

VULNERABILITE DES PERSONNES HANDICAPEES EN GUINEE : OPPORTUNITES SOCIOPROFESSIONNELLES ET ACCES AUX SSR.

Mohamed CISSÉ

*Université Général Lansana Conté de Sonfonia-Conakry
momci2004@gmail.com*

Résumé

Cet article analyse la vulnérabilité des personnes handicapées à travers les opportunités socioprofessionnelles et l'accès à la santé sexuelle et reproductive (SSR) en Guinée, en s'établissant sur des données variées pour comprendre les défis rencontrés. Par une analyse descriptive sur les données secondaires, l'article met en lumière une participation notable des femmes handicapées, bien que freinée par des normes sociales restrictives. Les handicaps physiques sont majoritaires (77,6 %) et le niveau d'instruction reste limité, avec seulement 59 % des personnes handicapées ayant une éducation, mais peu atteignent un niveau universitaire. Moins de 10 % ont un emploi rémunéré, ce qui montre une exclusion socioéconomique prononcée. Les services de SSR sont souvent jugés insatisfaisants par les personnes handicapées (66,6 %), et les difficultés économiques et sociales limitent leur accès à ces services. Les relations de couple sont marquées par un faible recours aux méthodes de protection comme les préservatifs (36,7 %) et un accès restreint aux tests de dépistage des MST/SIDA (23,7 %). Pour améliorer la situation, les implications de politiques axées sur l'amélioration de l'éducation et de la formation des personnes handicapées, l'adaptation des services de santé et des infrastructures, l'encouragement à l'autonomisation financière, ainsi que le renforcement de la synergie entre les acteurs et la sensibilisation des communautés.

Mots clés : *Vulnérabilité, Santé sexuelle, Santé reproductive et Personne handicapée.*

Classification JEL : *I12, I14, I15, I24*

Abstract

This article analyzes the vulnerability of people with disabilities thru socio-professional opportunities and access to sexual and reproductive health (SRH) in Guinea, based on various data to understand the challenges encountered. Thru a descriptive analysis of secondary data, the article highlights a notable participation of women with disabilities, although hindered by restrictive social norms. Physical disabilities are predominant (77.6%) and the level of education remains limited, with only 59% of people with disabilities having an education, but few reach a university level. Less than 10% have paid employment, which indicates a pronounced socioeconomic exclusion. SSR services are often deemed unsatisfactory by disabled

individuals (66.6%), and economic and social difficulties limit their access to these services. Couple relationships are characterized by a low use of protection methods such as condoms (36.7%) and limited access to STI/HIV testing (23.7%).

To improve the situation, the implications of policies focused on enhancing the education and training of people with disabilities, adapting health services and infrastructure, encouraging financial empowerment, as well as strengthening synergy among stakeholders and raising community awareness..

Keywords: *Vulnérabilité, Sexual health, Reproductive health, and People with disabilities.* Keywords : *Inclusion, Sexual Health, Reproductive Health and Disabled Person.*

JEL classification : I12, I14, I15, I24.

1. Introduction

L'inclusion sociale est une préoccupation dans la fourniture des services publics de plus en plus suivie à travers les évaluations des programmes de développement. Elle suppose que toutes les composantes d'une société soient incluses dans les services et contribuent, de manière équitable, au fonctionnement et à l'émergence collective (Rawls, 1999 : 153-160). La notion de capacité peut être analysée sous le prisme de la conception d'Amartya Sen sur la liberté et la pratique du développement mise en exergue par (Dubois et Mahieu 2009 : 248-249), élargie en insistant sur la prise en compte des droits fondamentaux pour une vie digne (Nussbaum 1986 : 240-263) et (Vialan 2012 : 1-20).

Une convention ratifiée le 13 décembre 2013 par le Haut-Commissariat des Droits de l'Homme des Nations Unies, intitulée « *convention relative aux droits des personnes handicapées* », est considérée comme étant un instrument principal qui promeut et protège les handicapés. Selon l'article 9, l'accessibilité englobe l'accès aux infrastructures, aux services d'information et à tous les autres services, avec des engagements importants des États à mettre en place des normes nationales minimales pour assurer l'accès des 16 % de la population mondiale, c'est-à-dire les personnes handicapées, à tous les droits. Dans le domaine éducatif, l'inclusion des étudiants handicapés dans l'enseignement supérieur en est un pan illustratif (Ebersold et Cabral 2016 : 146-150). Cette

conception qui met l'accent sur les stratégies et dispositifs mis en place par les universités pour faciliter l'accessibilité et le soutien aux étudiants utilise une approche écologique, mettant en avant l'importance de l'environnement éducatif et des aménagements pour le succès des étudiants handicapés. Dans cette dynamique, le rôle des politiques publiques dans la promotion de l'équité d'accès à l'éducation pour tous s'avère central.

Le canal de l'éducation est une voie soutenue pour corriger les inégalités sociales afin d'assurer la redistribution économique et la reconnaissance culturelle. Les politiques qui ne considèrent souvent l'aspect éducatif alors qu'une inclusion complète nécessiterait à la fois une redistribution des ressources économiques et une reconnaissance des différences culturelles (Fraser, N., 2003 : 7-10). Ce paradigme peut être analysé sous le prisme du capital social (Paillat 1975 : 180-181), dont la diminution a été considérée aux États-Unis comme source d'exclusion sociale et économique (Putnam et Rey, 2014 : 12-14). Pour la prise en compte de la dimension justice, les principes de l'équité et de l'égalité des opportunités sont considérés comme obstrués par un « voile d'ignorance » (Romuald Bodin, 2018 : 21-92). Celui-ci fait que les membres d'une société choisiraient des principes de justice sans connaître leur position sociale (Olivier Giraud et Blanche Le Bihan-Youinou, 2022 : 115-133 ; Rawls, 1999 : 47-101). Il est ainsi manifeste que les inégalités économiques ou la concentration de la richesse peuvent freiner l'inclusion économique (Piketty 2013 : 48-63).

