans dont les filles sont victimes de viol préfèrent étouffer l'affaire, surtout quand la fille est très jeune, la mère s'enquiert d'abord de sa virginité, et préfère abandonner les poursuites si la fille est encore vierge[34].

Ainsi, il a fallu attendre l'année 2010 pour que le projet de l'Enquête Nationale sur la Violence à l'Egard des Femmes (ENVEFT)[35], commandé par le Ministère des Affaires de la Femme, de la Famille, de l'Enfance et des Personnes Agées (MAFFEPA) et réalisé par l'Office National de la Famille et de la Population (ONFP), fournisse les premiers résultats sur les violence contre les femmes dans la sphère privée et publique. Cette enquête a été réalisée sur un échantillon représentatif de 3873 femmes âgées de 18 à 64 ans. Il s'agit de la première étude d'envergure qui a mis en évidence la réalité tant occultée.

Il ressort de cette enquête que **47.6%** des femmes âgées de 18 à 64 ans ont déclaré avoir subi au moins une des formes de violence durant leur vie. La violence touche tous les milieux (urbain ou rurale) et ce, quel que soit le niveau d'éducation ou la profession de la femme. La violence physique est la violence psychologique sont les formes les plus fréquentes.

27 Brown-Lavoie, S. M., Viecili, M. A., & Weiss, J. A. (2014) Sexual Knowledge and Victimization in Adults with Autisme spectrum Disorders – Journal of Autism and Developmental Disorders, doi: 10.1007/s10803- 014-2093-y.
28 Salmona M. cité in RAPPORT D'INFORMATION FAIT au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes (1) sur les violences faites aux femmes handicapées, Par M. Roland COURTEAU, Mmes Chantal DESEYNE, Françoise LABORDE et Dominique VÉRIEN. SÉNAT SESSION ORDINAIRE DE 2019-2020.
29 CHENOWETH Leslie, « Violence and Women with Disabilities: Silence and Paradox », Violence against Women, 2, 4, 1996, pp. 396-411.
KARPIN Isabel, « Peeking Through the Eyes of the Body: Regulating the Bodies of Women with Disabilities », JONES Melinda, BASSER MARKS Lee Ann (dir.), Disability, Divers-ability and Legal Change, MartinusNijhoff pub., 1999,pp. 283-300.
KALLIANES Virginia, RUBENFELD Phyllis, « Disabled Women and Reproductive Rights », Disability & Society, 12, 2, 1997, pp. 203-222.
30 PECKHAM Nicholas Guy, "The Vulnerability and sexual abuse of people with learning disabilities", Britich Journal of Learning Disabilities, Vol35, 2007, pp.131-137.
31 Belhadj A., Khiari G., Hachmi Z.& al. (1998). Les femmes agressées. Enquête dans les services des urgences de l'Hôpital Charles Nicole. Journal Tunisien de Psychiatrie, vol. 1(1) : 3-6.
32 Bouasker, A. (2003). Violence conjugale : Etude épidémiologique, à propos de 424 femmes consultant dans des centres de soins primaires. Thèse, Faculté de médecine de Tunis.
33 Belhadj A., Bagbag, F. (2008). Equité de genre et prévention de la violence à l'encontre des femmes. Recherche/action initiée par l'ONFP à Douar Hicher – Tunis.
34 Ouertani H. « Violences sexuelles à l'égard des femmes ». Etude présentée lors d'une conférence de presse à l'occasion du lancement par l'ATFD de la campagne de lutte contre les violences sexuelles à l'égard des femmes. Octobre 2012.
35 ONFP. Enquête nationale sur les violences à l'égard des femmes en Tunisie. 2010.

Prévalence de la violence selon le type dans la population féminine âgée de 18 à 64 ans

	Pendant la vie		Pendant les 12 derniers mois	
Type de violence	Effectif	%	Effectif	%
Physique	1.203	31,7%	273	7,3%
Psychologique	1.094	28,9%	587	15,8%
Sexuelle	509	15,7%	276	7,4%
Économique	269	7,1%	138	3,8%

Cette violence est majoritairement le fait d'un partenaire intime (conjoint, ami, fiancé). Concernant les violences physiques, 20,3% des femmes disent en avoir été victimes durant leur vie avec leur partenaire. Pour l'année écoulée, la violence exercée par un partenaire est de 7,2 %. « La grande majorité des femmes qui ont été confrontées à des violences physiques exercées par un partenaire ont subi des actes de violence plus d'une fois, parfois fréquemment.» (ENVEFT 2010, p.52).

Selon cette même enquête, ces violences peuvent se manifester par des actes graves : donner des coups de pied (5,9%), frapper avec un bâton/ceinture (5,8%), cogner la tête contre le mur (3,1%), menacer d'une arme (1,9 %). 24.8% des femmes rapportent avoir été victimes de violence psychologique durant leur vie et 17.0% l'ont subie durant les 12 derniers mois. Ces violences s'expriment le plus fréquemment par des insultes, les humiliations. La prévalence de la violence sexuelle, perpétrée par un partenaire, sur la vie est de 14,2%. 9,0% des femmes déclarent l'avoir subie durant les 12 mois précédant l'enquête. «Le fait de l'obliger à avoir des relations sexuelles (10,9%), est l'acte le plus fréquent suivi par « le fait de lui avoir imposée des pratiques sexuelles qu'elle n'approuve pas» (5,5%).

Si l'enquête nationale sur les violences faites aux femmes a permis de prendre la mesure chiffrée des violences, en particulier celles exercées dans le couple, les données ne portaient pas sur les violences faites aux femmes handicapées. Aucunes statistiques, données, études ne sont disponibles, leur impact n'est pas étudié. L'absence de statistiques et de données scientifiques sur les violences faites aux femmes en situation de handicap et particulièrement les violences sexuelles, rend difficile de connaitre la proportion exacte des victimes, leur profil, celui des agresseurs ainsi que les circonstances et la fréquence des agressions. Elle constitue également un obstacle à l'élaboration d'une véritable politique publique de prévention et d'apporter une réponse adéquate à ce problème.

4. Conséquences des violences sexuelles

« Si le handicap accroît le risque de violence, les violences accroissent également le handicap. L'impact psycho-traumatique qui en résulte reste souvent méconnu par les professionnels et donc non pris en charge de manière adaptée, entraînant alors l'abandon et l'isolement.[36]»

- Sur les jeunes

Quel que soit l'enfant ou le jeune qui en est victime, l'abus sexuel est un traumatisme qui pèsera sur ses relations avec les autres, aussi bien vis-à-vis des personnes qui s'occupent de lui que de ses futurs partenaires. « Certes, il s'en remettra et s'endurcira, mais les cicatrices seront toujours là, hantant son âme et son esprit » (Higgins et Swain, 2010)[37]. Les enfants et les jeunes qui ont subis des violences sexuelles de manière répétée, surtout si l'auteur des violences est une personne de confiance, peuvent présenter des symptômes de stress post-traumatiques, de troubles de la personnalité limite et/ou troubles dissociatifs de l'identité. A court terme, on peut voir des difficultés scolaires, des difficultés de communication... A long terme, la violence sexuelle peut entraine des sentiments de peur, d'anxiété, de dépression, de colère, d'hostilité, il peut entraîner un comportement sexuel inadapté, un manque de confiance en soi, une tendance à abuser de substances toxiques et une difficulté à construire des relations intimes. Des études plus récentes se sont penchées précisément sur les conséquences de l'abus sexuel commis sur des enfants souffrant d'un handicap intellectuel grave et elles ont confirmé que ces enfants souffraient aussi de certaines conséquences à long terme typiques de l'abus sexuel enduré pendant leur enfance (O'Callaghan, Murphy et Clare, 2003)[38].

36 Message de Marie Rabatel cité in RAPPORT D'INFORMATION FAIT au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes (1) sur les violences faites aux femmes handicapées, Par M. Roland COURTEAU, Mmes Chantal DESEYNE, Françoise LABORDE et Dominique VÉRIEN. SÉNAT SESSION ORDINAIRE DE 2019-2020.p5.
37 Higgins et Swain, Disability and child sexual abuse : Lessons from survivors' narratives for effective protection, prevention and treatment, Jessica Kingsley, Londres, 2010.
38 O'Callaghan A. C., Murphy G. et Clare I. C. H., "The impact of abuse on men and women with severe learning disabilities and their families", in British Journal of Learning Disabilities, no 31, 2003, p. 175-180.

Pendant l'adolescence ou à l'âge adulte, les rescapés sont nombreux à rechercher de l'aide auprès des services de santé mentale parce qu'ils souffrent de ces conséquences d'abus sexuels subis pendant l'enfance. En fonction de la nature et de l'intensité de leur souffrance, de leur capacité de résilience et des soutiens qu'ils trouvent dans la société, ils peuvent devenir « handicapés » en raison de l'abus qu'ils ont subi étant enfants.

• Sur les femmes

L'Organisation des Nations Unies (1993), avec l'Organisation Mondiale de la Santé (1995), ont reconnu clairement que les violences faites aux femmes et aux filles, représentaient une atteinte grave aux droits et à la dignité des personnes, et qu'elles sont à l'origine d'atteintes à leur intégrité psychique et physique. Elles reconnaissent également la spécificité de ces violences, et les décrivent comme des violences sexistes fondées sur la domination masculine et les inégalités de pouvoir entre les hommes et les femmes, et comme un marqueur du contrôle social des femmes. Les violences sont donc reconnues comme une question de droit et non une question d'intimité, de sexe, de couple, de famille, de coutume ou de culture, et les conséquences des violences sont une question de santé.

« Les études montrent que des femmes qui ont été victimes de violence physique ou sexuelle pendant l'enfance ou à l'âge adulte, sont plus souvent malades que les autres, en ce qui concerne les fonctions physiques, le bien-être psychologique et l'adoption d'autres comportements à risques » (WHO/OMS, 2003, p. 113). Les effets de la violence sur la santé globale des personnes qui en sont victimes peuvent perdurer à moyen et long terme, même après la fin des violences.

« Plus la violence est grave, plus l'impact sur la santé physique et mentale de la femme est profond. Les répercussions dans le temps de différents types et de multiples épisodes de violence semblent être cumulatives » (idem). Les symptômes, psychiques et neurophysiologiques, de stress aigu ou chronique, les symptômes de dépression, le développement ou l'aggravation de troubles de la dépendances (alcool, toxicomanies, troubles alimentaires), le développement ou l'aggravation de troubles de l'organisation de la personnalité doivent être évalués, contextualisés et mis en lien avec une éventuelle exposition actuelle ou passée à des violences (Campbell, 2002)[39]. Elles peuvent avoir un effet puissant, déstructurant, désorganisateur et traumatisant pour les personnes impliquées et leur entourage.

Celles-ci peuvent être atteintes dans leur intégrité et leur identité : au niveau de leur territoire bio-corporel, au niveau de leurs représentations psycho-affectives et au niveau de leurs compétences relationnelles et sociales. Outre l'isolement, la peur et la perte de l'estime de soi, la confusion des ressentis et des pensées peut amener la personne victime à se demander si ce qu'elle vit est réel et si elle en est coupable. L'enquête nationale sur les violences à l'égard des femmes en Tunisie a montré que 45% des femmes ayant subi une violence rapportent des conséquences aux niveaux physique, psychologique et social.

- Au niveau physique : 16.2% perte de connaissance ; 4.6% fractures
- Au niveau psychologique : 27% difficultés de concentration
- Au niveau sexuel :
  > Risque accru de problèmes sexuels (frigidité 65%, impuissance 15%).
  > 37.50% uniquement des femmes victimes de violences conjugales ont des rapports sexuels réguliers.

En abordant la question de la qualité de vie des femmes, Belhaj et Bagbag (2008) ont trouvé que 22.3% des femmes victimes de violences physiques et psychologiques présentent une dégradation de leur santé physique avec une difficulté de mentalisation des conflits qui s'expriment directement à travers le corps[40]. Les femmes victimes de violences économiques (10%) souffrent d'une altération de leur santé physique et psychologique. Et enfin les femmes qui subissent des violences combinées (physiques, psychologiques, sexuelles et économiques) sont exposées à de graves problèmes sur le plan physique, psychologique, socioprofessionnel et familial. Bagbag et al (2008), dans son étude portant sur un échantillon de 31 femmes victimes de violence conjugale au moyen du Rorschach a souligné que :

- 25% souffrent d'un « état de stress non dépassé »
- 67,7% ont un rapport perturbé à la réalité
- 34% présentent un comportement impulsif et des difficultés à gérer le stress
- 29% ont des difficultés relationnelles[41].

Selon Bouasker (2003) divers symptômes tels que perturbations de l'appétit et du sommeil sont fréquents parmi les femmes victimes de violence. Elles sont presque 3 fois plus nombreuses à avoir présenté au cours de leur vie un épisode dépressif majeur. On retrouve trois fois plus de tentatives de suicide chez elles que chez les femmes du groupe témoin[42]. Une étude plus récente montre que les antécédents de **tentatives de suicide** sont plus fréquents chez les femmes victimes de violence conjugale avec une différence significative **(23%).**

39 Campbell, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence, Lancet, 359: pp.1331- 1336.
40 Belhadj A., Bagbag, F. (2008). Equité de genre et prévention de la violence à l'encontre des femmes. Recherche/action initiée par l'ONFP à Douar Hicher – Tunis.
41 Bagbag F., Ben Alaya D., Ben Fadhl S., Ben Jomaa S. & Bellej T. (2007-2008). La violence à l'égard des femmes : Aspects psychologiques et psychosociologiques. Rapport final, ONFP.

6.25% de femmes victimes de violences conjugales souffrent d'état de stress post-traumatique contre 0% des femmes non violentées avec une différence très significative. Les femmes victimes de violences conjugales présentent plus de tableau dépressif (66.7%) que les femmes non violentées (20%) avec une différence très significative. **52%** des femmes souffrant d'état de stress post-traumatique (contre 0%) présentent une comorbidité dépressive. (Ouertani, 2017)[43].

• Conclusion

Ce qui ressort de cette étude théorique c'est le manque d'information sur la situation des personnes en situation de handicap qui a été déploré par plusieurs auteurs à l'échelle mondiale. Cette situation est encore plus déplorable en Tunisie vu l'absence totale de statistiques, et d'étude concernant les droits sexuels et reproductifs des personnes en situation de handicap et encore plus sur les violences subies par cette population. Ainsi, Le manque d'attention sur le sujet de la part des chercheurs œuvrant dans les domaines du handicap et de la violence participe de manière considérable à l'invisibilité du phénomène de victimisation des jeunes et des femmes en situation de handicap. Bien qu'il n'existe que peu de données concernant l'ampleur des violences exercées à l'encontre des personnes en situation de handicap, les participants à cette étude ont fait état d'une grande fréquence de mauvais traitements et des violences à leur encontre. Les cas rapportés dans cette étude témoignent d'une réalité complexe et difficile à appréhender, tant dans son ampleur que dans la nature des violences exercées. Nous devons souligner qu'il s'agit là d'une étude qualitative qui ne cherche pas à établir la prévalence des violences subies par les personnes en situation de handicap, mais d'apporter un certain éclairage sur la souffrance engendrée par ces violences, particulièrement les violences sexuelles et de démontrer leur l'impact sur les victimes tant sur le plan psychologique que relationnelle et sociale, que ce soit à court ou à long terme.

II. Méthodologie

Il s'agit d'une étude qualitative portant sur :

1. La présentation et l'évaluation du cadre juridique et normatif national à la lumière des engagements internationaux de la Tunisie en matière de droits humains en général et de droits des personnes handicapées en particulier.
2. l'analyse qualitative des données recueillies auprès de deux groupes de personnes en situation de handicap et un groupe de personne de confiance.

Pour s'y faire trois questionnaires ont été élaborés. Un questionnaire adressé au groupe de jeunes en situation de handicap, un deuxième adressé aux femmes en situation de handicap et un troisième adressé aux personnes de confiance. Les questionnaires destinés aux personnes en situation de handicap sont construits autour de quatre axes :

- Informations sociodémographiques,
- Connaissances en matière de santé sexuelle et reproductive et les expériences des personnes en situation de handicap,
- Violences sexuelles,
- Accès à la santé sexuelle et reproductive. (Voir annexes)

Le questionnaire adressé aux personnes de confiance (parents ou professionnel travaillant avec des personnes en situation de handicap), comporte deux axes :

- Informations sociodémographiques
- Violences sexuelles
- Santé sexuelle et reproductive. (Voir annexes)

Echantillon

L'échantillon comporte trois groupes :

1- Groupe de jeunes (des deux sexes) en situation de handicap âgés de 15 à 24 ans, résidant aux gouvernorats de Gabes, de kairouan et du Grand Tunis. Différents types de handicap ont été inclus (handicap physique, visuel, auditif et mental).
2- Groupe de femmes en situation de handicap âgées de 24 à 49 ans et résidant aux gouvernorats de Gabes, de kairouan et du Grand Tunis, tout handicap confondu.
3- Groupe de personnes de confiance (parents, professionnels des centres de prise en charge des personnes en situation de handicap), appartenant aux trois gouvernorats.

Le choix des participants est aléatoire. La constitution de l'échantillon de l'étude répond principalement aux critères genre âge et lieu de résidence.

Déroulement de l'enquête et difficultés rencontrées

L'enquête a débuté par le travail de terrain durant les mois de juillet – août 2019. C'était la période des vacances où presque tous les centres des associations sont fermés, ce qui a rendu l'accès aux personnes en situation de handicap très difficile pour les enquêteurs. S'ajoute à cela les difficultés rencontrées auprès des enquêtés liées surtout au tabou de la question de sexualité et son abord. Nous avons rencontré beaucoup de résistances à ce sujet allant des fois jusqu'au blocage total.

42 Bouasker, A. (2003). Violence conjugale : Etude épidémiologique, à propos de 424 femmes consultant dans des centres de soins primaires. Thèse, Faculté de médecine de Tunis.
43 Ouertani H. (2017). «Les conséquences des violences conjugales sur la santé mentale des femmes » Thèse de psychologie Clinique. Faculté des sciences Humaines et Sociales de Tunis.

Chapitre 2
Résultats et analyses

I. Analyse du cadre juridique des Droits sexuels et reproductifs des personnes en situation de handicap en Tunisie

Introduction

Il est vrai qu'on ne trouve pas une définition officielle fournie par un instrument juridique international des droits sexuels, aucun texte juridique ne les consacre en tant que tels. Par contre on trouve des positions de certaines organisations internationales qui se sont prononcées à ce sujet tel que « World Aquaculture Society » (2014), «l'International Planned Parenthood Federation » (2008) et « L'Organisation mondiale de la Santé» (2006). Il s'agit pour eux du droit à la sexualité sans discrimination, sans violence ou contrainte, avec accès aux services d'éducation et de santé sexuelle, dans le respect de la vie privée et familiale. Depuis cette acceptation des droits sexuels on s'aperçoit que plusieurs éléments y sont rattachés, soit la liberté de développer et d'entretenir des relations intimes, de ne subir aucune violence, d'avoir le contrôle de son corps et de prendre des décisions quant à la reproduction, d'exprimer sa sexualité dans le respect des droits des autres, d'obtenir de l'information sur la sexualité, les pratiques sexuelles et la santé sexuelle et reproductive, et d'obtenir des services relatifs à la santé sexuelle et reproductive.

En conséquence, ces droits sont rattachés à plusieurs droits reconnus en droit international, dont les droits à la non-discrimination, au respect de la vie privée, à la liberté d'expression, à l'intégrité physique, à la santé et à l'éducation. Ainsi, les droits sexuels et reproductifs reposent sur une série de garanties fondamentales en matière de droits humains, protégées à la fois dans les instruments fondamentaux des droits de l'homme et dans les traités internationaux et régionaux. Ils sont même essentiels à la réalisation et à la protection d'un large éventail de droits essentiels, en particulier le droit à la vie, le droit à la santé et le droit à la vie privée.

En effet, les droits sexuels ont une double finalité ; une finalité individuelle qui permet de garantir aux individus la possibilité de déterminer quand et s'il faut avoir des enfants, de contrôler leur corps et leur sexualité, d'accéder aux informations et aux services essentiels en matière de santé sexuelle et reproductive et de vivre sans violence. C'est-à-dire faire des individus, des êtres libres, autonomes, épanouis sur le plan personnel et en bonne santé.

Derrière cela il y a aussi une finalité collective qui transcende les individus par l'idée de changer et de transformer le modèle social, afin de construire une société inclusive qui se base sur le principe d'égalité. Alors qu'en est-il pour les personnes en situation de handicap ? Surtout qu'ils sont soumis à des stéréotypes sociaux et une stigmatisation qui affectent leur statut de citoyen et d'acteur économique à part entière. Ces stéréotypes s'expriment à la fois par les visions traditionnelles qui se focalisent sur la vulnérabilité des personnes en situation de handicap par rapport aux abus sexuels, et par la transmission des mythes concernant la sexualité des personnes handicapées les considérant comme des personnes « asexuelles» ou « ultra-sexuelles » selon le genre et le type de handicap.

Ce questionnement devient de plus en plus pertinent notamment que « Dans les prochaines années, le handicap deviendra une préoccupation encore plus grande à cause de l'augmentation de sa prévalence, qui s'explique par le vieillissement des populations et le risque plus élevé de handicap chez les personnes âgées, mais aussi par l'accroissement mondial des problèmes de santé chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer et les troubles de la santé mentale.[44]»

Le handicap a toujours été considéré comme une déficience de la personne, un état de santé personnel. Donc comme la cause naturelle faisant que certains ne pouvaient prendre part à la vie sociale, éducative, professionnelle... comme toute autre personne. Lorsque le handicap est ainsi perçu, les réponses apportées par la société se limitent à une seule des deux démarches suivantes: l'approche médicale par la rééducation, ou bien l'approche caritative qui consiste à subvenir aux besoins de la personne par les moyens de protections sociales.

Selon cette perception, la vie de la personne handicapée est confiée à des professionnels qui ont le pouvoir de prendre les décisions capitales se rapportant à tous les aspects de leur vie. Alors que la perception individuelle du handicap est toujours celle qui prévaut dans la Classification internationale des handicaps établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1980 (WHO, 1980).

44 Organisation mondiale de la santé. Rapport mondial sur le handicap. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2001. Disponible à l'adresse suivante: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_fr.pdf

Les « disability studies » émergent à cette période aux États-Unis et au Royaume-Uni (Albrecht, Ravaud, et Stiker, 2001; Boucher, 2003), remettant en cause le modèle médical du handicap pour promouvoir un modèle social[45]. Par leur travail critique sur la classification élaborée suite aux travaux de l'OMS, les « disability studies » ont élargi et approfondi le débat sur la manière de classifier et de conceptualiser valablement la maladie et les handicaps et instaurent la possibilité d'analyser le handicap par rapport aux facteurs sociaux, culturels et politiques. Les « disability studies » acquièrent ainsi un statut de courant académique autonome à l'instar de ce qui s'est fait dans les domaines des « women studies » ou «ethnie studies».

En affirment que la reconnaissance de la dignité et de la valeur inhérentes à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables sans discrimination, et que le handicap fait partie de la condition humaine ; pratiquement tout le monde, à un moment ou l'autre de la vie, aura une déficience temporaire ou permanente et à un âge avancé les individus peuvent connaître des difficultés fonctionnelles.

Cela a permis à la communauté internationale de remettre en question la perception ancienne du handicap et de marquer un changement radical dans les approches existantes. Ce changement s'est traduit par l'élaboration de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et du Protocole facultatif s'y rapportant.

Cette Convention aborde le handicap sous l'angle d'une "pathologie de la société", autrement dit comme le résultat de l'incapacité de la société à être inclusive et à accueillir les différences de la personne. Ce sont les sociétés qu'il faut faire évoluer, non pas la personne, et la Convention propose une véritable feuille de route pour ce changement. Sachant que les organisations de personnes handicapées ont grandement contribué au développement de celle-ci.

La Tunisie fait partie des premiers pays à avoir ratifié la Convention relative aux droits des personnes handicapées le 11 février 2008 par la loi n° 2008-4 et publiée au Journal officiel de la République tunisienne par le décret n° 2008-1754 22 avril 2008. Il est intéressant à ce niveau de se questionner sur la reconnaissance des droits sexuels des personnes handicapées en droit tunisien.

Plusieurs questions émergent : Comment les droits sexuels sont-ils protégés ? Quelle est la portée de ces droits ? Sont-ils adaptés à la situation du handicap ? Quelle est la portée de la participation des organisations de personnes invalide ou en situation de handicap?

Quelle est le rôle des personnes handicapées dans le développement de leurs droits sexuels et reproductifs ?

L'émergence de l'approche fondée sur les droits de l'homme a changé la manière dont les problématiques relatives au développement sont articulées. Elle permet de positionner fermement les droits de l'homme en tant qu'objectif pour le développement, de lier explicitement les efforts en matière de développement aux normes relatives aux droits de l'homme et de faire en sorte que les principes clés relatifs aux droits de l'homme orientent systématiquement le processus de développement.

Il faut noter aussi que tous les droits de l'homme sont interdépendants et étroitement liés, ce qui implique que la mise en œuvre d'un droit dépend souvent, totalement ou partiellement, de la mise en œuvre des autres droits. Ce qui faits des droits sexuels et reproductifs un système de droits composé d'un ensemble de garanties fondamentales, relatives aux droits de l'homme, et se présente comme une facette importante de la citoyenneté des personnes en situation de handicap.

Par conséquent, la méthodologie d'analyse ne vise aucunement à compartimenter ou à réduire le périmètre des droits de l'homme, mais à fournir une vision explicite sur la manière d'opérationnaliser adéquatement les droits sexuels et reproductifs pour les personnes en situation de handicap.

1. Le Droit International

Afin de traiter la question des droits sexuels et reproductifs des personnes en situation de handicap, nous nous basons sur **la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH)**, qui est le seul instrument spécifique et juridiquement contraignant à portée universelle mais aussi tous les principes du système des droits sexuels et reproductif.
L'Assemblée Générale des Nations Unies a adopté le 13 décembre 2006 la Convention Internationale relative aux droits des personnes handicapées, dont l'objectif est de promouvoir et de protéger les droits et la dignité des personnes handicapées. Les Etats membres « Convaincus qu'une convention internationale globale et intégrée pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des personnes handicapées contribuera de façon significative à remédier au profond désavantage social que connaissent les personnes handicapées et qu'elle favorisera leur participation, sur la base de l'égalité des chances, à tous les domaines de la vie civile, politique, économique, sociale et culturelle, dans les pays développés comme dans les pays en développement.[46]»

45 Genre, sexualité & Société,Handicap, Gender and Sexuality : Contemporary Francophone Research ; Pierre Brasseur et Lucie Nayak N°19 printemps 2018

Par sa signature, l'Etat Tunisien est devenu responsable envers les individus en situation de handicap et dont les droits sont protégés par les traités, par le biais de trois obligations : respecter, protéger et mettre en œuvre. Et s'engage à prendre une série de mesures législatives, administratives et sociales et à élaborer des programmes destinés à mettre sa législation et sa politique en conformité avec la Convention et de mettre en place des mécanismes et des programmes dans ce domaine, aux niveaux national et local et à développer ceux qui existent déjà.

Cette Convention, vient réaffirmer les droits fondamentaux des personnes en situation de handicap : l'égalité devant la loi (art. 5), le respect de la personne et de son intégrité physique (art. 3), l'accès à l'éducation (art. 24), au travail (art. 27) ... mais d'autres droits sont concrétisés : l'accès à la justice (art. 13), aux infrastructures (art. 9), ... qui apportent de nouveaux éléments de protection plus spécifiques aux personnes handicapées.

Le protocole facultatif permet aux particuliers de faire contrôler le respect effectif de la Convention par les Etats, à l'aide d'un système de pétition. Pour les droits sexuels et reproductifs, la protection en droit international se concentre en grande partie dans le domaine de la santé. Effectivement, ce n'est que dans le contexte du droit à la santé que le lien entre sexualité et droits est fait. Pourtant, en lisant les traités internationaux, ce lien n'est pas fait de manière explicite, à l'exception de la CDPH. Celle-ci annonce que le droit à la santé inclut l'accès aux services de santé sexuelle et génésique (art. 25)

1.1 Les droits sexuels et reproductifs dans la convention relative aux droits des personnes handicapées

La Convention réaffirme des droits égaux en matière de mariage et de procréation et la protection contre la violence et les abus sexuels, ainsi que la protection de la fertilité :

- **Le respect de la vie privée (art. 22) :** Le droit à la vie privée est un droit de l'homme, et inclut le droit à l'autonomie personnelle. Dans le contexte des droits sexuels et reproductifs cela signifie que lorsque des personnes demandent des informations et services en matière de santé, elles ne doivent pas faire l'objet d'ingérences dans leur vie privée. Il inclut également le droit de contrôler et de décider de manière libre et responsable des aspects de la sexualité et de la vie sexuelle. Et oblige le personnel de santé à ne pas divulguer des informations et des données de santé privées. Mais il faut réfléchir aux personnes qui ont besoin d'assistance et d'accompagnement. Et comment appliquer ces principes dans les institutions ?

- **Le respect des relations personnelles, y compris les relations intimes (art. 23) :** respect de la vie privée et de l'intimité de la personne. La vie sentimentale et sexuelle de la personne fait partie intégrante de la notion de vie privée. Dans ce contexte, il s'agit de respecter le choix libre à développer des relations intimes positives pour une personne en situation de handicap et à lever les obstacles entravant son accès à une vie amoureuse et sexuelle consentie.

- **L'accessibilité (art. 3, 9, 25) :** Dans le contexte des droits sexuels et reproductifs, l'accessibilité, comme moyen d'atteindre l'égalité et l'objectif de l'égalité des chances se réfère à l'éloignement et au coût de l'accès aux soins, aux établissements, aux informations et à l'éducation en matière de sexualité, et si ces services sont fournis sans discrimination et sur la base d'informations appropriées. Ainsi, les services doivent se trouver dans un périmètre raisonnable et doivent être financièrement accessibles à tous, en particulier aux personnes en situation de handicap.

- **Protection contre les abus sexuels (art. 16, 14)** de façon à diminuer le risque d'abus à l'égard des personnes handicapées. Des abus qui englobent les abus physiques et sexuels, les préjudices psychologiques, les abus financiers, et les négligences et les abandons d'ordre matériel ou affectif. Les abus dans tous les contextes, plus spécialement aux personnes qui continuent de vivre dans des établissements fermés et à celles qui sont victimes d'abus de la part de personnes en position d'autorité. Une attention particulière est accordée aux groupes doublement défavorisés, tels que les femmes, les jeunes filles et les enfants handicapées.

La capacité et le consentement sont considérés comme les principaux critères permettant de déterminer si un acte constitue un abus ou résulte d'un choix légitime posé par une personne handicapée, qui a le même droit que les autres citoyens de prendre une décision et de prendre un risque. Une attention particulière doit être accordée à ce niveau pour la distinction entre des relations sexuelles consenties et l'abus sexuel, constituent lorsqu'une personne n'est pas considérée comme ayant la totale capacité de consentir à des soins de santé, par exemple l'avortement. Dans ce cas la question qui se pose c'est doit-on adopter une approche protectrice ou autonomisante ?

- **L'égalité des chances,** la non-discrimination et l'égalité entre hommes et femmes, notamment dans le mariage et la famille (art. 3, 5, 6, 23) : Combattre la discrimination et permettre à tous les individus en situation de handicap de jouir pleinement de leurs droits sans discrimination d'aucune sorte.

46 Préambule de la Convention Internationale relative aux droits des personnes handicapées, point Y.

L'importance doit être donnée aux conséquences négatives des inégalités économiques, sociales et politiques. Le genre constitue un motif principal d'inégalité et doit être pris en compte à tout moment et à tous niveaux puisque la femme en situation de handicap peut être victime de double ou triple discrimination.

On souligne donc la place dans cette convention de la prise en considération de la complexité des situations de handicap en lien avec la vie sexuelle. Malgré les plusieurs dispositions pertinentes dans cette convention en relation avec les droits sexuels et reproductifs des personnes en situation de handicap, la protection en droit international ne se limite pas à celle-ci. Elle s'est Concentrée en grande partie dans le domaine de la santé alors que les services de santé sexuelle et reproductive se trouvent au cœur d'une schématisation et d'une analyse de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité plus vaste dans le cadre de l'égalité et de la non-discrimination.

1.2. Cadre général de la santé sexuelle et reproductive :

Les droits sexuels et reproductifs se fondent sur un ensemble de garanties fondamentales relatives aux droits de l'homme, contenues dans les traités internationaux et régionaux en la matière. Les traités fondamentaux relatifs aux droits de l'homme pertinents sur le plan du droit général à la santé comportent les dispositions suivantes :

- **Pacte international relatif aux droits economiques, sociaux et culturels :**

> Reconnaitre le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.
> Assurer le plein exercice de ce droit et prendre les mesures nécessaires pour assurer: La diminution de la mortinatalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ; L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu ; La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ; La création que la lutte contre ces maladies ; La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

- **Convention sur l'elimination de toutes les formes de discrimination a l'egard des femmes :**

> Prendre toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille.
> Fournir aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement.

- **Convention relative aux droits de l'enfant :**

> Elle vise à instaurer un cadre de vie qui garantit le droit à l'éducation, à la protection en matière de santé et le droit de s'exprimer afin de permettre à tous les enfants de grandir en sécurité et en bonne santé et avoir les moyens de réaliser leurs rêves.
> Elle reconnaît notamment le droit des enfants à la santé, aux soins, à l'alimentation, à l'eau et à l'assainissement et à une chaise dans une salle de classe, même s'ils vivent avec un handicap ou dans des zones de guerre.

- **Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants :**

> Oblige les Etats parties à prendre toutes les mesures appropriées pour empêcher et réprimer la torture et les traitements cruels, et à protéger les personnes privées de liberté contre les atteintes à leur intégrité physique et psychique.
> Interdit explicitement toute invocation «d'ordres supérieurs» ou de «circonstances exceptionnelles» pour excuser des actes de torture...

Les droits sexuels et reproductifs englobent également un certain nombre de droits civils et politiques contenus dans le pacte international relatif aux droits civils et politiques, comme le droit à la vie (art. 6), le droit à la liberté et à la sécurité (art. 9), le droit à la vie privée (art. 17), et le droit à recevoir et répandre des informations (art. 19)16. Cela implique le droit de disposer de sa santé et de son corps. Les viols et violences sexuelles, les stérilisations et avortements forcés ainsi que les mariages forcés des violations des libertés sexuelles et reproductives. On se trouve donc confronté à différents types de textes qui présentent des différences de contenu et sans lien explicite avec les droits sexuels et reproductif. En effet la question des droits sexuels a déjà fait l'objet de nombreuses études et controverses dans la communauté internationale[47] et ne s'impose pas d'emblée parmi les juristes[48].

Cependant les organisations internationales ont largement contribué à l'élaboration et à la diffusion des notions de santé sexuelle et de droits sexuels. Afin de mieux comprendre les dimensions de cette

47 Kismödi, E., Cottingham, J., Gruskin, S. et Miller, A.M. (2014), « Advancing sexual health through human rights : The role of the law », Global Public Health. An International Journal for Research, Policy and Practice, p. 1-16. – Lottes, I. (2013), « Sexual Rights : Meanings, Controversies, and Sexual Health Promotion », Journal of Sex Research, n° 50, p. 367-391 – Parker, R.-G. (2007), « Sexuality, Health, and Human Rights », American Journal of Public Health, n° 97, p. 972-973.
48 Petitpas, E. (2008), Les « droits sexuels » : un nouveau paradigme dans le système de protection des droits humains, Strasbourg, Université Robert Schuman.

élaboration progressive et d'élargir le champ de la réflexion on va passer en revue les différents documents produits par des organisations non gouvernementales et des organisations internationales qui ont progressivement inventé la notion des droits sexuels. On cherche à mettre en évidence les liens entre les discours qui introduisent la sexualité dans le registre de la santé, d'une part, et dans celui des droits de l'Homme, d'autre part. C'est cette articulation qui a donné naissance aux « droits sexuels ».

- **OMS 1975[49] :** La santé sexuelle consistait principalement à l'éducation, et de la thérapie avec une faible prise en compte de la dimension de la santé publique et encore moins des questions politiques liées aux droits de l'Homme. Elle se limitait à la lutte contre les tabous et les préjugés religieux qui s'opposent à la santé sexuelle.

- **OMS 1987[50] :** en affirmant « les droits des individus à être libres de toute exploitation, oppression ou abus sexuel », elle pose un premier vecteur d'ordre politique.

C'est la mise en place des concepts : santé sexuelle.

- **La proclamation de TEHERAN[51] :** une référence indirecte à la sexualité qui entre dans le champ des droits de l'Homme par la planification familiale et par la dénonciation des discriminations sociales et des violences contre les femmes.

- **Déclaration et le Programme d'action de Vienne 1993 :** « …souligne l'importance de travailler à l'élimination de la violence envers les femmes dans la vie publique et privée, l'élimination de toutes les formes de harcèlement sexuel, l'exploitation et la prostitution des femmes, l'élimination des préjugés de genre dans la justice et l'éradication de tous les conflits qui peuvent surgir entre les droits des femmes et les effets néfastes de certaines pratiques traditionnelles, les préjugés culturels et l'extrémisme religieux[52] »

- **Conférence internationale sur la population et le développement (1994) :** « Par santé en matière de reproduction, on entend 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 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. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé[53]».

- **Quatrième Conférence mondiale sur les femmes :** « Les droits fondamentaux des femmes comprennent le droit d'être maîtresses de leur sexualité, y compris leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence, et de prendre librement et de manière responsable des décisions dans ce domaine. L'égalité entre les femmes et les hommes en ce qui concerne la sexualité et la procréation, y compris le respect total de l'intégrité de la personne, exige le respect mutuel, le consentement et le partage de la responsabilité des comportements sexuels et de leurs conséquences[54]».