Des théories qui précèdent, la capacité des individus à faire le choix propice pour leur vie doit être soutenue par la création des conditions d'accès aux opportunités de vivre décemment et de s'épanouir (Jean-Pierre K. KAHUYEGE et Blandine M. ZAINA, 2023 : 124-143 ; Joël Zaffran, 2015 : Foray, P., 2017 : 19-28). La redistribution, déterminant de justice sociale, permettra ainsi de lutter contre l'exclusion dans l'évolution de la société (Benoît Eyraud et Louis Triaille, 2024 : 69-89). Il est évident que les hommes n'ont pas les mêmes facultés ni les mêmes capacités, mais

le handicap est un état de vulnérabilité qui crée davantage d'inégalités entre les personnes atteintes et les personnes non handicapées. Cette inégalité est mise en exergue à travers l'accessibilité des personnes handicapées à la santé sexuelle et reproductive (Zeina Mansour et Éric Billaud, 2016 : 14-17). Ce défi d'accessibilité intègre à la fois les infrastructures, la qualité de délivrance des services publics à travers le concept d'aménagement raisonnable et le niveau de perfectionnement du personnel de santé et de l'encadrement administratif (Robin Vivian, 2021 : 28-30 ; Petitemange Elodie, 2020 : 26-38 ; HCNUDH, 2006 : 9-10). Les initiatives de prévention des maladies sexuellement transmissibles ainsi que la gestion du processus de reproduction chez les personnes handicapées comportent encore des défis d'inclusion et de spécification (Brasseur & Nayak 2018 : 4).

Dans le cadre de cet article, l'inclusion sera analysée sous le prisme du handicap dont la définition de la loi guinéenne s'inscrit dans la logique des conceptions des théories pour avoir stipulé : « *Aux fins de la présente loi, l'expression « personne handicapée » désigne toute personne qui présente des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à sa pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.* ». Si la définition légale guinéenne prend en compte la nécessité d'inclusion de 1,5 % de la population guinéenne dans la vie en société (RGPH3, 2018 : 27a), il est important d'en faire une vérification sur le terrain afin d'asseoir toute la conviction en la matière.

En plus de la définition de la loi présentée ci-haut, l'INS Guinée (RGPH3, 2018 : 27b) définit le handicap comme étant « ... *toute personne qui est dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience congénitale ou non, de ses capacités physiques ou mentales.* ». Cette définition du handicap ne résume pas la problématique à la définition médicale du XVIII^e siècle qui est marquée par la défaillance individuelle (Foucault, M., 1972 : 40-49).

Il est ainsi établi qu'en plus des conditions de santé, selon des contributions sur des pans connectables, le handicap intègre un ensemble de facteurs d'ordre environnemental, personnel, économique et social. Il importe ainsi d'élargir le regard sur les différents facteurs d'inclusion ou de vulnérabilité afin de cerner les obstacles et défis.

En effet, l'on se pose ainsi la question principale de savoir :

Les personnes handicapées ont-elles accès aux opportunités de revenus et à la santé sexuelle et reproductive dans les villes de Conakry, Boké, Kindia, Mamou et Labé ?

L'objectif de cette recherche est d'analyser l'accessibilité des personnes handicapées aux opportunités de revenus et à la santé sexuelle et reproductive dans les villes de Conakry, Boké, Kindia, Mamou et Labé.

Pour ce faire, il s'agira de :

- examiner les situations socioprofessionnelle et économique des personnes handicapées à Conakry, Kindia, Boké, Mamou et Labé ; et
- analyser l'accessibilité des personnes handicapées aux services de la santé sexuelle et reproductive dans les villes de Conakry, Kindia, Boké, Mamou et Labé.

D'après la littérature et les faits observés en Guinée, les observations suivantes sont enregistrées :

- les personnes handicapées subissent des inégalités en matière d'accès aux opportunités porteuses de revenus ; et
- les services de santé sexuelle et reproductive ne sont pas spécifiés aux besoins des personnes handicapées.

Cette recherche repose sur la mobilisation des données secondaires et l'analyse descriptive des données.

1.1. Stratégie d'analyse

Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une analyse multiple de la vulnérabilité des personnes handicapées dans la vie sociale et économique. Elle est faite à travers Excel, SPSS et STATA, selon les besoins de représentation ou d'analyse. Ces analyses complémentaires s'appuient sur les données 2024 de

l'Organisation de secours aux handicapés de Guinée concernant 772 personnes handicapées dans cinq (5) régions du pays (Boké, Kindia, Mamou, Labé et Conakry).

En plus des analyses descriptives à travers les graphiques, le test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) a permis de savoir si l'analyse factorielle était admise compte tenu de la structure des données. Le coefficient étant méritoire, il est utile de tenir compte des analyses à composante principale (ACP) et des analyses factorielles discriminantes (AFD) justifiées. Par la suite, un indice composite de vulnérabilité a été calculé, suivi de l'identification des fonctions linéaires.

Les données d'intérêt ont été analysées afin d'identifier des facteurs de corrélation.

1.2. Tests d'orientation

Le KMO et le Bartlett ont permis de savoir si l'analyse factorielle était admise compte tenu de la structure des données. À titre d'exemple, on peut citer le niveau d'accessibilité (0,841), la qualité d'accueil (0,759), celle des services (0,743), la vulnérabilité IST/VIH (0,743) et l'accès aux produits SSR (0,676). Affichant un coefficient global de 0,796 au seuil de 5 %, on a conclu que la matrice des corrélations est significativement différente d'une matrice identité. Ce qui a justifié les analyses à composante principale (ACP) et les analyses factorielles discriminantes (AFD). Le KMO global de 0,796 indique que les corrélations inter-items sont structurées et que la matrice est appropriée pour une analyse factorielle. Le test de Bartlett ($p < 0,001$) confirme que la matrice de corrélation est significativement différente d'une matrice identité. L'ACP et l'AFD sont statistiquement justifiées.

Les tests Chi2 et V de Cramer montrent que le type de handicap est fortement associé aux comportements de santé sexuelle (dépistage, relations, diagnostic) avec des V de Cramer d'effet modéré (0,2). Le test de Fisher (ANOVA) montre que le type de handicap affecte significativement la vulnérabilité ($F=2,89$; $p=0,022$). Par ailleurs, la structure factorielle montre que 66,21 %

de la variance totale est expliquée par les cinq (5) composantes ci-dessus.

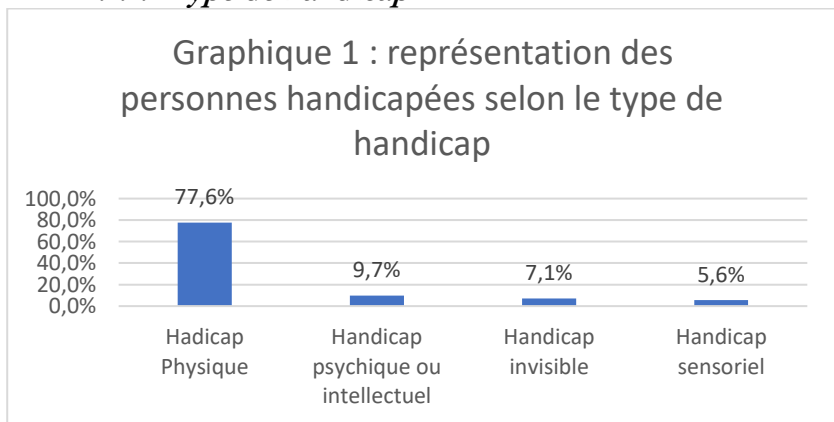
2. Résultats et discussion

Ce point comprend les analyses empiriques et factuelles des données relatives à la vie des personnes handicapées en Guinée. Les données factuelles sont mobilisées à partir de la base de données de l'ONG OSH-Guinée de 2024 relative aux villes de Conakry, Boké, Kindia, Mamou et Labé. Les données factuelles issues d'OSH Guinée ont permis d'apprendre des enjeux liés à l'accès de personnes handicapées à la santé sexuelle et reproductive.

2.1. Profil des personnes handicapées dans les zones de recherche

Le profil des personnes handicapées est établi à travers le type de handicap, le niveau d'instruction et la situation socioprofessionnelle.

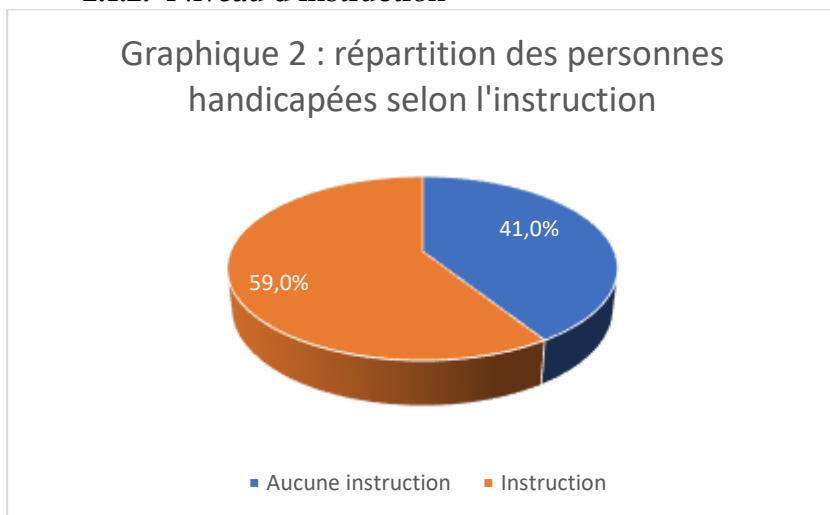
2.1.1. Type de handicap



Source : Auteur, à partir des données de OSH-Guinée, 2024.

Dans les zones de recherche, le handicap physique est le type le plus fréquent des handicaps avec 77,6%. Les autres types se suivent étroitement avec 7,7% pour le handicap intellectuel dont les parents ou tutelles ont répondu à la place et 7,1% du handicap invisible. Le handicap sensoriel suit avec 5,6%. Les renseignements relatifs à la vie des personnes handicapées de type psychique ont été fournis par le parent ou la tutelle. Les handicaps physiques représentent ainsi plus de deux tiers (2/3) de l'effectif des personnes handicapées entretenues dans les villes concernées.