Ces documents montrent bien l'Inclusion des questions de santé sexuelle et l'approche genre dans les droits de l'Homme. C'est par le biais de la planification familiale et de la dénonciation des discriminations sociales et des violences contre les femmes, qu'une référence indirecte à la sexualité entre dans le champ des droits de l'Homme.

- **Charte sur les directives relatives aux droits sexuels et reproductifs[55] :** elle met l'accent sur la santé des femmes et le droit à la planification familiale dans les meilleures conditions d'accès. Sans oublier d'inclure aussi les libertés civiles et politiques notamment le droit à l'égalité face à toutes les formes de discrimination.

- **Déclaration des droits sexuels[56] :** appelle à s'inscrire dans la nouvelle perspective d'un concept de santé sexuelle dissocié de la santé reproductive et centré sur le « droit au plaisir sexuel » (art. 5) en mettant l'accent sur les libertés individuelles relatives à une vie sexuelle satisfaisante, en toute sécurité et en situation d'autonomie par rapport à la procréation.

49 Organisation mondiale de la santé (OMS) (1975). Education and Treatment in Human Sexuality : The Training of Health Professionals. Report of a WHO Meeting
50 Organisation mondiale de la santé, Regional Office for Europe (1987). Concepts of Sexual Health : Report of a Working Group.
51 Proclamée par la Conférence internationale des droits de l'homme à Téhéran le 13 mai 1968
52 Déclaration et Programme d'action de Vienne Adoptés par la Conférence mondiale sur les droits de l'homme le 25 juin 1993.
53 La Conférence internationale sur la population et le développement Le Caire, 5-13 septembre 1994.
54 Quatrième Conférence mondiale sur les femmes. Beijing, Chine – 4-15 septembre 1995: Action for Equality, Development and Peace.
55 Fédération internationale des Centres de planification familiale (IPPF) (1996). Charter on Sexual and Reproductive Rights.
56 Association mondiale pour la santé sexuelle (WAS). Declaration of Sexual Rights. Valencia (1997) et Hong Kong (1999).

- **OMS. (2002)[57]:** développe un élément important, à savoir la notion du consentement, c'est-à-dire le droit à avoir des relations sexuelles en dehors de toute contrainte et concerne principalement les droits des femmes et des enfants.

- **Déclaration de Montréal (2005)[58] :** Elle associe de façon plus importante les droits de l'Homme qui fondent les violations des libertés, la lutte contre les violences et les discriminations et la promotion des libertés civiles aux questions plus précisément sexuelles et sanitaires.

- **IPPF (2008)[59] :** replace la santé sexuelle et la reconnaissance des bienfaits du plaisir sexuel sur la santé en général au centre du débat.

- **WAS (2014)[60] :** Elle associe de façon plus importante les droits de l'Homme (en relation avec les violations des libertés, la lutte contre les violences et les discriminations et la promotion des libertés civiles) aux questions sexuelles et sanitaires. La reformulation des questions de la sexualité sous l'angle de la santé sexuelle et des droits sexuels représente ainsi une nouvelle forme de politisation des questions sexuelles : la sexualité devient ainsi l'un des indicateurs principaux des violations des droits de l'Homme et de l'égalité, et elle est considérée à nouveau comme un levier de changement social, d'émancipation et de reconnaissance des citoyennetés

Ces documents prouvent l'Inclusion des droits de l'Homme dans le champ de la santé sexuelle et reproductive. La santé sexuelle se voit désormais associée à des droits. Cela affirme le caractère universel et interdépendant des droits de l'homme comme un ensemble de droits qui s'applique à tous les êtres humains sans discrimination d'aucune sorte. Ce qui nous permet de dire :

- **Les droits reproductifs des personnes en situation de handicap :** Comme les droits qui reposent sur la reconnaissance du droit fondamental à ces personnes de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence.

- **La sante en matière sexuelle et reproductive :** désigne le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne en situation de handicap, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. La santé en matière sexuelle et reproductive suppose donc qu'une personne puisse mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité.

En outre, l'analyse du cadre juridique international permet d'identifier des indicateurs génériques, qui peuvent être utilisés pour évaluer systématiquement les critères d'effectivité des droits sexuels et reproductifs des personnes en situation de handicap. En plus de celles cité par la convention en question comme l'égalité et l'accessibilité… on peut ajouter une l'éducation sexuelle. Une jouissance effective des droits requiert une éducation et un accès à l'information dans la transparence et sur un pied d'égalité avec tout autre personne.

Réaffirmant ainsi l'importance des droits sexuels et reproductifs comme un ensemble de normes transversales qui vise le bien-être et l'épanouissement des individus en autre les personnes en situation de handicap, mais aussi son rôle à garantir la paix et la sécurité et sa participation dans le progrès collectif dans le cadre d'une société inclusive.

Rappelons, qu'en ratifiant les traités relatifs aux droits de l'homme, les États consentent à être liés par ces traités et doivent se conformer à leurs dispositions de bonne foi[61]. Les lois nationales incompatibles avec les dispositions des traités ne peuvent être invoquées pour justifier le non-respect[62]. Ce cadre impose trois obligations à l'État Tunisien :

- **L'obligation de respecter :** signifie que l'État ne doit pas interférer dans la jouissance du droit.

- **L'obligation de protéger :** signifie que l'État, par le biais de mesures législatives et judiciaires, est tenu de s'assurer qu'aucun tiers n'interfère dans la jouissance du droit.

- **L'obligation de mettre en œuvre :** implique la prise de mesures pour la mise en œuvre des droits. Cette dernière est souvent déclinée entre obligations de faciliter, de promouvoir et de garantir. L'obligation de faciliter, implique de prendre des mesures positives et d'adopter des stratégies

57 OMS. (2002). Definition of Sexual Health and Sexual Rights in the Framework of Reproductive Health (RHR).
58 Déclaration de Montréal (2005):Sexual Health for the Millennium.XVIIIe World Congress of Sexology, Montréal.
59 IPPF (2008). Revised Charter on Sexual and Reproductive Rights.
60 WAS (2014). Declaration of Sexual Rights.
61 Vienna Convention on the Law of Treaties, art. 26, 1155 u.n.t.s. 331 (1980) [hereinafter Vienna Convention].
62 Vienna Convention, supra note 4, at art. 27.

propices à la création des conditions nécessaires permettant aux individus de mettre en œuvre leurs propres demandes. L'obligation de promouvoir implique la sensibilisation aux droits par le biais de l'éducation et de la diffusion d'informations. L'obligation de garantir implique une fourniture directe de biens et services aux individus qui, pour des raisons indépendantes de leur volonté, ne sont pas en mesure de répondre à leurs propres besoins. Lors de l'évaluation du respect des droits de l'homme par un État, cette typologie revêt une importance particulière car elle permet d'identifier plus précisément le non-respect potentiel, et d'orienter les actions requises.

2. Le Droit Interne tunisien

Malgré le développement conceptuel qu'ils connaissent sur le plan international les droits sexuels et reproductifs sont encore peu et mal connus en tant que concept à part entière sur le plan national. Cependant l'Etat tunisien est le seul pays arabe à avoir légalisé l'interruption volontaire de grossesse. Cette décision s'inscrit dans une stratégie politique de modernisation de la société tunisienne et en 1964 la première campagne de planification familiale est mise en place.

D'autant plus la Tunisie a accordé une importance aux personnes en situation de handicap par la prise de mesures en faveur de l'intégration des personnes handicapées sur tous les plans, et ce avant même la ratification de la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées encadrées par les textes législatifs tels que la loi d'orientation n°83-2005 - connaissent une application très limitée dans les faits. En effet les textes comprennent très peu de mesures de sanction en cas de non application de la loi ; S'ajoute à cela l'absence de contrôle sur les structures concernées par ces textes. Afin de bien s'étaler sur la question des droits sexuels et reproductifs des personnes en situation de handicap dans le cadre normatif tunisien on va voir les dispositions de la Constitution puis les lois nationales les plus pertinentes en la matière.

2.1 Les dispositions de la Constitution Tunisienne

Il faut rappeler tout d'abord que selon la hiérarchie de normes en droit tunisien au sommet de laquelle se trouvent la Constitution puis les traités ratifiés et ensuite les lois ... En relation avec les personnes en situation de handicap et les droits sexuels et reproductifs la Constitution tunisienne n'est pas muette. L'Article 48 dispose : « L'État protège les personnes handicapées contre toute discrimination. Tout citoyen handicapé a droit, en fonction de la nature de son handicap, de bénéficier de toutes les mesures propres à lui garantir une entière intégration au sein de la société, il incombe à l'État de prendre toutes les mesures nécessaires à cet effet. » Cette protection spécifique est consolidée par un principe plus général d'égalité citoyenne dans l'Article 21 : « Les citoyens et les citoyennes sont égaux en droits et en devoirs. Ils sont égaux devant la loi sans discrimination. L'État garantit aux citoyens et aux citoyennes les libertés et les droits individuels et collectifs. Il leur assure les conditions d'une vie digne. » Et les Articles 22, 23 en relation au droit à la vie et le respect de la dignité humaine.

La citoyenneté est un concept relativement consensuel. Elle consiste notamment à se voir reconnaître pour les personnes en situation de handicap des droits civils et politiques, comme le droit de bénéficier d'une égale protection de la loi. Elle consiste également à avoir accès à la santé comme tout être humain aux termes de l'Article 38 qui dispose : « Tout être humain a droit à la santé. L'État garantit la prévention et les soins de santé à tout citoyen et assure les moyens nécessaires à la sécurité et à la qualité des services de santé. L'État garantit la gratuité des soins pour les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes. Il garantit le droit à une couverture sociale conformément à ce qui est prévu par la loi.»

2.2 Les lois nationales les plus pertinentes en la matière

• **Aux personnes en situation de handicap d'avoir une vie digne.** Cependant, l'accès à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive reste limité pour les personnes en situation de handicap car ces mêmes services se concentrent principalement sur les soins de santé maternelle et infantile sans aucune adaptation aux besoins spécifiques de ces personnes. Et les bâtiments ne sont pas adaptés pour les personnes handicapées dans et les mesures de contrôle inexistantes tout comme les transports publics. Et malgré que le Ministère des Affaires Sociales octroie des cartes **La loi d'orientation n°83-2005** : Connait une application très limitée dans les faits, en effet le texte compte très peu de mesures de sanctions en cas de non application de la loi ; S'ajoute à cela l'absence de contrôle sur les structures concernées par ces textes. Cette défaillance législative conduit à un véritable paradoxe entre les textes et la réalité vécue par les tunisiens en situation de handicap. Ainsi la loi tunisienne reconnait le droit à une vie digne mais n'intègre pas la notion de discrimination sur la base du handicap et de ce fait n'inclue aucune sanction claire lors d'un abus discriminatoire. De même, la loi reconnaît le droit à une vie autonome mais les moyens mis à disposition sont insuffisants pour permettre d'indigent permettant l'accès au soin gratuit mais l'accès aux cartes est difficile et exclut beaucoup de personnes indigentes.

Même elle comporte une appellation stigmatisante et dégradante. Tout en rappelant que cette loi est adoptée avant la ratification de la convention et doit être révisée pour se conformer au mieux aux dispositions de celle-ci.

• **Le code pénal :** Il comporte des dispositions qui sanctionnent les violences et les menaces, entre autres, différentes infractions à caractère sexuel qui peuvent être commises sur des adultes ou des enfants. L'infraction d'agression sexuelle comporte trois degrés de gravité. On note à ce stade que le handicape n'est considéré comme condition aggravante majeure que si la personne est handicapé mentale puisqu'elle est assimilée au mineur dépourvu de discernement.

• **Le code de la protection de l'enfant :** garantit à tout mineur âgé de moins de 18 ans le droit de bénéficier des différentes mesures préventives à caractère social, éducatif, sanitaire et des autres dispositions et procédures visant à le protéger de toute forme de violence, ou préjudice, ou atteinte physique ou psychique, ou sexuelle ou d'abandon, ou de négligence qui engendrent le mauvais traitement ou l'exploitation.

L'article 17 stipule que « L'enfant handicapé mental ou physique a droit, en plus des droits reconnus à l'enfance, à la protection et aux soins médicaux ainsi qu'à un degré d'enseignement et de formation qui consolide son auto-prise en charge et facilite sa participation active à la vie sociale.» mais la mobilisation des moyens financiers et logistiques pour mettre en œuvre cette protection reste très limitée, ce qui rend les enfants en situation de handicap, souvent confrontés à des problèmes d'accessibilité aux services de santé, de transport et à l'éducation. Ce qui remet en cause sa capacité à s'intégrer et aggrave les facteurs de sa marginalisation et sa précarité.

• **Le code du statut personnel :** Il stipule que le mariage n'est formé que par le consentement des deux époux et soumet le mariage du mineur a l'accord tacite du tuteur et celui du prodigue qu'après consentement du curateur. Sans se prononcer sur la situation de la personne en situation de handicap et en tutelle. La tutelle est une protection par la loi. Mais d'un autre coté c'une privation de liberté aussi. Car la protection juridique est rarement demandée par le «majeur vulnérable». Elle est imposée par un juge des tutelles, sur recommandation d'un médecin, lui-même saisi par l'entourage alors qu'il se peut pour certain cette protection est imposée dans la mesure où son entourage juge mal son incapacité et ces facultés de discernement. Et lors d'une séparation ou un divorce les femmes en situation de handicap font face à des obstacles pour ramener leur enfant à la maison et le fait de maintenir sa garde.

• **Loi n° 1964-0046 du 3 novembre 1964, portant institution d'un certificat médical prénuptial :** elle dispose les futurs conjoints doivent se soumettre consultation prénuptiale dans le but du dépistage et la prévention de certaines affections dont quelques-unes pourraient être contagieuses pour le conjoint ou transmise à la descendance. Mais cette obligation n'a pas de valeur impérative sur le plan opérationnel, puisque le médecin est soumis au secret professionnel peut n'informer que la personne malade ou porteuse d'une maladie sexuellement transmissible.

Cela veut dire que seul le partenaire a le choix de dévoiler la nature de sa maladie à son conjoint. D'autant plus la loi ne stipule pas une obligation contraignante d'informer surtout quand le partenaire est déjà dans une situation de vulnérabilité telle les personnes en situation de handicap.

• **Loi n° 1958-0027 du 4 mars 1958 relative à la tutelle publique, à la tutelle officieuse et à l'adoption :** l'article 3 stipule « La tutelle officieuse est l'acte par lequel une personne majeure jouissant de la pleine capacité civile, ou un organisme d'assistance, prend à sa charge un enfant mineur dont il assure la garde et subvient à ses besoins. » il est vrai que cette loi s'inscrit dans la recherche de l'intérêt suprême de l'enfant adopté mais elle écarte une grande partie des personnes en situation de handicap et les considère incapable d'élever un enfant. Cela s'explique par la définition du handicap et la classification qui en découle adopter par le législateur tunisien.

• **Loi organique n° 2004-63 du 27 juillet 2004, portant sur la protection des données à caractère personnel :** qui dispose dans son article premier : « Toute personne a le droit à la protection des données à caractère personnel relatives à sa vie privée comme étant l'un des droits fondamentaux garantis par la constitution et ne peuvent être traitées que dans le cadre de la transparence, la loyauté et le respect de la dignité humaine et conformément aux dispositions de la présente loi. »

• **Loi n° 2002-80 du 23 juillet 2002 relative à l'orientation, à l'éducation et à l'enseignement scolaire :** cette loi vise à mettre en place d'un système éducatif ouvert à tous, particulièrement aux enfants handicapés. Cependant, l'application de cette stratégie inclusive s'est avérée limitée et problématique qui a induit à des difficultés dans l'inclusion des enfants en situation de handicap au sein du système scolaire. Elle constitue une décision hâtive sans vision stratégique ni des formations adéquates au cadre enseignant pour faciliter l'intégration de ces enfants.

• **Loi organique n° 2017-58 du 11 août 2017, relative à l'élimination de la violence à l'égard des femmes :** cette loi s'inscrit à la fois dans une approche intégrale(préventif, éducatif, social, aide) et de lutte de façon transversale contre la violence à l'égard des femmes qui considèrent la violence contre les femmes comme une affaire publique, comme une violation des droits humains, comme un obstacle pour l'égalité, le développement et la paix, et comme une forme de discrimination contre les femmes. Elle vise à éliminer toutes formes de violence à l'égard des femmes fondée sur la discrimination entre les sexes afin d'assurer l'égalité et le respect de la dignité humaine.

La loi apporte des changements majeurs dans l'approche de la lutte contre les violences faites aux femmes et à leurs enfants, notamment en termes de prévention et de protection des victimes par la mise en place de programmes scolaires et universitaires dont l'objectif est d'inculquer entre autres les principes des "droits humains et l'égalité entre les sexes". Il interdit en outre aux médias de véhiculer des stéréotypes basés sur le genre qui seraient de nature à encourager les violences et les discriminations faites aux femmes. Également des cycles de formation au profit du personnel médical et social ou encore des agents des forces de sécurité et au sein des tribunaux, mettant l'accent sur la nature de l'intervention, de l'écoute, de la protection et de la prise en charge des femmes victimes de violences et de leurs enfants. La loi a pour objet aussi la répression de toute atteinte physique, morale, sexuelle ou économique à l'égard des femmes, basée sur une discrimination fondée sur le sexe. L'article 7 dispose : « Les ministères chargés de l'éducation, de l'enseignement supérieur, de la formation professionnelle, de la culture, de la santé, de la jeunesse, du sport, de l'enfance, de la femme et des affaires religieuses doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour.... L'élaboration de programmes didactiques, éducatifs et culturels visant à bannir et à lutter contre la violence et la discrimination à l'égard des femmes, à consacrer les principes de droits de l'Homme et l'égalité entre les sexes, ainsi que l'éducation à la santé et à la sexualité ».

Le texte prévoit également un nouveau type d'interdiction, intégrant la notion de consentement pour les relations sexuelles et si la violence commise est facilitée par la situation de vulnérabilité apparente de la victime, ou connue par l'auteur et si l'auteur est un ascendant ou descendant de la victime et s'il abuse de son autorité et si la victime est en situation de vulnérabilité due à son âge avancé, ou une maladie grave, ou une grossesse, ou une carence mentale ou physique, affaiblissants sa capacité de résister à l'agresseur.

Ces dispositions viennent combler les lacunes du code pénale et garantir une certaine protection dont peut bénéficier la personne en situation de handicap qu'il soit de sexe féminin ou masculin.

Il est clair que les textes de lois ne sont pas satisfaisants et efficaces pour garantir les droits des personnes en situation de handicap en générale, particulièrement à leur assurer une jouissance raisonnable des droits sexuels et reproductifs. Même si la loi organique relative à l'élimination de la violence à l'égard des femmes apporte une meilleure protection contre la violence et les abus, elle reste limitée vue qu'elle n'est pas une protection spécifique et pointue adaptée au groupe des personnes en situation de handicap.

Les personnes en situation de handicap, parce qu'elles sont perçues comme étant asexuées et incapables d'être parents, peuvent être contraintes à la stérilisation, à l'avortement ou au retrait de leurs enfants par les services sanitaires sous demande des membres de la famille. Les personnes en situation de handicap peuvent même subir des violences, que ce soit physique, psychologique ou obstétricales, qui peuvent survenir dès l'apparition de la grossesse. Elles peuvent également vivre des traumatismes graves et ne reçoivent aucun soutien psychologique. En dépit de la reconnaissance des droits égaux sur la base de la citoyenneté et les garanties en rapport avec l'intimité, les données personnelles et la dignité humaine, l'accès aux services publics reste limité et discriminatoire.

En effet la mobilité des personnes en situation de handicap est compromise par l'inadaptation des transports publics aux spécificités de cette catégorie de citoyens. Cela rend leur insertion sociale problématique. L'absence de rampes d'accès dans les centres et les installations sanitaire constitue une entrave à la santé de ces personnes puisqu'elles ne peuvent pas entretenir une relation satisfaisante sans contrainte ni violence et sans crainte d'infection ou de grossesse, ce qui constitue à son tour une menace collective.

Ainsi un citoyen tunisien en situation de handicap doit faire face aujourd'hui à de très nombreux obstacles discriminatoires à chacune des étapes de sa vie. Soit dans l'accès aux soins, à l'éducation sexuelle, à l'école, à une formation adaptée et de qualité, soit à avoir une vie de famille digne. Ces discriminations sont rendues possibles notamment par l'absence de mécanismes de contrôle efficaces et de sanctions adaptées. Ignorées par la plupart des programmes mis en place, les personnes atteintes de troubles mentaux et/ou psychosociaux sont parmi les plus vulnérables, et voient leurs droits fondamentaux ignorés. Leur accès aux services sociaux et médico-sociaux reste très limité, du fait notamment du flou quant à leur éligibilité à obtenir la carte de handicap.

Le manque d'accès à la santé et aux droits sexuels et reproductifs empêche ces individus d'accéder à leurs droits fondamentaux, et réduit leur capacité à assumer le contrôle en ce qui concerne les décisions concernant la santé, l'éducation et la participation à la vie sociale et économique.

En effet l'autonomisation des femmes en situation de handicap par l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive, leur permet d'avoir plus de choix quant au moment, à l'espacement et au nombre de grossesses qu'elles veulent avoir. Cela peut, à son tour, se traduire par une amélioration des résultats scolaires et de la participation plus efficace des femmes à la vie économique. Rappelons que tous les êtres humains naissent égaux et ont les mêmes droits à la vie et au bien-être, à l'éducation et au travail, à une vie indépendante et à une participation active à tous les aspects de la vie en société. Toute forme de discrimination directe, tout traitement discriminatoire à l'encontre d'une personne handicapée, constitue donc une violation des droits de celle-ci. Il est primordial que cette part importante de la population se voie enfin reconnue et puisse jouir effectivement de ses droits sans discrimination. Cependant l'Etat doit prendre des mesures efficaces et appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des personnes handicapées dans tout ce qui a trait au mariage, à la famille, à la fonction parentale et aux relations personnelles, sur la base de l'égalité avec les autres.

II. Description de l'Echantillon

Notre échantillon comporte 231 participants qui se répartissent comme suit :

- 88 jeunes âgés de 15 à 24 ans (49 filles et 39 garçons)
- 93 femmes âgées de 24 à 49 ans
- 50 personnes de confiance

1. La population des Jeunes en situation de handicap 15 - 24 ans

L'échantillon des jeunes comporte 49 filles et 39 garçons, répartis comme suit :

Gouvernorat	Femme	Homme	Total
Gabès	23	10	33
Kairouan	19	9	28
Tunis	7	20	27
Total général	**49**	**39**	**88**

Milieu	Femme	Homme	Total
Rural	19	1	20
Urbain	30	38	68
Total général	**49**	**39**	**88**

Niveau d'études	Femme	Homme	Total
Analphabète	2	0	2
Collège	10	6	16
Enseignement supérieur	3	2	5
Formation professionnelle	1	0	1
Niveau primaire	25	19	44
Niveau secondaire	6	10	16
Vide	2	2	4
Total général	**49**	**39**	**88**

Profession	Femme	Homme	Total
Au foyer	8	0	8
A la recherche du travail	1	9	10
Travaille	3	6	9
Formation professionnelle/ centre	27	24	51
Elève /étudiant	10	0	10
Stagiaire	0	1	1
Total général	49	39	88

Statut matrimonial	Femme	Homme	Total
Célibataire	45	30	75
Divorcé	0	1	1
Relation intime	1	7	8
Fiancé	1	0	1
Marié	0	1	1
Vide	2	0	2
Total général	49	39	88

Seul le divorcé dit n'avoir pas choisi sa femme.
Le seul homme marié, il a un handicap visuel. Il a des enfants.

Type de handicap	Femme	Homme	Total
Auditif	5	3	8
Autre	1	0	1
Intellectuel	13	18	31
Intellectuel/physique	3	1	4
Intellectuel/auditif	1	0	1
Physique	22	13	35
Visuel	4	4	8
Total général	49	39	88

Avoir un téléphone/Utiliser l'internet / Regarder la télé

	Jeune femme		Jeune homme	
	Non	Oui	Non	Oui
Téléphone	48,98%	51,02%	35,9%	64,10%
Internet	48,98%	51,02%	15,83%	84,17%
Télévision	10,21%	89,79%	13,83%	87,17%

Ce sont essentiellement les jeunes qui ont un handicap physique ou intellectuel qui utilisent plus l'internet.

Adhésion à des associations
8.16% des jeunes filles adhèrent à des associations contre 51.28% des jeunes garçons.

2 femmes (physique et malvoyante) uniquement disent appartenir à l'Union Tunisienne des Aveugles et elles sont toutes les deux d'un milieu urbain. Concernant les jeunes, seulement deux jeunes filles de niveau supérieur adhèrent à des associations.

Pour les jeunes garçons la majorité disent adhérer à des associations sportives, particulièrement ceux qui vivent en institution. Parmi les filles, 96% vivent en famille / 82% des garçons. 4% des filles vivent en institutions vs 17.9% des garçons.

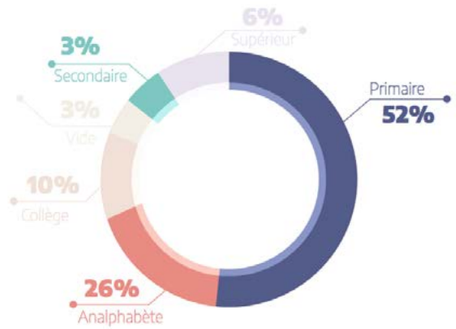
2. La population des femmes en situation de handicap (24- 49 ans)

Milieu

69% des femmes handicapées sont d'un milieu urbain et 31% de milieu rural.

Concernant leur répartition par gouvernorat : Gabes 29.03% ; Grand Tunis, 13.97% ; Kairouan, 56.98%

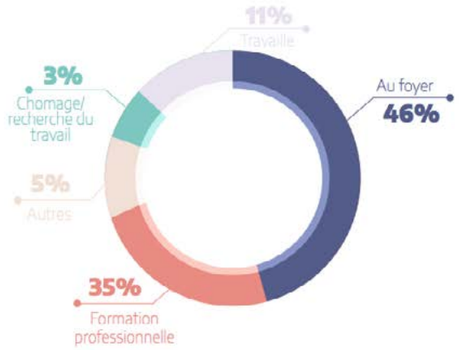
Niveau d'étude



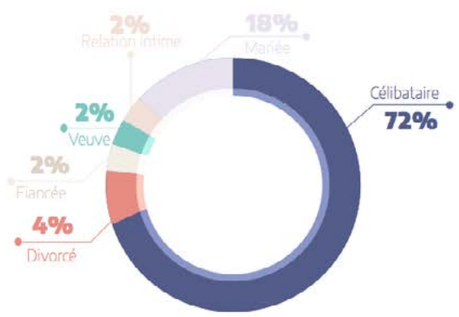
Niveau d'étude selon le type de handicap

	Analphabète	Collège	Supérieur	Formation prof.	Primaire	Secondaire	Vide	Total
Auditif/intellectuel	0	0	0	0	1	0	0	1
Auditif/physique	1	0	0	0	0	0	0	1
Intellectuel	7	0	2	1	26	1	1	38
Physique	11	8	3	0	12	2	2	38
Visuel	3	1	0	2	7	0	0	13
Visuel/auditif	1	0	0	0	0	0	0	1
Vide	0	0	0	0	1	0	0	1
Total général	23	9	5	3	46	3	3	93

Profession



Statut matrimonial

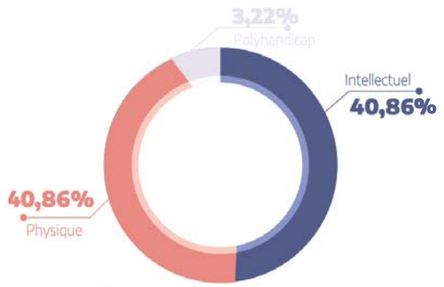


80% ont choisi leur partenaire.
18% ont des enfants (dont 15 mariées et 2 veuves)

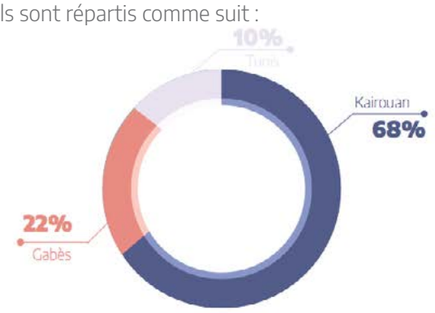
Statut matrimonial selon le type de handicap

Type de handicap	Célibataire	Divorcée	En relation intime	Fiancée	Mariée	Veuve	Total
Auditif/intellectuel	1	0	0	0	0	0	1
Auditif/physique	1	0	0	0	0	0	1
Intellectuel	35	0	0	1	2	0	38
Physique	25	1	1	1	8	2	38
Visuel	4	3	0	0	6	0	13
Visuel/auditif	0	0	0	0	1	0	1
Vide	1	0	0	0	0	0	1
Total général	67	4	1	2	17	2	93

Type de handicap



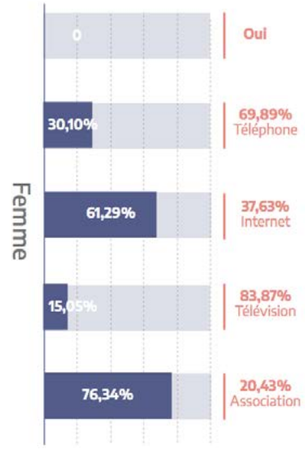
Ils sont répartis comme suit :



Avec qui elles vivent

La majorité des femmes (83,87%) vivent en famille ; 11,82% vivent dans une institution ; 1% vivent avec un partenaire intime.

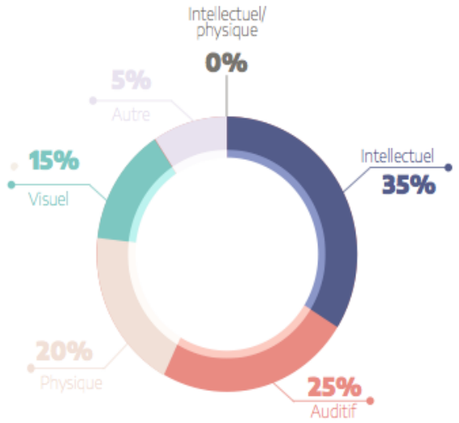
Avoir un téléphone/ utiliser l'internet/ regarder la télé/ adhérer à une association



3. Population des personnes de confiance

Il s'agit de 50 personnes de confiance :
- 45 parents
- 2 éducatrices, 1 accompagnatrice ; une sage-femme.

Genre	Nombre de personnes de confiance
Femme	40
Homme	6
(Vide)	4
Total général	50



III. Analyse qualitative des données recueillies auprès des jeunes en situation de handicap

1. Santé physique, sexuelle et reproductive

Les jeunes garçons mettent l'accent sur le « prendre soins de son corps » « faire du sport » dans leur conception de la santé physique, les jeunes filles parlent plus de bonne santé, observer ses consultations et son traitement.
Quant à la santé sexuelle et reproductive, bien que certains jeunes garçons les confondent, beaucoup font la distinction par des réponses comme « être capable d'avoir des enfants » pour parler de santé reproductive et « rapport sexuel », « protection des IST » pour parler de sexualité.

Si par rapport à la santé reproductive, certaines jeunes ont donné des réponses la réduisant au mariage et à la procréation, sinon la menstruation la question de la santé sexuelle a suscité beaucoup de gênes chez les filles, exprimée soit par des réponses comme « je ne sais pas » « je n'ai aucune idée » ou carrément par des silences. Pareil pour la contraception.

3 jeunes garçons déclarent avoir eu une activité sexuelle (ils sont tous de Tunis) et disent avoir utilisé un préservatif qu'ils ont acheté à la pharmacie. Le reste n'a aucune connaissance sur la contraception. Pareil pour les filles, qui affirment toute qu'elles n'ont jamais utilisé de moyens contraceptifs.
Parlant de consentement, Les jeunes filles ignorent complètement ce que c'est. Les garçons s'accordent à définir le consentement comme l'accord entre deux personnes à avoir des rapports sexuels. A côté de l'accord mutuel, certains garçons ont insisté sur l'importance qu'ils soient acceptés et perçus par le partenaire comme tout autre personne et qu'il ne les réduisent pas à leur handicap : « il ne faut pas que le partenaire vous perçoive comme handicapé. »

2. Accès à l'Informations et aux services de santé sexuelle et reproductive

Même si beaucoup de garçons disent tout savoir sur la santé sexuelle et reproductive, un bon nombre d'entre eux éprouve le besoin d'avoir plus d'information sur la sexualité, les infections sexuellement transmissibles, et les moyens de prévention. Ils affirment qu'ils ne savent pas où ni à qui s'adresser pour trouver ces informations. D'ailleurs, ils n'ont aucune idée sur l'existence des espaces « amis des jeunes », ni sur les centres d'écoute et de prise en charge des femmes victimes de violences. Pour ce qui est de la forme que peut prendre cette formation/information, les jeunes garçons proposent que cela soit assuré par des programmes qu'ils consultent sur internet, par des médecins ou par des cycles de formation avec des méthodes scientifiques.

Par contre les filles affirment n'avoir aucune information sur la santé sexuelle et reproductive et n'éprouvent pas le besoin, soit parce qu'elles se voient encore jeunes, soit elles avancent l'argument de la pudeur. Tout comme les garçons, les filles n'ont aucune idée sur les services existants.

Les difficultés d'accès

Les difficultés économiques empêchent les jeunes en situation de handicap d'accéder à la santé de manière générale et encore plus à la santé sexuelle et reproductive. Ceux qui ont un handicap physique, ont surtout des difficultés liées aux moyens de transport qui ne sont pas du tout adaptés à leur handicap. Ils invoquent aussi le problème de l'éloignement des services. Certains ont évoqué les problèmes de communication : difficulté de se faire comprendre, particulièrement ceux qui ont un déficit auditif ou mental.

En leur demandant s'ils ont besoin d'aide pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive, les jeunes garçons ont mis l'accent sur le besoin d'information d'abord pour les solliciter. Quant aux jeunes filles, à côté de l'absence d'information, s'ajoutent les freins culturels : la pudeur, le tabou de la sexualité, les représentations sociales ...

3. Les violences à l'égard des jeunes en situation de handicap

3.1 Les difficultés d'accès

Les garçons disent qu'ils ne supportent pas être touchés au niveau des « parties inférieures du corps » et particulièrement les organes génitaux et les fesses. Ils vivent ces touchers comme des agressions.

Tous les jeunes sans exception craignent les situations où ils se trouvent seuls. Ils se sentent en danger, particulièrement dans les espaces publiques.

« Quand je suis seul, j'angoisse, j'ai peur qu'on m'agresse. »

« Même si je n'ai jamais été agressé, j'ai peur quand je me retrouve seul, je ne me sens pas en sécurité. »

« Les autres se prennent pour des champions et des héros quand ils s'aperçoivent de mon handicap… que je ne pas utiliser ma main. On voit que je ne peux pas me défendre. Je ne me sens pas en sécurité quand je suis seul

D'ailleurs, ils se sentent plus vulnérables et considèrent que leur handicap les expose davantage aux violences.

Les garçons ayant un handicap mental souffrent plus des violences verbales et physique :

On m'agresse et on me dit des gros mots » «on se moque de moi » « on me traite de fou.

Tandis que les garçons avec handicap physique souffrent plus du regard et des attitudes stigmatisantes :

beaucoup de gens me regardent comme quelqu'un de handicapé ». « On est considéré comme une infirme partie de la société, on n'est pas des citoyens à part entière » « on me regarde comme handicapé et pas comme une personne, y a des regards qui me donnent l'impression que je suis nu ». « On me fait sentir tout le temps qu'il me manque quelque chose

Les garçons qui ont une déficience visuelle ou auditive ont une perception plus positive d'eux même et se sentent moins stigmatisés. Néanmoins le regard et surtout les attitudes de compassion exagérées des autres les dérangent.

Nous les malvoyants, nous détestons le mot pitié.

Les jeunes garçons de manière générale, cherchent tout simplement à être traités comme toute autre personne et qu'on cesse de les réduire à leur handicap. Ils sentent que leur citoyenneté leur a été enlevée et ils la revendiquent ardemment.

Pour les jeunes filles ayant un handicap physique, tout comme les garçons, elles souffrent de violences psychologiques qui se manifestent surtout à travers des attitudes stigmatisantes :

Ils n'ont pas besoin de parler, leur regard suffit pour me faire comprendre que je suis handicapée. » « On me traite d'handicapée, les enfants refusent de jouer avec moi, je me sens différente. »

« Je me rappelle d'une scène où mon enseignant qui non seulement il a refusé de changer la salle de cours au rez--de-chaussée, il s'est adressé à mes collègues, en leur disant « transportez-la » comme si j'étais une marchandise. Il y avait aussi une surveillante qui s'est moquée de moi parce que je porte une couche. »

« On m'agresse à l'école, surtout quand je suis seule »

Par contre le handicap mental expose les filles à plus de violences verbales

On me traite de folle

mais aussi physiques, essentiellement par les membres de la famille

Mon père et ma belle-sœur m'insultent souvent et m'agressent. Mes frères me violentent, surtout mon frère ainé

Les traces de ces violences se perçoivent à différents niveaux de la vie des personnes en situation de handicap (sociale et psychologique) et renforcent davantage leur exclusion. Les femmes en situation de handicap sont particulièrement exposées aux propos et comportements stigmatisants qui agissent considérablement sur leur autonomie.

Les violences psychologiques et verbales ont des répercussions sur l'adaptation sociale des femmes et les condamnent à l'isolement et à la solitude. Elles s'enferment chez elles pour éviter les regards et les attitudes blessantes ainsi que les propos dégradants.