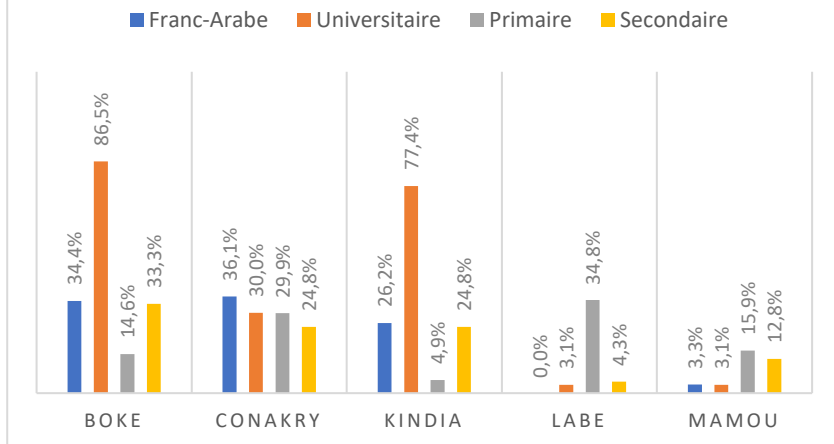
2.1.2. Niveau d'instruction



Source : Auteur, à partir des données de OSH-Guinée, 2024.

Dans les zones de recherche, la majorité des personnes handicapées est instruite avec une proportion de 59% contre 41% de personnes handicapées non instruites. L'instruction étant un facteur d'émancipation dans la société, le défi demeure sur plus de 40% des personnes handicapées en ce qui concerne l'opportunité de s'épanouir dans la communauté, mais aussi professionnellement.

Graphique 3 : répartition des personnes handicapées selon le type d'instruction



Source : Auteur, à partir des données de OSH-Guinée, 2024.

Parmi les 59% de personnes handicapées instruites, la ville de Boké a le taux le plus élevé de ceux qui approfondissent l’instruction. 86,5% des personnes handicapées entretenues à Boké ont atteint le cycle universitaire ou postuniversitaire, suivi de la ville de Kindia où 77,4% des instruits sont universitaires. À Conakry, moins d’un tiers des personnes handicapées instruites atteignent l’université, soit 30%. À Labé et à Mamou, leur taux d’accès à l’université est à 3,1%.

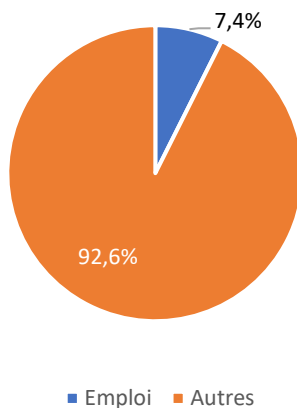
Ce faible taux d’approfondissement de l’instruction à Conakry peut s’expliquer par le coût de la vie scolaire et étudiante, mais également la nécessité de parcourir des distances dans la plupart des communes pour accéder à l’université publique ou même l’université privée lorsque les orientations dans ces dernières étaient valables. À Labé et à Mamou, les pesanteurs sociales peuvent s’ajouter aux facteurs coûts.

Le taux des élèves varie de 28,7% à Mamou à 54,7% à Conakry comprenant les élèves de l'école primaire et ceux du secondaire francophone. Les élèves de Franco-Arabes représentent plus d'un tiers (1/3) des instruits à Boké, Conakry et Kindia alors qu'ils ne représentent que trois (3%) à Mamou, Labé n'en comptant pas dans cet échantillon.

Ces informations montrent la qualité des répondants qui sont à 51% instruits et ceux qui ne le sont pas disposent dans une proportion appréciable d'une occupation socioprofessionnelle respectable telle qu'il sera élucidé ci-dessous.

2.1.3. *Situation d'emploi des personnes handicapées*

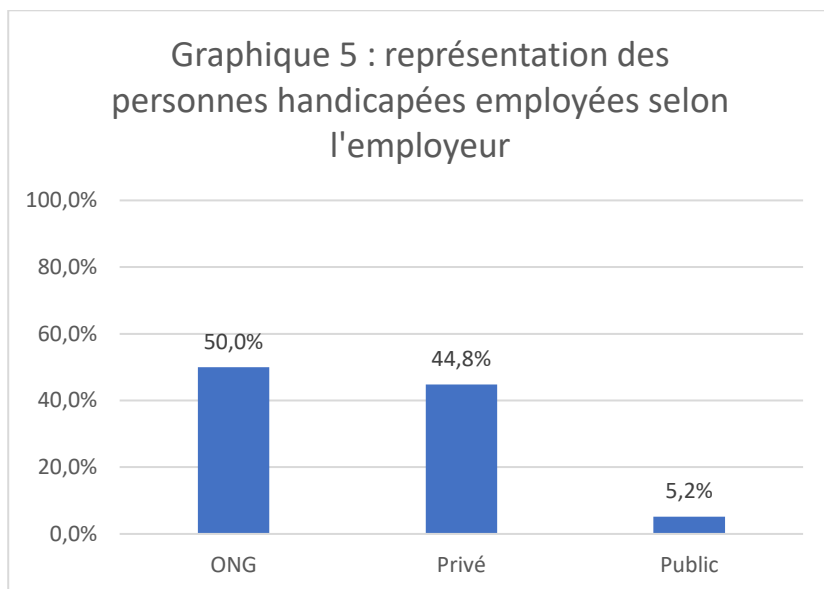
Graphique 4 : représentation des personnes handicapées selon la situation d'emploi



Source : Auteur, à partir des données de OSH-Guinée, 2024.

Dans les zones de recherche, moins de 10% des personnes handicapées sont employées avec une rémunération salariale. Les 92,6% ont des occupations d'ordre informel ou même de mendicité. Si la discrimination est un facteur d'éviction des

personnes handicapées des services, notamment les services de santé, leur faible progression dans le système d'enseignement limiterait également leur capacité à faire valoir leur droit sur le marché d'emploi.

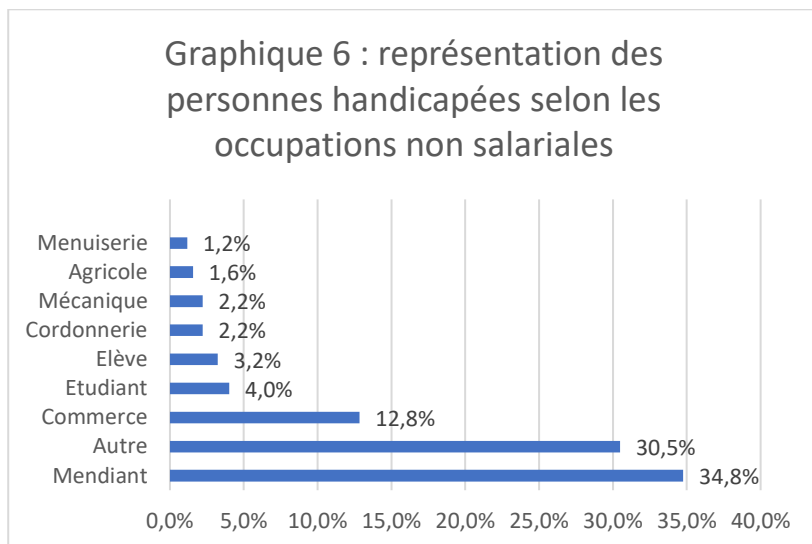


Source : Auteur, à partir des données de OSH-Guinée, 2024.

Les ONG sont les premières structures pourvoyeuses d'emplois pour les personnes handicapées, car 50% des personnes handicapées en situation d'emploi y travaillent. Elles sont suivies du secteur privé qui occupe 44,8% des personnes handicapées, suivi de l'État qui en enregistre 5,2%.

Le renforcement de l'inclusivité dans les offres d'emplois des organismes sociaux et privés peut expliquer leur prédisposition à recruter les personnes vulnérables qui disposent des compétences égales. Il est mentionné sur les documents d'offre que les candidatures féminines et des personnes porteuses de handicaps sont encouragées.

En matière d'autres occupations socioprofessionnelles non salariales, les personnes handicapées sont employées comme indiqué dans le graphique qui suit.



Source : Auteur, à partir des données de OSH-Guinée, 2024.

Un peu moins de 15% des personnes handicapées sont actives dans la menuiserie (1,2%), l'agriculture (1,6%), la mécanique et la cordonnerie (2,2% chacune), le système éducatif en tant qu'élève (7,2%). Au-delà des métiers, 12,8% sont dans les petits commerces alors que 34,5% ont d'autres occupations non spécifiées. La plus grande proportion est active dans la mendicité, soit 34,8%. Si l'on considère « autre » comme la proportion qui vit des proches, mais n'effectue aucune activité socioprofessionnelle, l'on résumerait que près de deux tiers (2/3) des personnes handicapées vivent de la solidarité.

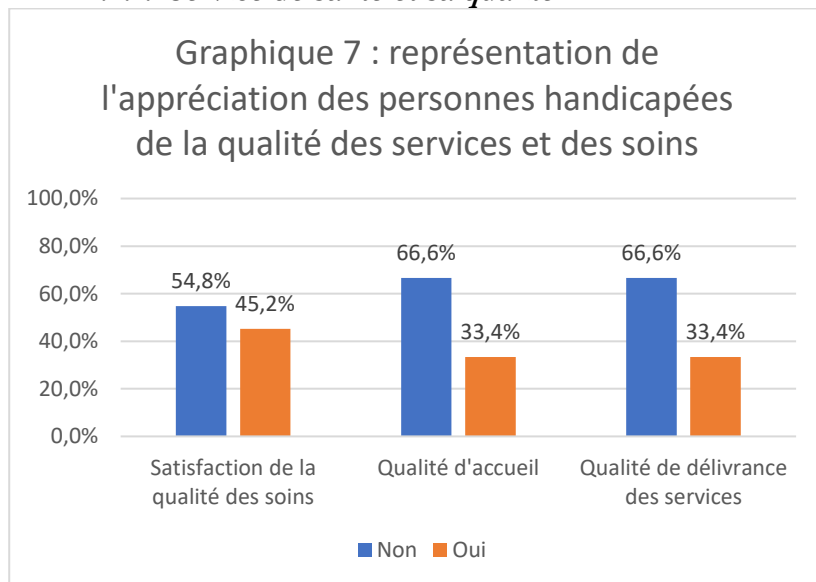
Cette réalité constitue un indicateur de vulnérabilité face aux risques sociaux et sanitaires, mais aussi un frein à l'épanouissement des personnes handicapées. Le déficit d'encadrement dans le

système d'enseignement, la faiblesse des incitations pour l'emploi et la faible fréquentation des métiers soutenus par la pesanteur sociale ou même la conception de l'oisiveté associée au statut de handicap sont des facteurs qui méritent le concours des acteurs sociaux et des humanitaires afin de profiter de l'intelligence et du talent de cette catégorie sociale dans le circuit économique, mais également dans le renforcement de l'égalité, l'équité et l'inclusion sociale.