On me méprise à cause de mon handicap, on me regarde avec mépris, même ma sœur. . .. Je préfère rester à la maison. Les gens considèrent qu'une personne handicapée n'a pas droit à la vie, elle doit s'enfermer entre quatre murs. Elle n'a pas le droit de sortir, de s'amuser … je m'enferme chez moi pour éviter leur agressivité » disait une jeune de Gabes.

Les violences psychologiques et verbales ont aussi un impact important sur l'estime de soi. La sous-estimation de soi est en fait le reflet de l'exclusion sociale. La communication marginale dont on a parlé plus haut, instaure une sorte de cercle vicieux :

plus la personne se coupe des autres plus son image de soi se détériore et plus son estime de soi de dégrade, plus ses relations avec les autres se dégradent.

Le handicap est cette blessure corporelle ou psychique qui affiche la différence qui trop souvent stigmatise la personne comme porteuse d'un manque irrémédiable. Ce manque est trop souvent vécu sous la forme d'une infériorité. « Je ne suis pas comme les autres, il me manque quelque chose », cette phrase a été répétée par plusieurs personnes interviewées.

4. Violences sexuelles

Les jeunes garçons en situation de handicap mental semblent être plus vulnérables aux violences sexuelles.

L'épicier du quartier m'a violé, c'était dans son épicerie. Il m'a forcé à me déshabiller… cela s'est répété plusieurs fois… depuis, je souffre, j'ai peur, je culpabilise, je crains le châtiment de Dieu… je n'ai parlé à personne, je ne peux pas porter plainte. Même si je le dénonce, je sais qu'il sortira un jour de la prison et il se vengera de moi »

« J'avais 9 ans quand ma mère est décédée, mon père ne voulait pas me prendre en charge, il m'a envoyé vivre chez des parents à lui. Celui qui m'a adopté et que j'appelais papa, m'a abusé, il m'obligeait à toucher son sexe…ça s'est répété plusieurs fois…il m'a détruit… ma tante maternelle l'a appris, mais elle n'a rien fait… j'étais trop jeune pour saisir la police…

A noter que ce jeune souffre encore des traces du traumatisme causé par ces abus.

Certains ont rapporté des violences sexuelles dont d'autres jeunes en situation de handicap étaient victimes, sans préciser le type de handicap. Un seulement a mentionné qu'il s'agit d'un jeune handicapé mental violé par des inconnus en état d'ébriété. Les deux autres violés par des jeunes de leur voisinage. Les familles des jeunes ont saisi la police et les agresseurs ont été condamnés.

En évoquant ces violences, tous les jeunes garçons parlent de « cauchemars », de « choc », de «traumatisme ».

D'ailleurs, ils ont tous recommandé et insisté à ce qu'il y ait une loi spécifique qui protège les personnes en situation de handicap contre les violences particulièrement les violences sexuelles.

8.16% des jeunes filles rapportent avoir subi des violences sexuelles dont 50% ont un handicap mental et 50% avec handicap physique. Parmi elles, deux sont mineures. 10.20% disent avoir des amies qui ont été victimes de violences sexuelles. Ces violences vont du harcèlement sexuel au viol.

C'est dur quand la violence vient de quelqu'un qui a du pouvoir sur vous. C'était l'année de mon baccalauréat, mon enseignant me harcelait sexuellement, je n'avais que 18 ans alors que lui 50 ans. Je n'assistais plus à son cours, pourtant c'était une année sensible. J'ai parlé à un autre enseignant, il m'a demandé de choisir entre le dénoncer ou ne plus assister à son cours. J'ai préféré la deuxième solution. Je n'ai plus confiance en personne. J'ai perdu confiance en moi-même, je n'ai plus d'estime pour moi-même… »

Une jeune avec un handicap sensoriel

« Mon voisin me montre des films pornographiques dans son téléphone, mon cousin aussi quand je vais chez eux, il me montre des films pornographiques et il m'enlève mon pantalon… je n'ai parlé à personne … je ne dors pas la nuit, je suis mal… »

Jeune avec handicap mental

« … le mari de ma voisine, quand je vais chez eux, il me met des films pornographiques et m'embrasse et me touche, après il me dit qu'il plaisante avec moi… j'ai parlé à des voisins… »

Une fille de 15 ans qui a un handicap mental.

« J'ai une amie qui subissait souvent des violences sexuelles, elle a fait une dépression, elle ne sort plus de chez elle… mais elle n'a jamais parlé de ça à sa famille. »

Ce qu'il faut souligner c'est que les filles n'osent pas dénoncer les violences qu'elles subissent. La charge du tabou de la sexualité porte aussi sur les violences sexuelles, enferment les femmes dans le silence leur interdisant de se défendre ou de réclamer leurs droits. Il s'agit d'une culture de la censure et du silence, blâmée par la religion, et appuyée par les conventions sociales. Il faut noter que même lorsqu'elles essayent d'en parler dans leur entourage, elles sont confrontées à la banalisation des violences qu'elles subissent.

D'ailleurs, si les garçons à l'unanimité, affirment qu'en cas de violences sexuelles, ils feront **recours à la police et à la justice**, les jeunes filles qui pensent faire appel à la police ne représentent que 20.40%. La majorité (soit 44.89%), préfèrent que le problème soit traité dans un cadre familial (parler particulièrement à la maman). Sinon c'est considéré comme une affaire personnelle et intime qu'il faut garder pour soi (6.12%). 18.36% ne savent pas où aller ni à qui s'adresser en cas de violence sexuelle.

Il est à souligner que les deux derniers pourcentages ont été constatés chez des jeunes filles de Gabes.

Ce résultat va dans le même sens que celui des connaissances des centres de prise en charge des femmes victimes de violence. Les filles (91.83%) ignorent complètement l'existence de ces centres.

Deux seulement ont déclaré les connaitre, elles sont toutes deux de niveau supérieur. 85.71% des jeunes filles déclarent n'avoir aucune idée sur l'existence des « espaces amis des jeunes ».

Pour ce qui est du profil de l'agresseur, dans le cas des jeunes, il est souvent connu, il fait partie de la famille, du voisinage et de l'entourage proche.

IV. Analyse qualitative des données recueillies auprès des femmes en situation de handicap

1. Santé physique sexuelle et reproductive

1.1. Santé physique

La majorité des femmes (quel que soit leur handicap) étaient incapables de se détacher de leur propre vécu, leur définition de la santé physique était centrée sur leur handicap. Elles se sont contentées de décrire leurs souffrances et leurs douleurs physiques comme, si elles n'ont aucune idée sur ce qu'est une santé puisqu'elles n'ont jamais expérimenté autre chose que vivre avec un handicap. Certaines, tout comme les jeunes filles se sont limitées à des « je ne sais pas» ce qui confirme encore une fois ce qui a précédé.
« Est-ce qu'on peut parler de santé quand on est handicapée ? »

> J'ai un handicap, je ne peux pas me déplacer comme les autres, je n'ai rien fait de ma vie, je n'ai pas pu construire une famille, je ne suis pas comme les autres.

1.2. Santé reproductive

La majorité des femmes, indépendamment du type de handicap, quand elles répondent, elles réduisent la santé reproductive à la procréation, même celle qui a un niveau supérieur. Sinon elles n'ont aucune idée.
Une seule a pu développer sa réponse ajoutant l'absence d'IST. (Elle a un handicap visuel et elle travaille, niveau de base)

1.3. Santé sexuelle

On constate que le poids du tabou de la sexualité fait que la sexualité demeure liée uniquement au mariage. Les femmes s'interdisent même d'en parler. Quel que soit l'âge, le niveau d'étude ou l'origine géographique (rurale ou urbaine).
Même les femmes qui ont eu des expériences de mariage (4 femmes mariées et 2 veuves), disent toutes qu'elles ne connaissent rien à la sexualité.

Une seule (célibataire) a parlé de « rapport sexuel entre une femme et un homme ». Une autre aussi célibataire pour elle la santé sexuelle c'est « ne pas avoir de rapports sexuels hors le cadre du mariage». Ce tabou rend impossible l'idée de se poser de question ou de chercher à avoir des informations autour du sujet.

La plupart des femmes en situation de handicap n'ont aucune connaissance sur la santé sexuelle et reproductive ni sur les droits sexuels et reproductifs.

La majorité des femmes ont affirmé qu'elles savaient très peu de choses à propos de la sexualité ou de la santé reproductive et qu'elles ne consultaient pas régulièrement un gynécologue ou n'en avaient jamais consulté un.

La pauvreté constitue un facteur de vulnérabilité supplémentaire et un obstacle pour les jeunes personnes handicapées qui souhaitent profiter des services de prévention et d'intervention en matière de DSSR et de VBG et y avoir accès sur un pied d'égalité avec les autres.

Malgré le manque sinon l'absence totale de connaissance, la majorité des femmes se perçoivent comme ayant les informations nécessaires pour prendre des décisions concernant leur santé sexuelle et reproductive. Très peu d'entre elles ont parlé de leur ignorance et exprimé le besoin d'information. Il faut noter que ces attitudes sont étroitement liées aux tabous de la sexualité, aux préjugés et à la pudeur qui les empêchent même de demander l'information. Pareil pour les moyens contraceptifs avec une survalorisation de la virginité.

> Je vous ai dit je ne suis pas mariée, je n'ai jamais utilisé de contraceptifs... je suis célibataire, je suis encore vierge.

Parmi les femmes mariées, une seulement dit avoir choisie la ligature des trompes. Cette décision est venue suite à une grossesse non désirée qu'elle a dû garder malgré elle, sous la pression de sa famille qui s'est opposée à sa décision de se faire avortée sous prétexte que c'est prohibé par la religion. Elle dit qu'elle voulait mettre fin à tout risque de grossesse, malgré que les médecins lui aient proposé d'autres moyens.

Deux autres disent avoir recours au stérilet car elles trouvent les pilules plus contraignantes avec les prises quotidiennes et le risque d'oubli.

Elles rapportent toutes qu'elles n'ont pas eu de problème pour y bénéficier et accéder aux services de planning familial (Office National de la Famille et de la Population).

Comme la santé sexuelle et reproductive pour elles dépend du mariage, les femmes célibataires trouvent qu'elles n'ont pas besoin de consulter: « Pour le moment je n'ai pas besoin, je n'y pense même pas, quand je me marierais j'irais certainement consulter. »

Par contre elles ont exprimé le besoin de consulter pour des maladies physiques et ont rapporté des difficultés essentiellement financières mais aussi le problème de transport. Ces difficultés sont rapportées essentiellement par des femmes ayant un handicap physique ou une déficience visuelle. Très peu de femmes célibataires consultent, elles considèrent la consultation gynécologique comme réservée uniquement aux femmes mariées, « je suis encore célibataire », « je vous ai dit que je ne suis pas mariée, comment voulez-vous que je consulte ».

Pour ce qui est du respect de la confidentialité et du secret professionnel, les quelques femmes qui ont consulté rapportent que les médecins les traitent dans le respect de leur dignité, dans la confidentialité et sans aucune discrimination.

2. Accès à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive

Toutes les femmes rapportent n'avoir jamais eu d'information sur la santé sexuelle et reproductive. Quelques-unes rapportent qu'elles discutaient de cela entre amies ou des fois avec la maman mais uniquement par rapport à la menstruation. Le poids du tabou de la sexualité interdit aux femmes même de se poser des questions autour de la sexualité. Cet interdit s'accentue plus dans le milieu rural.

> Dans notre famille, une femme célibataire n'a pas le droit de parler de ça, c'est la honte

La sexualité des personnes en situation de handicap reste un sujet tabou dans notre société. Mais les personnes en situation de handicap, comme tout un chacun, éprouvent des désirs, des envies et un besoin de contact physique et de relations sexuelles. En effet, la vie sexuelle et reproductive des femmes en situation de handicap, tout comme les femmes de manière générale, est encore trop souvent déterminée par des codes culturels et religieux qui nient leur épanouissement.

La majorité des femmes interrogées sont célibataires et n'ont même pas de partenaires intimes. Certaines ont exprimé explicitement le besoin d'avoir un partenaire, de se sentir désirée et aimée, ou implicitement par le désir de se marier (les interdits sociaux et culturels ne permettent pas aux femmes d'exprimer leurs besoins affectifs et désirs sexuels que dans un cadre légitime : le mariage). La sexualité féminine est toujours mieux perçue lorsqu'elle est exercée dans le cadre d'un rapport marital.

Le mariage reste toujours l'état le plus désiré par la grande majorité de la population. Il s'agit de la porte vers l'âge adulte, et sans lui, il est inconcevable pour la femme d'avoir une vie sexuelle. Cet interdit sur la sexualité hors mariage explique l'inexistence d'une éducation sexuelle et contraceptive chez les jeunes filles qui, selon elles, ne sont pas censées en avoir l'usage (aucune fille n'a de connaissances sur les moyens contraceptifs). Dans ces cas, dans la mesure où la sexualité est inenvisageable, recourir à la contraception, voire simplement s'informer sur les possibilités contraceptives, c'est déjà transgresser les normes culturelles. On doit noter que la grande majorité de notre population n'ont aucune idée sur les services existants, ni les espaces « amis des jeunes », ni les centres de prise en charge des femmes victimes de violences. Ce manque de connaissances et d'informations constituent une barrière pour accéder à ces services.

A côté du manque d'informations d'autres freins s'ajoutent, empêchant les femmes et les jeunes de bénéficier de ces services, telles que les difficultés économiques. Mais l'obstacle le plus important pour les femmes ainsi que les filles c'est la culture du tabou de la sexualité. Cette culture fait que les femmes s'auto-interdisent le droit même de savoir ou de chercher l'information surtout quand elles ne sont pas mariées.

3. Violences à l'égard des Femmes en situation de handicap

3.1. Violences verbales et psychologiques

Peu de femmes ont rapporté des violences verbales, mais la violence psychologique est constante :

> Ils m'agressent par leur regard » « je ne sers à rien, je suis inutile pour la société, je consomme sans rien produire. Je subis souvent des violences verbales »
>
> « On m'insulte souvent parce que je suis malvoyante, on refuse de m'employer... »
>
> « Je ne sors pas je suis immobilisée dans ma chaise oui je suis différente, il me manque quelque chose.

Cette perception d'être inutile est partagée par plusieurs femmes. C'est comme si elles sont de trop. La stigmatisation et l'exclusion sociale ont été déjà constatées en examinant certaines variables comme le statut matrimonial, 72% des femmes de notre échantillon n'ont aucune vie de couple. Pareil pour la profession, la plupart d'entre elles sont au foyer (43 femmes) et seulement 10 travaillent. Ces résultats montrent bien les limitations d'activité et de participation sociale. D'ailleurs 20.43% seulement sont impliquées dans des activités associatives.

Il est important de préciser que la majorité déclare n'avoir aucune vie sociale.

L'état de dépendance dans lequel la personne handicapée est plongée, la condamne à un statut d'enfant. Des fois les familles interdisent à la femme en situation de handicap le droit même de parler, la considérant comme « incapable », « ne comprend rien ». Ils se positionnent en gardien et contrôleur de leur parole et de leur vie intime.

C'est le cas d'une jeune en situation de handicap physique dont le frère prend la parole à sa place en lui interdisant de s'exprimer sous prétexte qu'elle a « un âge mental de 8-9ans. Elle ne comprend rien à ces questions. Ne lui posez pas ce genre de question... je suis son frère, elle n'a rien à voir avec ces questions... ». Même la parole lui est interdite. C'est comme si la femme handicapée est un éternel enfant, elle n'a pas le droit d'accéder à un statut d'adulte.

3.2. Violences sexuelles

Les femmes quel que soit le type de handicap ou l'origine géographique (rurale ou urbaine) n'ont aucune idée sur ce qu'est la violence sexuelle. Par contre le niveau d'instruction semble avoir un effet sur ces connaissances. Une seule femme avec un handicap physique et de niveau supérieur, a pu parler de harcèlement sexuel, de viol...

Les femmes, tout comme les jeunes filles se sentent agressées quand on les touche, peu importe la partie du corps.

Les femmes malvoyantes disent qu'elles sont souvent touchées par des hommes pour les aider à monter dans les moyens de transport. Elles disent avoir développé des stratèges pour faire face à ces situations en tendant les mains « au moins j'évite qu'on me touche les bras ou les épaules. » En évoquant la question des violences sexuelles, peu de femmes de kairouan ont en parlé et même quand elles en parlent c'est toujours par rapport à autrui : des amies, des histoires entendues ou vues à la télé, mais jamais des expériences personnelles. D'ailleurs, les enquêtrices ont soulevé ce problème de projection des vécus sur autrui. Est-il plus facile pour elles de parler au nom des autres que de s'approprier leurs propres histoires ?

Six femmes ont rapporté avoir subi des viols, dont une victime d'inceste. D'autres ont rapporté des tentatives de viol par des inconnus. Il est à noter qu'elles sont toutes des femmes en situation de handicap mental. A Tunis, une femme ayant handicap mental, rapporte en pleurant

> j'étais dans un café, j'avais besoin de fumer une cigarette, je lui ai demandé une cigarette, je ne le connaissais pas, il m'a ramené dans une boutique et il m'a violé. Le pire c'est que j'avais 30 ans, je n'étais pas petite, il m'a manipulé... je n'ai parlé à personne, j'avais peur.
>
> Je vivais dans la rue à cette époque... tout le monde voulait profiter de moi... cette histoire m'a détruit... je me sens trahie... (Elle s'effondre en sanglot) ... je n'arrive pas à dépasser...

Elle se sentait honteuse et coupable, pense qu'elle avait été naïve, incapable de réagir. Une autre ajoute :

> J'avais 18 ans quand mon oncle maternel m'a violé, j'ai porté plainte mais il a quitté le pays. C'était le premier viol, mais après ... je suis devenue une proie facile pour tout le monde, surtout après que mon père m'a rejetée et que je me suis retrouvée dans la rue.

Les violences sexuelles s'inscrivent souvent dans un continuum de violence verbale, physique et psychologique. C'est notamment le cas des femmes en situation de handicap mental, surtout celles qui n'ont pas de soutien familial.

D'autres violences liées aux droits sexuels et reproductifs, ont été rapportées par des femmes vivant en institution, notamment celles qui ont une déficience mentale. Elles n'avaient pas le droit de prendre des décisions qui impliquent leurs corps : avortements forcés, contraception imposée sans même avoir le droit à une information ou une explication.

> Lors de mon hospitalisation, on m'a mis des implants... je ne voulais pas, c'est eux qui ont décidé. Ils m'ont dit que j'ai une infection dans le sang c'est pour cela qu'on me les a mis. Quand je suis venu au centre, ils ont reconduit la même chose... apparemment c'est une indication qui est prescrite dans mon dossier médical. »
>
> « J'ai eu un problème... J'étais enceinte...on m'a fait avorter malgré moi... j'ai oublié tout ça... je ne veux plus en parler... je ne veux plus revenir sur les histoires du passé... »

Pour ce qui est des recours, les femmes, tout comme les filles, préfèrent se taire ou dans le meilleur des cas parler à des proches (mère, sœur, amie). Peu de femmes pensent porter plainte.