2.2. Accès à la santé sexuelle et reproductive

L'accès des personnes handicapées à la santé sexuelle et reproductive sera analysé selon plusieurs critères. Ceux-ci incluent l'existence des services de santé et la qualité des soins, la relation de couple et la prévention, les facteurs de vulnérabilité et leur intensité, les éléments dissuasifs et le degré d'accès à la SSR.

2.2.1. Service de santé et sa qualité



Source : Auteur, à partir des données de OSH-Guinée, 2024.

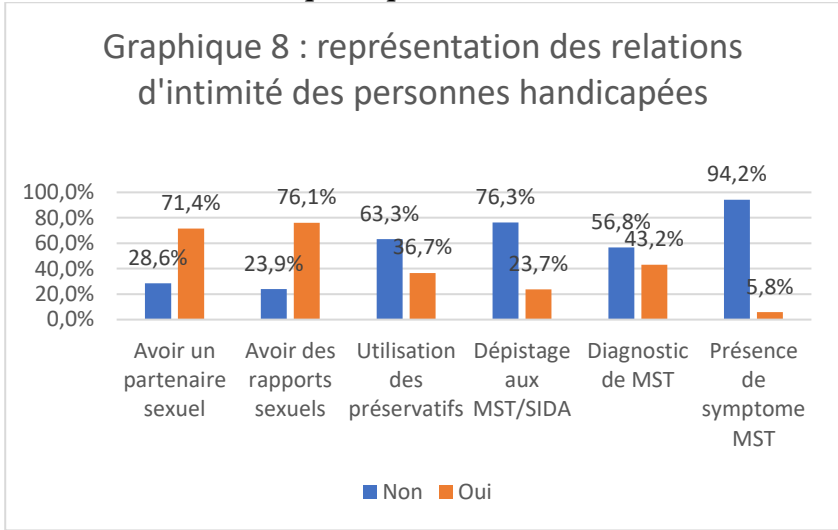
Les personnes handicapées sont unanimes sur l'existence des services de santé de proximité, soit 100% des personnes entretenues, affirment l'existence de ces services. Sur la qualité d'accueil au sein de ces services, 33,4% soutiennent une bonne qualité d'accueil. Ce qui signifie que 66,6% environ deux tiers (2/3) des personnes handicapées désapprouvent la qualité d'accueil au sein des services de santé.

Quant à la qualité de délivrance des services, ce qui est encore plus général que l'accueil qui en fait partie, la même proportion de 2/3 s'exprime pour la mauvaise qualité de service.

Sur la qualité des soins bénéficiés, près de 55 % se disent insatisfaits du soin bénéficié dans les services de santé de proximité contre près de 45 % qui se disent satisfaits du soin bénéficié.

Si l'accessibilité SSR est un bémol pour la vulnérabilité, son effet sur les comportements spécifiques de santé (dépistage, préservatifs) n'est pas encore statistiquement suffisant dans cet échantillon. Cela peut refléter une multiplicité des barrières (financières, culturelles, géographiques) qui empêchent de transformer l'accessibilité perçue en comportements préventifs concrets.

2.2.2. Vie de couple et prévention



Source : Auteur, à partir des données de OSH-Guinée, 2024.

Sur les relations intimes, 71,4% des personnes handicapées affirment avoir un partenaire sexuel contre près d'un quart qui n'en disposerait pas. Par ailleurs, 76,1% soutiennent avoir des rapports sexuels. Ce chiffre montre que parmi les personnes handicapées sans partenaire sexuel, certains ont des relations sexuelles, ne serait-ce qu'occasionnellement.

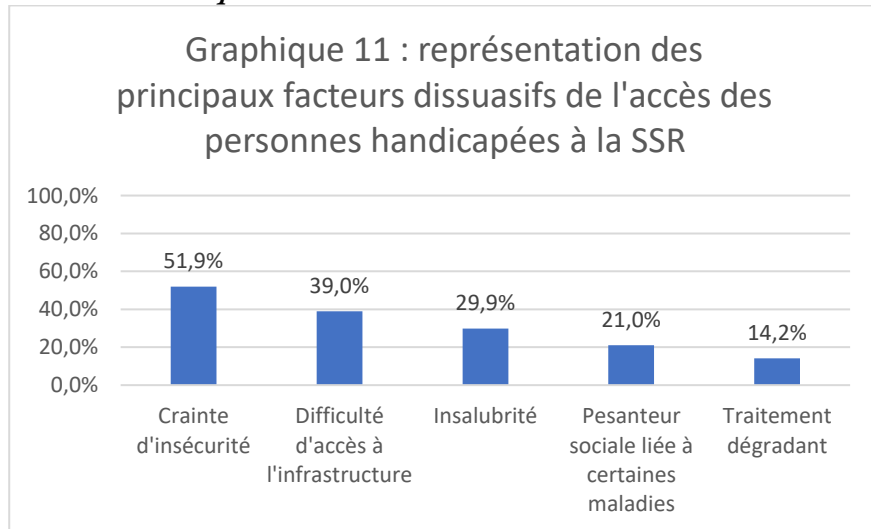
Parmi ceux qui ont des rapports sexuels, seulement 36,7% utilisent des préservatifs. En d'autres termes, 66,9% des personnes handicapées, soit près de deux tiers (2/3) entretenant des rapports sexuels, n'utilisent pas de préservatifs.