Pour les femmes qui ont subi des violences sexuelles, on trouve que les profils des agresseurs sont très variés (membre de la famille, agent de l'ordre, personnels des centres, inconnus...)

> J'ai été violée par un aide-soignant qui travaillait au centre où je suis hébergée. J'ai informé l'administration, il a été viré... mais moi j'ai tout perdu

disait avec beaucoup d'amertume une femme en situation de handicap mental qui vit dans un centre pour personne en situation de handicap.

Nous constatons que les femmes en situation de handicap mental sont plus vulnérables aux violences sexuelles particulièrement les viols et les tentatives de viol. Cette vulnérabilité s'accentue en l'absence de soutien familial.

V. Les effets psychosociaux des violences sexuelles à l'égard des femmes et des jeunes en situation de handicap

Les souffrances psychologiques liées aux violences sexuelles sont multiples et prennent différentes formes. Le sentiment de trahison, d'humiliation et de manipulation, est constant, surtout quand il s'agit d'un proche.

Certaines femmes s'installent dans une situation de résignation, de perte d'espoir, elles n'attendent plus rien. D'autres sont plutôt dans la colère et le désir de venger les situations de violences passées qui ont laissé des traces pénibles.

La souffrance due aux violences sexuelles est intense et dure souvent pendant des années après que ces violences ont cessé faisant évoquer des psycho-traumas exprimés par :

- Des pleurs, une grande tristesse et un état de désespoir ;
- Une anxiété, une peur, des angoisses et un sentiment d'insécurité ;
- Un déni et une colère ;
- Une perte des repères et du sens de la vie ;
- Une culpabilité et une honte ;
- La violence sexuelle est si pénible que certaines femmes sont incapables de composer avec la situation ;
- Bon nombre de femmes victimes de violence ressentent de la détresse, de la peur et de l'impuissance ;
- Une difficulté à faire confiance aux autres ou à se rapprocher des autres.

> Je suis complètement détruit, ma vie est devenue un cauchemar... le soir je fais des cauchemars, je revoie les scènes ... je me sens sale, je pense souvent au suicide

Les expériences de violences sexuelles peuvent également entraîner des troubles dépressifs et un comportement suicidaire. La souffrance psychologique causée par Les violences sexuelles peut aller jusqu'au suicide, tel le cas d'une jeune handicapée physique qui n'a pas pu supporter ce qui lui arrivé et a mis fin à sa souffrance en se suicidant.

> Ma copine a été victime d'un viol, on était ensemble au centre, un jour on a décidé de sortir prendre des sandwichs. Je suis allée chercher les sandwichs, en revenant je ne l'ai pas trouvé là où je l'ai laissé, je me suis inquiétée parce qu'elle ne peut pas se déplacer seule, je l'ai appelé au téléphone elle ne m'a pas répondu.
>
> J'ai appelé la police, on s'est mis à sa recherche, on l'a retrouvé dans une maison abandonnée. Elle était dans un état lamentable et à côté d'elle son violeur, il était ivre...quelques jours après, ma copine s'est suicidée, elle s'est jetée devant une voiture

Comme on l'a déjà mentionné, la violence sexuelle est souvent tue par les victimes, en revanche les quelques cas qui en ont parlé n'ont pas trouvé écho à leur souffrance. Ce qui les a confinés dans la solitude, rangée par le sentiment d'injustice.

Dans d'autres cas (rapporté surtout par des personnes de confiance), les femmes et les filles victimes de violences sexuelles sont sujettes à d'autres formes de violences de la part de la famille (rejet, violences physiques...).

Encore une fois on renvoie la responsabilité aux femmes. Et comme si la culpabilisation n'est pas suffisante, elles sont punies, battues par les hommes de la famille, gardiens de l'honneur familial jugé sali par la victime. C'est cette angoisse des représailles qui enferment les femmes et les filles dans le silence et constitue un important frein à la dénonciation des violences sexuelles.

Il faut aussi signaler la défaillance des institutions pour protéger efficacement les victimes de violences sexuelles quand elles sont saisies.

> J'ai été violée par un jeune au centre. Il m'a suivi aux toilettes, m'a déshabillé et m'a violé... l'administration a appelé sa maman ... il est toujours au centre... il n'a pas arrêté, j'ai peur, je le crains
>
> *Une jeune femme de 27 ans avec un handicap mental*

L'impunité quasi totale dont bénéficient les agresseurs renforcent davantage le sentiment d'injustice chez les victimes :

> J'ai été violée plusieurs fois, par des inconnus, dans la rue, dans un jardin public, au marché... je haie tout le monde, je suis dégoutée... j'irais nulle part, personne ne peut me rendre justice.

VI. Analyse qualitative des données recueillies auprès des parents

1. Santé sexuelle et reproductive

La sexualité est un tabou, elle est tue par tous les parents (père, mère ou sœur, frère...). 72% disent n'avoir aucune communication sur le sujet. Certains l'expliquent par la pudeur

> Sincèrement on n'a pas la culture de parler de ça avec nos enfants, je sais que c'est important mais par pudeur je ne peux pas aborder le sujet avec mon fils »
>
> *Père d'un enfant malentendant*

D'autres cherchent l'explication dans l'enfant handicapé lui-même : « Elle est malade elle ne comprend pas ».

Ils ne parlent pas de sexualité avec leurs enfants et même les mamans qui ont affirmé qu'elles en parlent, leurs communications se limitent à quelques informations sur la menstruation et l'hygiène. Elles insistent surtout à expliquer à leurs filles comment se protéger contre les exploitations sexuelles auxquelles elles peuvent être exposées. La communication s'articule ainsi autour des risques plutôt que des droits.

Il faut noter que les parents sont préoccupés par la gestion du quotidien de leur enfant.

La sexualité n'est pas une priorité surtout que les soucis économiques et sociaux occupent une place fondamentale dans la vie quotidienne des parents, particulièrement les mamans. Tous les parents s'inquiètent par rapport à l'avenir de leurs enfants en situation de handicap.

> Mon fils ne peut rien faire seul, j'ai peur pour lui, je m'inquiète pour son avenir, si demain je meurs qui va s'occuper de lui ...

Un autre parent ajoute :

> vous avez remué le couteau dans mes plaies. J'ai trois enfants handicapés et comme vous voyez, ils ne sont pas autonomes, ils sont complètement dépendants de nous, pour manger, pour faire leur toilette... on doit les surveiller jour et nuit. Après nous, qui va s'occuper d'eux... ils seront perdus...

Les familles, particulièrement les mamans consacrent leur vie à leur enfant. D'ailleurs se sont-elles qui accompagnent le plus souvent les enfants. À cela, il faut ajouter leur lutte quotidienne contre la stigmatisation sociale et le désespoir. Les mères sont souvent accusées d'être responsables du handicap de leurs enfants. Certaines d'entre elles ont rapporté qu'elles subissent elles aussi de la violence conjugale à cause du handicap de leur enfant.

> Depuis la naissance de notre fils, mon mari m'insulte, me bat, il me rend la vie impossible. Il me culpabilise d'avoir donné naissance à un enfant handicapé
>
> *Maman d'un enfant polyhandicapé*

2. Violences sexuelles

Certains parents sont dans le déni total de la sexualité de leur enfant. Cette négation des désirs sexuels est généralement liée à la peur des abus sexuels et des risques de procréation. Ils se représentent leur enfant comme un « ange dénué de sexe. »

Les croyances stéréotypées concernant la sexualité des enfants en situation de handicap prédominent dans les représentations sociales. Ces stéréotypes sociaux comme « l'honneur familial » alimentent les craintes des parents.

De manière générale, les parents craignent plus pour les filles que pour les garçons. Les mamans sont hantées particulièrement par le risque de grossesse

> La fille risque plus, elle peut tomber enceinte, par contre pour un garçon, le pire qui peut lui arriver ça reste au niveau psychologique. »
> « La fille est plus exposée aux dangers et aux violences, je dois la surveiller davantage » disait le père d'une jeune malentendante.
> « L'homme est plus fort, il peut se défendre, mais la fille non »
> « Je serais plus souple et plus permissive si c'était un garçon

Pour les parents l'image sociale prime sur les besoins réels des enfants. L'intimité qui est par définition, un territoire qui ne regarde personne d'autre que la personne elle-même, n'est pas évidente quand il s'agit de personnes en situation de handicap, elle concerne aussi l'entourage (les parents, les frères, les sœurs et les éducateurs etc.). Ceci s'accentue particulièrement quand il s'agit de fille. Une maman d'une jeune en situation de handicap mental affirmait :

> Je ne la laisse jamais seule, ni à la maison ni ailleurs. Je l'accompagne partout.

VII. Analyse qualitative des données recueillies auprès des professionnels

1. Santé sexuelle et productive

De manière globale, les professionnels reconnaissent l'existence de la sexualité des résidants. Ils tentent de gérer tant bien que mal les manifestations sexuelles au quotidien. Néanmoins, certains freins existent : Certains professionnels pensent que les personnes en situation de handicap sont très différentes d'eux-mêmes.

Étant donné que la sexualité des personnes en situation de handicap renvoie à ce qui leur est semblable, cela les embarrasse. Certains s'efforcent en quelque sorte de gommer, de faire oublier les besoins et les envies des bénéficiaires.

Pour eux la sexualité devrait s'inscrire dans un projet éducatif assuré par des professionnels (particulièrement des psychologues). Ils se considèrent comme n'ayant ni la formation ni les compétences nécessaires pour communiquer autour de la sexualité avec les jeunes qui fréquentent les centres.

2. Violences sexuelles

La majorité des parents n'ont pas rapporté de violences sexuelles à l'égard de leurs enfants.

Ces violences se passaient dans les toilettes du centre qui ne ferment pas de l'intérieur. Elle en a parlé à la directrice, qui a mal réagi. Elle a alors préféré changer de centre pour protéger sa fille. Une autre maman rapporte que sa fille qui a un handicap mental, a été victime de violence sexuelle dans la rue par un inconnu

> Elle attendait le bus du centre, une voiture s'est arrêtée devant elle, le chauffeur a ouvert la portière et lui a montré son sexe, cela l'a traumatisé. Après cet accident j'ai voulu qu'elle quitte le centre, mais j'ai renoncé à cette idée et j'ai décidé de ne plus la laisser seule, je l'accompagne le matin et je viens la chercher à la sortie du centre.

De leur part, les professionnels (deux éducatrices) reconnaissent que les violences sexuelles à l'égard des filles, dans les centres de prise en charge de personnes en situation de handicap, sont fréquentes.

Ces violences, selon elles, sont répercutées par leurs collègues garçons.

> Un jeune sourd a tenté de violer une fille sourde. On a informé la maman et on l'a adressé au psychologue. On a discuté avec lui et depuis on essaye de le surveiller de près.

D'autres ont parlé de violences sexuelles rapportées par des filles en situation de handicap et subies par des inconnus ou par des hommes de leur entourage.

> Je suis éducatrice, j'ai une élève qui m'a parlé des abus qu'elle a dû subir, elle a été violée par un inconnu Il l'a attiré chez lui et l'a violé. Une autre fois c'était l'épicier du quartier. Son frère la violente à chaque fois, il lui a même rasé le crâne. Je la plains car sa famille est trop violente. Elle subit de la violence de partout. J'ai informé l'administration, j'ai essayé de l'aider mais sa famille ... tout ce que je peux faire c'est de la soutenir moralement.

> Je suis sage- femme, elle est venue me voir pour l'aider, elle est malvoyante, elle a subi un viol, par un inconnu. Elle avait peur de la réaction de sa famille, elle a fui la maison. Elle n'avait pas où aller, j'ai dû l'héberger chez moi, sinon elle serait dans la rue. Je l'ai accompagné et aidé à porter plainte, il a été arrêté puis libéré puisqu'il a demandé à l'épouser. Depuis, on est devenues amies. Le problème auquel elle est confrontée depuis, c'est qu'il refuse d'avoir des enfants avec elle. Il la prive de son droit d'être une maman. Je m'inquiète pour elle, surtout qu'elle a déjà fait plusieurs tentatives de suicide.

A part ce témoignage aucune personne de confiance n'a rapporté des violations des droits sexuels et reproductifs de leurs proches ou élèves tels que : retrait du droit parental, ne pas avoir de choix quant à la grossesse, ne pas avoir de choix quant aux conditions d'accouchement ou stérilisation forcée, contraception ou avortement forcé.

VIII. Recommandations

• Réformer la loi d'orientation n°83-2005. A réviser la définition du handicap pour mieux l'adapter aux standards internationaux et à la convention relative aux droits des personnes handicapées. Adopter une appellation plus acceptée et qui ne soit pas stigmatisante ;

• Réviser les critères d'obtention de l'aide sociale, afin de renforcer l'autonomie financière des personnes en situation de handicap et en particulier les femmes, d'autant plus que la dépendance économique les expose davantage aux risques de violences ;

• Les personnes handicapées et les organisations qui les représentent doivent être des participants à part entière pour la conception et la mise en œuvre des programmes qui concernent leur vie et ce à tous les niveaux : du développement de la législation nationale, à la surveillance et l'évaluation des services et programmes liés aux DSSR, et à la prévention et la réponse face à la VBG ;

• Etablir une collecte de données fiable concernant le nombre, la typologie du handicap, tranche d'âge, le sexe en fonction de la répartition territoriale ;

• Intégrer les droits des femmes en situation de handicap dans la stratégie nationale de lutte contre les violences faites aux femmes ;

• Inclure des questions spécifiques concernant les femmes en situation de handicap dans les enquêtes nationales sur les violences faites aux femmes, pour mieux connaître le phénomène des violences faites aux femmes handicapées ;

• Réaménager et adapter pour les personnes handicapées et à mobilité réduite les services publics, spécialement le transport et l'accès aux services de santé y compris les établissements de planning familial ;

• Planifier l'éducation sexuelle et les droits s'y attachant dans la vie scolaire ;

• Garantir l'information des personnes handicapées sur leurs droits, avec le développement d'outils de communication dans des formats accessibles, quel que soit le handicap ;

• Entamer une politique de sensibilisation sur les droits des personnes en situation de handicap qui vise à changer les mythes dans la société et à mieux faciliter l'intégration de cette catégorie dans la société sur la base de l'égalité et la non-discrimination. ;

• Impliquer les jeunes et les femmes handicapés dans les programmes de sensibilisation et de formation sur les droits sexuels et reproductifs ;

• Réformer le système éducatif à être plus inclusif dans la diversité, en déployant les moyens logistiques et matériels nécessaires, avec la formation spécifique pour le personnel en charge ;

•Prévenir et combattre la violence, la maltraitance et les abus dans toutes les situations.

• Améliorer la détection et le signalement des actes de violence, de maltraitance et d'abus dans toutes les situations ;

• Assurer la formation des professionnels à la spécificité des violences sexuelles commises contre les femmes en situation de handicap et l'étendre à tous les intervenants potentiels y compris le personnel chargé de l'accueil et de l'écoute des femmes victimes de violence dans les associations, pour une meilleure prise en charge des femmes handicapées.

• Renforcer la formation et la sensibilisation des acteurs de la chaîne judiciaire, aux risques spécifiques menaçant les femmes handicapées.

• Protéger les enfants en situation de handicap contre différents types d'abus, parmi lesquels : les abus sexuels, y compris la pédophilie, l'exploitation, l'inceste et la prostitution ; la maltraitance, y compris dans le cadre familial, par des mécanismes de suivi et de contrôle routinier et par la sensibilisation ;

• Interdire de façon claire les stérilisations abusives et les avortements forcés des femmes en situation de handicap ;

• Elaborer des définitions exploitables de la violence, des abus, de la maltraitance et des négligences qui s'adaptent avec la nature du handicap ;

• Travailler sur un système de collecte de données qui permet de fournir des informations aux professionnels afin de les aider à mieux évaluer les risques auxquels sont confrontées les personnes handicapées et surtout les femmes ;

• Renforcer le suivi et l'évaluation y compris la promotion des études et des recherches sur la santé sexuelle et reproductive des personnes en situation de handicap ;

• Instaurer une plateforme qui relie les organisations non gouvernementales et les services concernés pour promouvoir le rôle de la société civile dans la lutte contre les abus dont sont victimes les personnes handicapées, en particulier les femmes ;

• Tenir compte des recommandations faites à la Tunisie par les mécanismes du système des Droits de l'Homme des Nations-Unies (Examen Périodique Universel, Organes des Traités et Procédures Spéciales) Liste des recommandations par thèmes. Bureau du HCDH en Tunisie Mai 2014, pp20-22.

Conclusion

Les personnes handicapées font l'objet d'un manque de visibilité dans la société, qui ignore leur sexualité et limite sérieusement la pleine jouissance de leurs DSR. Les femmes handicapées font face à une double discrimination, du fait d'être des femmes dans une société largement patriarcale comme la nôtre et de présenter un handicap.

Elles sont souvent exposées à la coercition et au contrôle des tiers sur leur santé sexuelle et reproductive, aux risques d'abus et de violences sexuelles et au manque d'information concernant leur vie sexuelle.

En effet, le tabou entoure encore le sujet de la violence sexuelle à l'encontre des personnes en situation de handicap, comme en témoignent les attitudes sociales vis-à-vis des personnes abusées faites davantage de préjugés sanctionnant doublement les victimes, particulièrement quand elles sont femmes.

La violence sexuelle concerne aussi bien des garçons que des femmes de tous âges. Les victimes sont issues à la fois de milieu urbain et rural.
La violence sexuelle à l'encontre des personnes handicapées n'épargne également aucun milieu socioéconomique mais se trouve exacerbée dans certaines circonstances notamment quand la personne en situation de handicap est livrée à elle-même, sans soutien familial.

Différentes formes de violences sexuelles sont concernées : viol, inceste attouchement, harcèlement sexuel...

La violence sexuelle est perpétrée dans différents lieux fréquentés par la personne handicapée : dans la rue, dans les centres de formation ou d'hébergement, et leurs environs ainsi qu'au sein des familles.

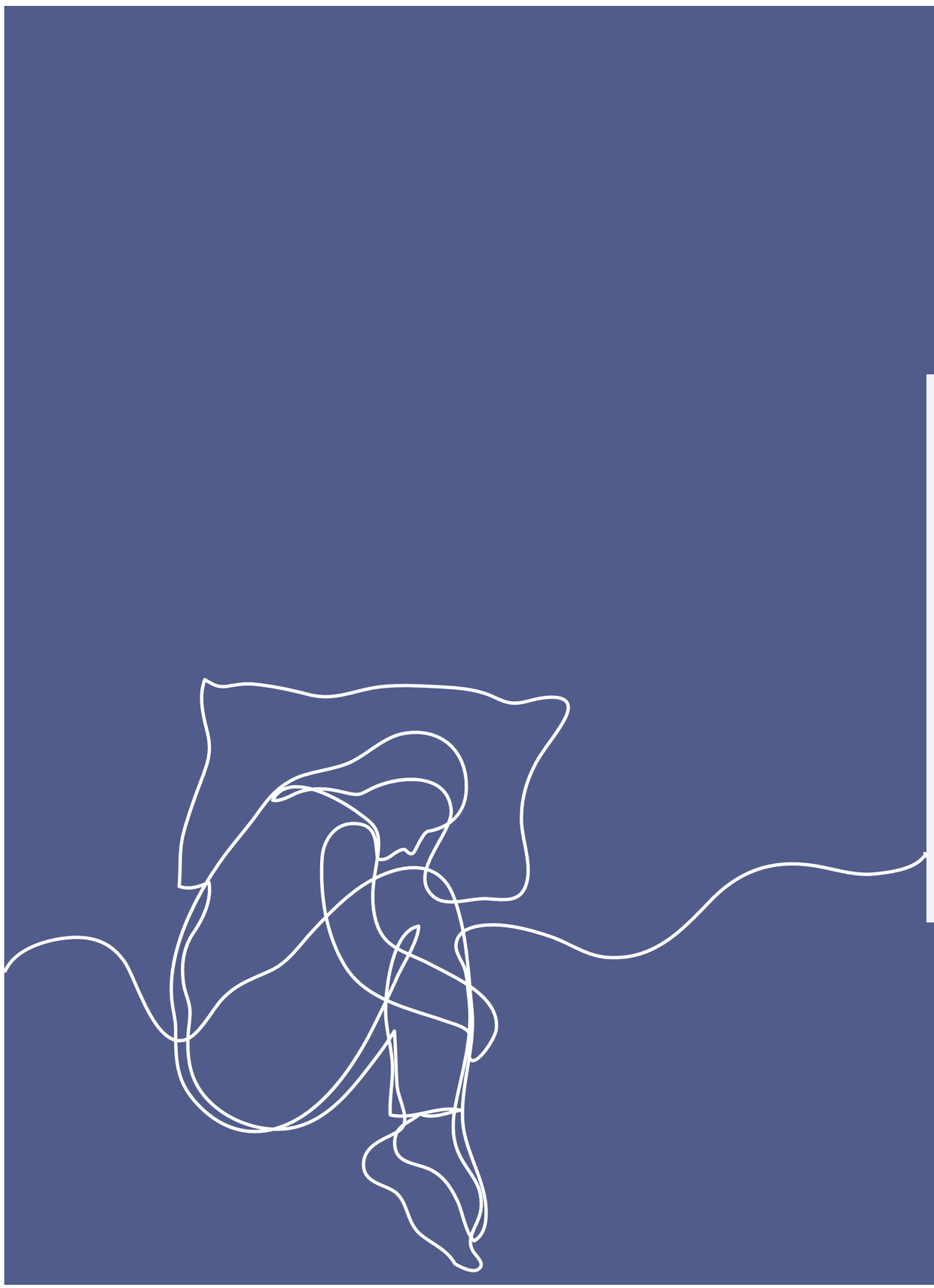
Quant aux abuseurs, ils peuvent être des membres de la famille, des voisins, des professionnels des institutions fréquentées, des enseignants, des épiciers, des collègues mais aussi des inconnus.

La démission de l'entourage est davantage relevée à travers la banalisation de la violence sexuelle à l'égard des personnes handicapée en général, mais contre les femmes de manière particulière. Les stéréotypes socioculturels, pèsent lourd sur les femmes handicapées qui sont confrontées à une double discrimination.

Elles constituent une catégorie très vulnérable à la violence sexuelle. Ces risques sont accrus par les difficultés d'exercer des recours et par le déni qui leur est opposé.

Les victimes de violence sexuelle souffrent de lourds traumatismes psychologiques, aggravés par leurs conditions de vie sans le moindre égard au respect de leurs droits fondamentaux.
Certains facteurs de vulnérabilité ont été soulignés dans cette étude : avoir un handicap mental, absence de soutien familial et être en institution surtout pour les femmes.

Pour conclure, on doit souligner que la reconnaissance des droits des personnes handicapées, comme toute autre personne, doit tenir compte de son droit à la vie amoureuse, à l'intimité, à la sexualité, à la parentalité...



Bibliographie

• Association Tunisienne des Femmes Démocrates (ATFD), « Les droits des femmes en Tunisie ». Rapport Alternatif Soumis au Comité des Nations-Unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes 47eme Session, Octobre 2010.

• Association Tawhida Ben Chihk. Santé sexuelle et reproductive : la jeunesse tunisienne dans l'ignorance.https://www.jeuneafrique.com/585076/societe/sante-sexuelle-et-reproductive-la-jeunesse-tunisienne-dans-lignorance/

• BELHADJ A., KHIARI G., HACHMI Z.& al (1998). Les femmes agressées. Enquête dans les services des urgences de l'Hôpital Charles Nicole. Journal Tunisien de Psychiatrie, vol. 1(1) : 3-6.

• BOUASKER A. (2003). Violence conjugale : Etude épidémiologique, à propos de 424 femmes consultant dans des centres de soins primaires. Thèse, Faculté de médecine de Tunis.

• BELHADJ A., BAGBAG F. (2008). Equité de genre et prévention de la violence à l'encontre des femmes. Recherche/action initiée par l'ONFP à Douar Hicher – Tunis.

• BELHAJ A. et BOURGOU S. « La sexualité des mineur-e-s en Tunisie Et si on parlait ? » in Droits sexuels, droits humains à part entière. Ouvrage collectif sous la direction de Ferchichi W. et Chkir H., 2017. pp. 20-33.

• BRASSEUR P.et NAYAK L. « Handicap, Genre et Sexualité, actualité des recherche francophones » in Genre Sexualté & Société; Dossier présentation. N°19 printemps 2018.

• Brown-Lavoie, S. M., Viecili, M. A., & Weiss, J. A. (2014) "Sexual Knowledge and Victimization in Adults with Autisme spectrum Disorders" – Journal of Autism and Developmental Disorders, doi: 10.1007/s10803- 014-2093-y.

• CAMPBELL J.C. (2002). "Health consequences of intimate partner violence", Lancet, 359: pp.1331- 1336.

• CHENOWETH L., « Violence and Women with Disabilities: Silence and Paradox », Violence against Women, 2, 4, 1996, pp. 396-411.

• CREPAULT C. http://www.associationdessexologues.com/santesexuelle.php

• Conférence internationale sur la population et le développement Le Caire, 5-13 septembre 1994.

• Déclaration et Programme d'action de Vienne Adoptés par la Conférence mondiale sur les droits de l'homme le 25 juin 1993.

• DUNKLE K., HAN DER HEIJDEN I., ERIN S. and ESNAT C. «Disability and Violence against Women and Girls Emerging Evidence from the What Works to Prevent Violence against Women and Girls Global Program». JULY 2018.

• GHERISSI A. et TINSA F. « Les services de Santé Sexuelle et Reproductive en Tunisie. Résultats d'une recherche qualitative auprès des jeunes usagers ». Dossier : Genre, santé et droits sexuels et reproductifs au Maghreb. L'année du Maghreb. 17, 2017. pp. 133-150

• GIAMI A., « Sexualité et handicaps : de la stérilisation eugénique à la reconnaissance des droits sexuels (1980-2016) », Sexologies, 25, 3, 2016, pp. 93-99.

• HIGGINS et SWAIN (2010), Disability and child sexual abuse: Lessons from survivors' narratives for effective protection, prevention and treatment, Jessica Kingsley, Londres.

• Human Rights Watch (2012), Human Rights for Women and Children with Disabilities, p. 5.

• O'Callaghan A. C., Murphy G. et Clare I. C. H., "The impact of abuse on men and women with severe learning disabilities and their families", in British Journal of Learning Disabilities, no 31, 2003, pp. 175-180.

• Institut National des Statistiques (2014). Recensement Général de la Population et de l'Habitat.

• International Network of Women with Disabilities (INWWD), Document on Violence against Women with Disabilities, 2010, p.11.

• KARPIN I., « Peeking Through the Eyes of the Body: Regulating the Bodies of Women with Disabilities », JONES Melinda, BASSER MARKS Lee Ann (dir.), Disability, Divers-ability and Legal Change, Martinus Nijhoff pub., 1999, pp. 283-300.

• KALLIANES V., RUBENFELD P., « Disabled Women and Reproductive Rights », Disability & Society, 12, 2, 1997, pp. 203-222.

• KISMÖDI E., COTTINGHAM J., Gruskin S. et MILLER A.M. (2014), « Advancing sexual health through human rights: The role of the law », Global Public Health. An International Journal for Research, Policy and Practice, pp. 1-16. – Lottes, I. (2013), « Sexual Rights: Meanings, Controversies, and Sexual. »

• KUWALI D., « Battle for Sex? Protecting Sexual(ity) Rights in Africa », Human Rights Quarterly, 36, 1, 2014, pp. 22-60.

• MAFFI I. et AFFES M. « La santé sexuelle et reproductive en Tunisie. Institutions médicales, lois et itinéraires thérapeutiques des femmes après la révolution. », L'année du Maghreb, éd CNRS. Dossier : genre, santé et droits sexuels et reproductifs au Maghreb, 17/2017 pp. 151-168.

• CHAN M. et ZOELLICK R. B., (préface), Rapport mondial sur le handicap. Organisation Mondiale de la Santé et la banque mondiale, 2011.

• Nations Unies, Conseil des droits de l'Homme, 21ème session, Rapport du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap, A/HRC/20/5, 30 mars 2012.

• O'CALLAGHAN A. C., MURPHY G. et CLARE I. C. H., «The impact of abuse on men and women with severe learning disabilities and their families», in British Journal of Learning Disabilities, no 31, 2003, pp. 175-180.

• OUERTANI H. « Violences sexuelles à l'égard des femmes ». Etude présentée lors d'une conférence de presse à l'occasion du lancement par l'ATFD de la campagne de lutte contre les violences sexuelles à l'égard des femmes. Octobre 2012.

• OUERTANI H. (2017). « Les conséquences des violences conjugales sur la santé mentale des femmes » Thèse de Psychologie Clinique. Faculté des sciences Humaines et Sociales de Tunis.

• ONFP. (2010), Enquête nationale sur les violences à l'égard des femmes en Tunisie.

• Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le handicap. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2001. Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_fr.pdf

• Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1975). Education and Treatment in Human Sexuality: The Training of Health Professionals. Report of a WHO Meeting

• Organisation Mondiale de la Santé, Regional Office for Europe (1987). Concepts of Sexual Health: Report of a Working Group.

• Organisation Mondiale de la Santé et Banque Mondiale (2011) Rapport mondial sur le handicap. 3. Extrait de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/.

• OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé. Sous la direction de Etienne G. Krug, Linda Dahlberg L James A. Mercy, Anthony Zwi et Rafael Lozano-Ascencio.2002.

• OUELLETTE-KUNZ, H. et al (2010). Public Attitudes Towards Individuals with Intellectual Disabilities as Measured by the Concept of Social Distance, Journal of Applied Research in Intellectual Disability, 23(2), pp.132–142.

• PECKHAM N. G, «The Vulnerability and sexual abuse of people with learning disabilities», British Journal of Learning Disabilities, Vol.35, 2007, pp.131-137.

• PETITPAS, E. (2008), Les « droits sexuels » : un nouveau paradigme dans le système de protection des droits humains, Strasbourg, Université Robert Schuman.

• Program of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994.

• Quatrième Conférence mondiale sur les femmes. Beijing, Chine – 4-15 September 1995: Action for Equality, Development and Peace.

• RABATEL M. cité in RAPPORT D'INFORMATION FAIT au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes (1) sur les violences faites aux femmes handicapées, Par M. Roland COURTEAU, Mmes Chantal DESEYNE, Françoise LABORDE et Dominique VÉRIEN. SÉNAT SESSION ORDINAIRE DE 2019-2020.p5.

• Rapport mondial sur le handicap. Organisation Mondiale de la Santé et la banque mondiale, 2011.p 63.

• SALMONA M. cité in RAPPORT D'INFORMATION FAIT au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes (1) sur les violences faites aux femmes handicapées, Par M. Roland COURTEAU, Mmes Chantal DESEYNE, Françoise LABORDE et Dominique VÉRIEN. SÉNAT SESSION ORDINAIRE DE 2019-2020.

• SHAKESPEARE T., GILLEPSIE-SELLS K., DAVIES D., The Sexual Politics of Disability: Untold Desires, London, Cassell, 1996.

• YOUNG et al (2009) «Domestic violence and women with disabilities: locating the issue on the periphery of social movements», Disability & Society, 24 (1), pp.77 – 89.

Annexes
Questionnaires

Questionnaire
Femmes (24-49 ans)

1) Démarrage de l'entretien

1.1. Introduction
- Présentation de l'étude et de ses objectifs
- Présentation des enquêteurs/trices

1.2. Consentement
- Lire à l'interviewé la feuille d'information et de consentement
- Lui faire signer s'il/elle accepte les conditions

Si la personne enquêtée est sous tutelle, faire signer aussi le tuteur[Si consentement obtenu, commencer l'enregistrement audio]

2) Module données générales

[A remplir par les enquêteurs]

2.1. Région :

2.2. Milieu:
- Rural
- Urbain

[A poser à la personne enquêtée]
[Nous allons commencer par des questions générales qui vous concernent]

2.3. Comment vous appelez-vous?

2.4. Quel âge avez-vous ?

2.5. Quel a été votre dernière année d'étude ? [Ne pas citer]
- Analphabète,
- Niveau primaire
- Collège
- Niveau secondaire
- Formation professionnelle
- Enseignement supérieur

2.6. Êtes-vous ?
- Célibataire,
- Fiancée
- Mariée
- Veuve
- Divorcée
- En relation intime

Si mariée, fiancée ou en relation intime,

2.6.1. Avez-vous choisi votre partenaire ?
- Oui
- Non

2.7. Avez-vous des enfants?
- Oui
- Non

2.8. Quelle est votre principale occupation ?[ne pas citer]
- Etudiante
- Travaille
- Au foyer
- A la recherche d'un emploi,
- Va à un centre de personnes handicapées
- Autre (préciser) .....

2.9. Quel est votre handicap ? [ne pas citer]
- Visuel
- Auditif
- Intellectuel
- Physique
- autre (préciser) .....

2.10. Avec qui vivez-vous?[ne pas citer]
- Seule
- Avec partenaire
- Avec mes parents
- Dans un centre/institution
- Autre (Préciser).....

2.11. Avez-vous un téléphone portable ?
- Oui
- Non

2.12. Utilisez-vous internet?
- Oui
- Non

2.13. Regardez-vous la télé?
- Oui
- Non

2.14. Pratiquez-vous une des activités suivantes ?
- Associative
- Syndicale
- Politique
- Non

[Nous allons maintenant commencer à parler de la santé reproductive et sexuelle]

3) Module santé reproductive et sexuelle

3.1. Que savez-vous de la santé corporelle,

3.2. Que savez-vous de la santé reproductive

3.3. Que savez-vous de la santé sexuelle ?

3.4. Utilisez-vous ou avez-vous utilisé précédemment des moyens de contraception ?
- Oui
- Non

Si oui :
- 3.4.1. Quel moyen ?
- 3.4.2. Pourquoi avez-vous choisi ce moyen et pas un autre ?
- 3.4.3. Comment y avez-vous eu accès ? Avez-vous trouvé des difficultés pour y accéder et/ou pour l'utiliser ?

[Si non, passer à Q3.5]

3.5. Avez-vous fait face à des violences verbales et psychologiques liées à votre statut de femme ou de mère (ex: accusation d'incapacité)?

3.6. Avez-vous été confronté à l'une des situations suivantes ?[Cocher]
- Stérilisation forcée,
- Contraception forcée
- Avortement force
- Non

Si oui :

3.6.1. Pouvez-vous donner plus de détails ? (Qui vous a forcé ? Dans quelles conditions ? Quelles conséquences ?)
[Si non, passer à Q3.7]

3.7. Avez-vous été confronté à l'une des situations suivantes ?[Cocher]
- Retrait du droit parental
- Ne pas avoir de choix quant à la grossesse
- Ne pas avoir de choix quant aux conditions d'accouchement
- Non

Si oui :

3.7.1. Pouvez-vous donner plus de détails ? (Qui ? Avez-vous été assisté ? Quelles étaient les conséquences?)
[Si non, passer à Q3.8]

3.8. Avant de recevoir une consultation gynécologique ou liée à l'accouchement, est ce qu'on vous a demandé votre consentement ?(vous signez pour vous meme)
- Oui
- Non
-N/A

Si non:

3.8.1. Qui a signé pour vous ? Que vous a-t-on dit ?
[Si oui, passer à Q3.9]

3.9. Considérez-vous parfois que les gens vous perçoivent comme personne handicapée avant de vous considérer comme femme? pourquoi ?[Maintenant nous allons discuter de violence sexuelle, nous vous rappelons que tout ce que vous direz restera anonyme et sera utilisé afin d'améliorer les services d'assistance aux femmes handicapées en Tunisie]

4) Module Violences sexuelles

4.1. Certaines personnes sentent un dérangement lorsqu'on les touche. Qu'en est-il pour vous? Est-ce que le fait que des gens vous touchent vous vous sentez agressé ? (Désignez la partie du corps où le touché vous dérange)

4.2. Dans quelles situations vous sentez-vous agressée ? (Dans quelles circonstances? Plutôt quand vous êtes seule ou quand accompagnée ?

4.3. Est-ce que vous vous sentez plus exposée à la vulnérabilité plus que les autres femmes ? qu'est ce qui selon vous vous rend plus vulnérable?

4.4. Selon vous, qu'est-ce que la violence sexuelle ? quelles sont les formes de violence sexuelle qui existent ?
Si la femme ne mentionne pas toutes les formes de violence sexuelle, à savoir : attouchements, harcèlement, relation sexuelle forcée, l'enquêteur les mentionne et lui explique puis passe à la question 4.5

4.5. Qu'est-ce que le consentement selon vous ?

4.6. Avez-vous personnellement vécu ou été témoin de quelqu'un qui a vécu une situation de violence sexuelle ?

4.6.1. Pouvez-vous me dire ce qui s'est passé ? Où, quand et comment cela s'est passé ?

4.6.2. Qui a été l'agresseur ? Quel lien a-t-il avec (X) ?

4.6.3. Est-ce que vous/X avez vécu cette situation plusieurs fois ? Était-ce la même personne ou de personnes différentes ?

4.6.4. Quel était la réaction de l'agresseur suite à ce qui s'est passé ?

4.6.5. Y'a-t-il eu des conséquences sur l'agresseur ?
4.6.6. Quels étaient les effets de ce qui s'est passé sur ton état psychologique ? sur ta vie sociale et professionnelle/ scolaire ?

4.6.7. Comment vous êtes-vous vis-à-vis cette situation ? Pourquoi ?

4.6.8. Avez-vous raconté cette situation à quelqu'un ? A qui ? quelle était sa/leur réaction ? Quelles ont été les conséquences ? Avez-vous regretté de leur avoir raconté ?
- Mère/Père
- Frère/soeur
- Tante/oncle
- Enfants
- Ami(e)
- Voisin(e)
- Collègue
- Assistant(e) social
- Police
- Educateur(trice)/ instituteur(trice)
- Directeur(trice)
- Association/ Centre d'écoute
- Autre (Préciser) .....