Sur la même population entretenant des rapports, plus de deux tiers (2/3) soit 76,3% ne font pas de dépistage aux maladies sexuellement transmissibles ou le SIDA (MST/SIDA). Parmi ceux qui font du dépistage, plus de deux cinquièmes (2/5) soit 43,2% ont été diagnostiqués d'une maladie MST. Quant à ceux qui connaissent des symptômes des MST, la proportion est faible, soit 5,8% de ceux qui entretiennent des rapports sexuels et affirment

sentir des symptômes. Ce dernier résultat signifie que plus de 50% des diagnostiqués ne ressentent pas de symptômes, bien qu'étant porteurs de la maladie sexuellement transmissible.

Ce résultat est révélateur d'un faible niveau d'accès des personnes handicapées à la SSR et d'un risque élevé d'atteinte des MST/SIDA dans la mesure où le taux de dépistage est faible. En outre, le fait que l'essentiel des diagnostiqués ne ressent pas de symptôme constituerait un vecteur supplémentaire de transmission des MST. Ces résultats correspondent à ceux de Zeina Mansour et Éric Billaud (2016 : 14-17) qui ont mis l'accent sur les dimensions de la vulnérabilité des personnes handicapées notamment la faible prise en compte de leurs besoins spécifiques dans les politiques publiques tout en précisant que l'approche basée sur l'équité, l'inclusion et les droits humains garantirait la réduction de la vulnérabilité des personnes handicapées.

2.2.3. Facteurs dissuasifs de l'accès à la santé sexuelle et reproductive



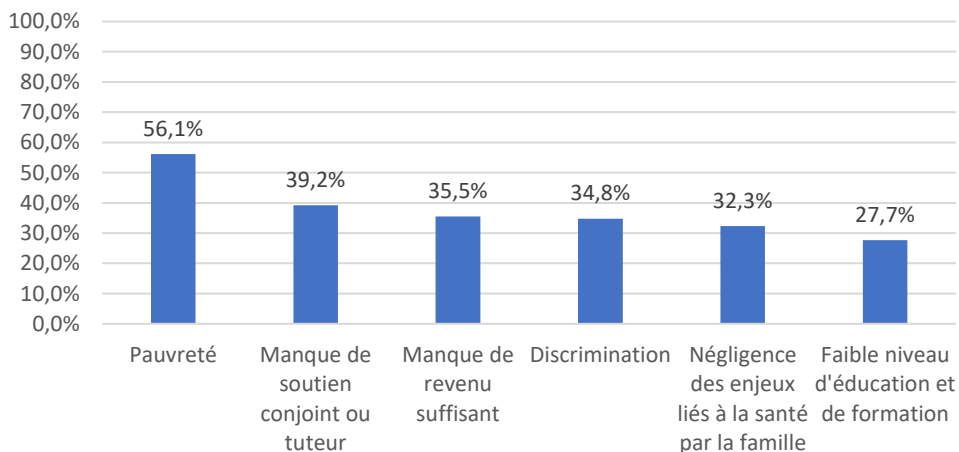
Source : Auteur, à partir des données de OSH-Guinée, 2024.

À la question de savoir ce qui les dissuade dans l'accès à la SSR, les personnes handicapées soutiennent à 51,9% que c'est la crainte de l'insécurité qui peut toucher la confidentialité des données, à 39% la difficulté d'accès aux infrastructures et à près de 30% l'insalubrité en milieu de soins. Plus d'un cinquième (1/5) accusent la pesanteur sociale liée à certaines maladies alors que 14,2% dénoncent le traitement dégradant du personnel de santé infligé aux personnes handicapées.

En plus, la qualité de l'accueil et la qualité de la délivrance des services SSR sont les deux déterminants significatifs et forts de l'accessibilité ($\beta = 0,31$ et $0,41$). La formation du personnel et l'adaptation des équipements n'ont pas d'effet significatif direct sur l'accessibilité perçue dans l'échantillon.

2.3. Facteurs de vulnérabilité des personnes handicapées

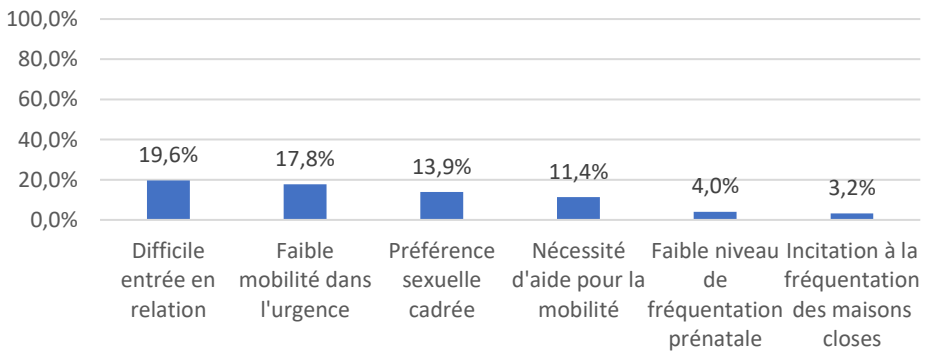
Graphique 9 : représentation des facteurs de vulnérabilité des personnes handicapées dans l'accès à la santé sexuelle et reproductive



Source : Auteur, à partir des données de OSH-Guinée, 2024.