4.6.9. Avez-vous porté plainte ? Que s'est-il passé suite à cela ?
4.6.10. Ya-t-il d'autres détails que vous voulez partager concernant ce qui est arrivé?

[Maintenant, nous allons discuter de votre accès aux informations et aux services]

5) Module Accès aux informations et aux services

5.1. Quand il s'agit de votre santé reproductive et sexuelle, quels services avez-vous recours ?

5.2. Avez-vous recouru au moins une fois à l'un des services suivants ? [Cocher]
- Planning familial
- Service maternité des hôpitaux
- Service de Santé de Base- service de santé reproductive et sexuelle

5.3. Avez-vous besoin d'aide/support pour accéder aux services de santé reproductive et sexuelle existants ? De quelle aide avez-vous besoin ?

5.4. Rencontrez-vous des difficultés pour bénéficier des services de santé reproductive et sexuelle ? quels types de difficultés (Financières, liées au transport, Accessibilité physique, Liées à la communication (comprendre et/ou se faire comprendre), ...)

5.5. Lorsque vous allez chez le médecin pour un service lié à la santé reproductive et sexuelle, considérez-vous votre droit à la privacité respecté ? (exp : le médecin s'adresse à vous seule) pourquoi ?

5.6. Lorsque vous allez chez le médecin pour un service lié à la santé reproductive et sexuelle, considérez-vous être traitée comme les femmes non handicapées ? pourquoi ?

5.7. Avez-vous reçu des informations liées à la santé corporelle, reproductive et sexuelle. Exp : moyens de contraception, menstruation, grossesse, puberté, MST, ...) ? D'où-est-ce que vous avez reçu ces informations ?

5.8. Avez-vous reçu une éducation sur votre sexualité ? Cela vous a-t-il aider ou au contraire ?

5.9. Savez-vous qu'il existe des centres d'écoute et d'assistance aux femmes victimes de violence?

5.10. Considérez-vous avoir les informations et renseignements nécessaires pour prendre des décisions liées à votre santé reproductive et sexuelle ? Si non, Qu'est-ce qui vous empêche d'obtenir ces informations ? Quelles sont les informations que vous souhaitez recevoir ?

5.11. Vers qui vous adressez-vous si vous faites face à une situation de violence sexuelle ? Pourquoi ?

6) Clôture de l'entretien

- Demander si la personne a autre chose à rajouter ou si elle a une question à nous poser
- Remercier la personne pour le temps consacré et la confiance

Questionnaire
Jeunes (15-24 ans)

1) Démarrage de l'entretien

1.1 Introduction

- Présentation de l'étude et de ses objectifs
- Présentation des enquêteurs/trices

1.2. Consentement

- Lire à l'interviewé et le tuteur (pour les 15-18ans) le feuillet de consentement
- Leur faire signer s'ils/elles acceptent les conditions
- Si la personne enquêtée est mineur ou s'il s'agit d'une personne sous tutelle, demander au tuteur à faire l'entretien en privé avec la personne elle-même.

> Si le tuteur accepte, passer tout le questionnaire
> Si le tuteur refuse et tient à être présent, passer Module 2, 3, 5 (ne pas passer module violences sexuelles)

[Si consentement obtenu, commencer l'enregistrement audio]

2) Module données générales

[A remplir par les enquêteurs]

2.1. Région :

2.2. Milieu :
- Rural
- Urbain

2.3. Genre :
- Homme
- Femme

[A poser à la personne enquetée]
[
Nous allons commencer par des questions générales qui vous concernent]

2.4. Comment vous applez-vous ?

2.5. Quel âge avez -vous?

2.6. Quel a été/est votre dernière année d'étude?[ne pas citer]
- Analphabète,
- Niveau primaire
- Collège
- Niveau secondaire
- Enseignement supérieur
- Formation professionnelle

2.7. Quel est ton statut matrimonial?
- Célibataire,
- Fiancé(e)
- Marié(e)
- Veuf(ve)
- Divorcé(e)
- En relation intime

Si mariée, fiancée ou en relation intime,

2.7.1 Avez-vous choisi votre partenaire ?
- Oui
- Non

2.8. Avez-vous des enfants?
- Oui
- Non

2.9.Quelle est votre principale occupation?[ne pas citer]
- Lycéen(ne)/ en formation professionnelle/Etudiant(e)
- Travaille
- Au foyer
- A la recherche d'un emploi,
- Va a un centre de personnes handicapées
- Autre (préciser) .....

2.10. Que lest votre handicap ? [ne pas citer]
- Visuel
- Auditif
- Intellectuel
- Physique
- Autre (préciser) .....

2.11. Avec qui vivez-vous?[ne pas citer]
- Seul(e)
- Avec partenaire
- Avec mes parents
- Dans un centre/institution
- Autre (Préciser).....

2.12. Avez-vous un téléphone portable?
- Oui
- Non

2.13. Utilisez-vous-internet?
- Oui
- Non

2.14. Regardez -vous la télé ?
- Oui
- Non

2.15. Pratiquez- vous une des activités suivantes?
- Associative
- Syndicale
- Politique
- Non

[Nous allons maintenant commencer à parler de la santé reproductive et sexuelle]

3) Module santé reproductive et sexuelle

3.1. Que savez-vous de la santé corporelle ?

3.2. Que savez-vous de la santé reproductive

3.3. Que savez-vous de la santé sexuelle ?
3.4. Utilisez-vous ou avez-vous utilisé précédemment des moyens de contraception ?
Si oui :
- 3.4.1. Quel moyen ?
- 3.4.2. Pourquoi avez-vous choisi ce moyen et pas un autre ?
- 3.4.3. Comment y avez-vous eu accès ? Avez-vous trouvé des difficultés pour y accéder et/ou pour l'utiliser ? Quelles sont ces difficultés ?

[Si non, passer à 3.5]

3.5. Avez-vous été confronté à l'une des situations suivantes ?
- Stérilisation forcée,
- Contraception forcée
- Avortement forcé
-Non

Si oui :
- 3.5.1. Pouvez-vous donner plus de détails ? (Qui vous a forcé ? Dans quelles conditions ? Quelles conséquences ?

[Si non, passer à 3.6]

3.6. Avez-vous été confronté à l'une des situations suivantes ?
- Retrait du droit parental
- Ne pas avoir de choix quant à la grossesse
- Ne pas avoir de choix quant aux conditions d'accouchement
- Non

Si oui :
- 3.6.1. Pouvez-vous donner plus de détails ? (Qui ? Avez-vous été assisté ? Quelles étaient les conséquences ?

[Si non, passer à 3.7]

3.7. Avant de recevoir une consultation gynécologique ou liée à l'accouchement, est ce qu'on vous a demandé votre consentement ?
- Oui
- Non
- N/A

Si non:
- 3.7.1. Y'avait-il quelqu'un avec vous ? Qui a signé pour vous ? Que vous a-t-on dit ?

3.8. Considérez-vous parfois que les gens vous perçoivent comme personne handicapée avant de vous considérer comme femme/homme ? pourquoi ?
[Maintenant nous allons discuter de violence sexuelle, nous vous rappelons que tout ce que vous direz restera anonyme et sera utilisé afin d'améliorer les services d'assistance auxpersonnes handicapées en Tunisie]
[NE pas passer pour les 15-18 ans et personnes sous tutelle si leur tuteur/parent est présent durant l'entretien]

4) Module Violences sexuelles

4.1. Certaines personnes sentent un dérangement lorsqu'on les touche. Qu'en est-il pour vous? Est-ce que le fait que des gens vous touchent vous vous sentez agressé ? (Désignez la partie du corps où le touché vous dérange)

4.2. Dans quelles situations vous sentez-vous agressée ? (Dans quelles circonstances? Plutôt quand vous êtes seule ou quand accompagnée ?

4.3. Est-ce que vous vous sentez plus exposée à la vulnérabilité que les personnes de votre âge non handicapées ? qu'est ce qui selon vous vous rend plus vulnérable?

4.4. Selon vous, qu'est-ce que la sexualité ?

4.5. Savez-vous ce que c'est que le consentement ?

4.6. D'après vous, qu'est-ce que la violence sexuelle ?
Si la personne entretenue ne mentionne pas toutes les formes de violence sexuelle, à savoir : attouchements, harcèlement, relation sexuelle forcée, l'enquêteur les mentionne et lui explique puis passe à la question 4.7

4.7. Avez-vous été témoin de quelqu'un qui a vécu ou personnellement vécu une situation de violence sexuelle ?

- 4.7.1. Pouvez-vous me dire ce qui s'est passé ? Où, quand et comment cela s'est passé ?
- 4.7.2. Qui a été l'agresseur ? Quel lien a-t-il avec (X) ?
- 4.7.3. Est-ce que vous/X avez vécu cette situation plusieurs fois ? Était-ce la même personne ou de personnes différentes ?
- 4.7.4. Quel était la réaction de l'agresseur suite à ce qui s'est passé ?
- 4.7.5. Y'a-t-il eu des conséquences sur l'agresseur ?
- 4.7.6. Quels étaient les effets de ce qui s'est passé sur ton état psychologique ? sur ta vie sociale et professionnelle/ scolaire ?
- 4.7.7. Comment vous êtes-vous vis-à-vis cette situation ? Pourquoi ?
- 4.7.8.Avez-vous raconté cette situation à quelqu'un ? A qui ? quelle était sa/leur réaction ? Quelles ont été les conséquences ? Avez-vous regretté de leur avoir raconté ?
  - Mere/Pere
  - Frère/soeur
  - Tante/oncle
  - Enfants
  - Ami(e)
  - Voisin(e)
  - Collègue
  - Assistant(e) social
  - Police
  - Educateur(trice)/ instituteur(trice)
  - Directeur(trice)
  - Association/ Centre d'écoute
  - Autre (Préciser) .....
- 4.7.9. Avez-vous porté plainte ? Que s'est-il passé suite à cela ?
- 4.7.10. Ya-t-il d'autres détails que vous voulez partager concernant ce qui est arrivé?

[Maintenant, nous allons discuter de votre access aux informations et aux services]

5) Module Acces aux informations et aux services

5.1. Concernant votre santé reproductive et sexuelle, à quels services avez-vous recours ?

5.12. Avez-vous recouru au moins une fois à l'un des services suivants ? [Cocher]
- Planning familial
- Service maternité des hôpitaux
- Service de Santé de Base- service de santé reproductive et sexuelle

5.13. Avez-vous besoin d'aide/support pour accéder aux services de santé reproductive et sexuelle existants ? De quelle aide avez-vous besoin ?
5.14. Rencontrez-vous des difficultés pour bénéficier des services de santé reproductive et sexuelle ? quels types de difficultés (Financières, liées au transport, Accessibilité physique, Liées à la communication (comprendre et/ ou se faire comprendre), ...)
5.15. Lorsque vous allez chez le médecin pour un service lié à la santé reproductive et sexuelle, considérez-vous votre droit à la privacité respecté ? (exp : le médecin s'adresse à vous seule) pourquoi ?
5.16. Lorsque vous allez chez le médecin pour un service lié à la santé reproductive et sexuelle, considérez-vous être traitée comme les jeunes non handicapées ? pourquoi ?
5.17. Avez-vous reçu des informations liées à la santé corporelle, reproductive et sexuelle. Exp : moyens de contraception, menstruation, grossesse, puberté, MST, ...) ? D'où-est-ce que vous avez reçu ces informations ' ?
- Ami(es)
- Famille
- Espace de jeunes
- Campagnes de sensibilisation
- Autre (Préciser)

5.18. Avez-vous reçu une éducation sur votre sexualité ? Cela vous a-t-il aider ou au contraire?
5.19. Savez-vous qu'il existe des centres d'écoute et d'assistance aux jeunes et femmes victimes de violence?
5.20. Savez-vous qu'il existe des espaces « amis des jeunes » qui font de l'éducation sexuelle?
5.21. Considérez-vous avoir les informations et renseignements nécessaires pour prendre des décisions liées à votre santé reproductive et sexuelle ?Si non, Qu'est-ce qui vous empêche d'obtenir ces informations ?Quelles sont les informations que vous souhaitez recevoir ? Sous quel format et par quelle méthode préférez-vous les avoir ?
5.22. Vers qui vous adressez-voussi vous faites face à une situation de violence sexuelle ? Pourquoi ?

6) Clôture de l'entretien

- Demander si la personne a autre chose à rajouter ou si elle a une question à nous poser
- Remercier la personne pour le temps consacré et la confiance

Questionnaire
Personnes de confiance

1) Démarrage de l'entretien

1.1. Introduction
- Présentation de l'étude et de ses objectifs
- Présentation des enqueteurs/trices

1.2. Consentement
- Lire à l'interviewé la feuille d'information et de consentement
- Lui faire signer s'il/elle accepte les conditions
[Si consentement obtenu, commencer l'enregistrement audio]

2) Module données générales

[A remplir par les enqueteurs]

2.1. Région :
- Nord Est
- Centre
- Sud Est

2.2. Milieu:
- Rural
- Urbain

2.3. Genre:
- Homme
- Femme
[A poser à la personne enquetée]

2.4. Quel est votre lien avec [X] ?
- Pere/mère
- Frere/soeur
- Cousin/cousine
- Ami/amie
- Autre (Preciser) .....

2.5. Quel est son handicap ? [ne pas citer]
- Visuel
- Auditif
- Intellectuel
- Physique
- autre (preciser) .....

2.6. Vivez-vous avec elle/lui ?
- Oui
-Non

3) Module violences sexuelles

3.1. Selon vous, qu'est-ce que les violences sexuelles ? Quelles en sont les formes ?
Si la personne ne mentionne pas toutes les formes de violence sexuelle, à savoir : attouchements, harcèlement, relation sexuelle forcée, l'enquêteur les mentionne et lui explique puis passe à la question 3.2

3.2. Avez-vous été témoins ou avez-vous eu connaissance d'une situation où X a subi des violences sexuelles ?

3.2.1. Pouvez-vous nous raconter la situation ? (Où et quand cela s'est passé ? Comment cela s'est-il passé, dans quel cadre/contexte ? Qui était avec lui/elle ?)

3.2.2. Savez-vous qui était l'agresseur ? Quel relation avait-il avec X ?

3.3.3. Que s'est-il passé une fois que vous l'avez su ? Comment avez-vous réagi ?

3.3. Si (X) était de sexe différent, auriez-vous réagi de la même façon ?

3.4. Si (X) n'avait pas de handicap, auriez-vous réagi de la même façon ?

3.5. Avez-vous apporter de l'aide à X ? Comment ?

3.6. Avez-vous reporté cette situation à des autorités ou des services d'appui ? A qui et Que s'est-il passé ?

3.7. Quels ont été les conséquences de cette situation sur vous ?

3.8. Quels ont été les conséquences de cette situation sur elle/lui ?

3.9. Comment percevez-vous ce qui s'est passé ?

3.10. De façon plus générale, quelles craintes avez-vous concernant X?

3.10.1. Dans quelles circonstances ces craintes apparaissent-elles ou prennent-elles de l'ampleur ? (sort seul, au centre, à l'école, à la maison, ...)

3.10.2. Pourquoi avez-vous ces craintes ?

3.10.3. Pensez-vous que si (X) était de sexe différent, vous auriez aussi ces craintes ?

3.10.4.Pensez-vous que si (X) n'avait pas de handicap, vous auriez aussi ces craintes ?

4) Module Santé Reproductive et Sexuelle

4.1. Discutez-vous avec X de sujets liées à la santé corporelle, reproductive et sexuelle ? (Exemple : moyens de contraception, MST, ...)

4.1.1. Si oui, de quoi discutez-vous ?

4.2. Est-ce que X vous a raconté avoir subi une situation de de privatisation de ses droits sexuels et reproductifs ? Pouvez-vous donner des détails ?

4.3. Savez-vous si (X) a été confronté à l'une des situations suivantes ?
- Retrait du droit parental
- Ne pas avoir de choix quant à la grossesse
- Ne pas avoir de choix quant aux conditions d'accouchement

4.3.1. Si oui, pouvez-vous donner plus de détails ? (Que s'est-il passé ? Quelles difficultés rencontrées ? Quelles étaient les conséquences ?)

4.4. Savez-vous si (X) a été confronté à l'une des situations suivantes ?
- Stérilisation forcée,
- Contraception forcée
- Avortement forcé

4.4.1. Si oui, pouvez-vous donner plus de détails ? (Quelle situation ? Qui l'a forcé ? Pourquoi ? Dans quelles conditions ? Quelles conséquences ?)

4.4.2. Avez-vous une idée sur les difficultés confrontées par X pour accéder aux services de la Santé sexuelle et reproductive ?

5) Clôture de l'entretien

- Demander si la personne a autre chose à rajouter ou si elle a une question à nous poser
- Remercier la personne pour le temps consacré et la confiance

Guide d'entretien
Organisations de personnes handicapées/ Centre de Protection de femmes et filles/ Centres amis jeunes

[A Remplir par l'enquêteur en début d'entretien]

Nom de la structure :

Lieu/adresse :

Type de structure :
- Association de/pour personnes handicapées
- Centre d'écoute/assistance aux femmes et filles
- Centre Amis jeunes

Personne interviewée :
- Nom et Prénom
- Rôle dans la structure

[Questions à poser]

1. Quelle est la population que vous accueillez/recevez ?
[Si centre amis jeunes ou centre d'écoute, posez la question 2. Sinon, passer à la question 3]

2. Est-ce que vous recevez des personnes handicapées ?

3. Quel(s) types de service(s) délivrez-vous ?
[Si centre amis jeunes ou centre d'écoute, posez la question 4. Sinon, passer à la question 5]

4. Avez-vous des services adaptés et accessibles aux personnes handicapées ? (Local accessible, matériel en braille, communication en langue des signes, matériel facile à lire)

5. Organizez-vous des sessions d'information ou des activités d'éducation sexuelle et à la santé reproductive ?

6. Recevez-vous des demandes ou plaintes de personnes handicapées par rapport à leur manque d'accès/ inaccessibilité des services liés à la santé sexuelle et reproductive ? donnez-nous quelques exemples ? Quels sont les plus grandes difficultés ?

7.a. Recevez-vous des plaintes de personnes handicapées sur les situations de violences sexuelles qu'elles subissent?
Si oui :

7.b. Quelles sont les types de plaintes que vous recevez ?

7.c. Quelle(s) réponse(s) leur apportez-vous ?

7.d. Avez-vous des réponses adaptées selon le type de handicap ? Comment?

8. A votre avis, quel est la particularité des violences sexuelles auxquelles font face les personnes handicapées ?

9. A votre avis, quels sont les besoins des personnes handicapées en matière de santé Reproductive et sexuelle ?

Edition : Humanité et inclusion (HI) & UNFPA TUNISIE

Date de publication : Novembre 2020

Conception : Mint Mind Advertising

handicap international
humanité & inclusion

UNFPA
Fonds des Nations Unies
pour la Population
TUNISIE

SUIVEZ NOUS

www.hi.org
www.tunisia.unfpa.org

UNFPA Tunisia
handicapinternational

@unfpatunisie
@handicap_international