Pour mieux comprendre les raisons de la vulnérabilité des personnes handicapées dans le cadre de la SSR, la question a été posée aux concernés par rapport aux facteurs. Il ressort que, *la pauvreté* explique *la vulnérabilité* à 56,1% suivie du *manque de soutien du conjoint ou du tuteur* à 39,2% et du *manque de revenu suffisant* à 35,5%. Les facteurs qui précèdent expliquent donc la pauvreté à plus d'un tiers (1/3). En plus, les facteurs relatifs à *la discrimination* et *la négligence des enjeux liés à la santé de la personne handicapée par la famille* ne sont pas négligeables et ils se situent au-dessus de 30% des réponses, même si *le faible niveau d'éducation et de formation* est noté par 27,7% des personnes entretenues.

Graphique 10 : représentation des principaux facteurs de vulnérabilité des personnes handicapées dans l'accès à la santé sexuelle et reproductive



Source : Auteur, à partir des données de OSH-Guinée, 2024.

D'autres facteurs indiqués par moins de 20% des personnes handicapées, soit un cinquième (1/5) constituent des sources de vulnérabilité tels que la difficile entrée en relation (19,6%), la faible mobilité dans l'urgence (17,8%), les préférences sexuelles cadrées

(13,9%) et la nécessité d'aide pour la mobilité (11,4%) principalement. Le faible niveau de fréquentation prénatale (4,0%) et l'incitation à la fréquentation des maisons closes (3,2%) étant marginaux.

Les vulnérabilités observées s'inscrivent dans le même sens de défis mis en relief par Robin Vivian (2021 : 28-30) notamment les barrières liées à la discrimination, à l'information et à la formation, au transport, donc architecturales et urbanistiques, et Petitdemange Elodie (2020 : 26-38) notamment les dépendances envers l'entourage, la faible participation à la vie citoyenne et économique, la marginalisation sociale et l'inaccessibilité des espaces et services. En outre, les personnes avec un handicap intellectuel (87,2 %) ou invisible (87,6 %) présentent les scores de vulnérabilité les plus élevés. La région de Boké présente un niveau de vulnérabilité nettement supérieur à la moyenne nationale. Il n'y a pas de différence significative entre hommes et femmes. Plus l'accessibilité SSR est faible, plus la vulnérabilité aux IST/VIH augmente ($\beta=0,26$, $p=5$ %). Par conséquent, le manque d'accessibilité aux services de santé sexuelle et reproductive génère directement une exposition accrue au risque épidémiologique. L'accès aux soins est ainsi un mécanisme causal de protection.

3. Conclusion et implications de politique

3.1. Conclusion

Cette recherche met en lumière des disparités significatives et des défis persistants. Les données montrent une sous-représentation des femmes handicapées, en raison de barrières sociologiques et culturelles, ainsi qu'une répartition inégale des types de handicap à travers les régions.

L'accès à la SSR est également entravé par des facteurs de vulnérabilité tels que la pauvreté, le manque de soutien familial, et la discrimination, qui augmentent le risque de transmission des maladies sexuellement transmissibles. Le profil des personnes handicapées révèle que malgré une majorité instruite, un grand

nombre d'entre elles sont piégées dans des activités informelles, voire dans la mendicité, ce qui souligne leur marginalisation économique. Les facteurs de confidentialité et d'accès aux infrastructures et services constituent des éléments qui dissuadent les personnes handicapées dans leur accès aux SSR. De plus, la faible utilisation des préservatifs et le faible taux de dépistage augmentent le risque de propagation des MST/SIDA, exacerbant la vulnérabilité de cette population.

La reconnaissance des besoins spécifiques des personnes handicapées et l'inclusion effective de cette population dans les programmes de SSR et d'autonomisation sont essentielles pour garantir leur épanouissement et réduire leur vulnérabilité économique, sociale et sanitaire.

3.2. Implications de politiques

Pour une bonne intégration socioprofessionnelle et plus d'accessibilité aux services de santé sexuelle et reproductive, les implications politiques sont émises comme suit :

- créer des incitations à la participation des personnes handicapées aux emplois publics et privés par la définition des quotas planchers incitatifs ;
- élargir les actions de soutien en faveur des handicapés à travers les Activités Génératrices de Revenus (AGR) ;
- promouvoir l'inscription et le maintien des personnes handicapées dans les cycles d'enseignement et de formations techniques et professionnelles ;
- améliorer la qualité de délivrance des services de santé par le renforcement de la formation des agents de santé et du personnel administratif sur les thématiques relatives à l'accueil, l'installation, au traitement spécifique et la communication avec les personnes handicapées ; et
- initier des activités de dépistage et d'accompagnement dans le traitement afin de permettre aux personnes handicapées d'accéder au dépistage tout en adhérant à la prévention.

Bibliographie

Benoît Eyraud et Louis Triaille, 2024. « *Désinstitutionnaliser le handicap, instituer l'autonomie* », ALTER.

Dubois, Jean-Luc, et François-Régis Mahieu, 2009. « Sen, Liberté et Pratiques du développement ». *Revue Tiers Monde* 198(2):245-61.

Ebersold, Serge, et Leonardo Santos Amâncio Cabral, 2016. « *Enseignement supérieur, orchestration de l'accessibilité et stratégies d'accompagnement* ». *Éducation et francophonie*.

Foray, P., 2017. « *Autonomie* ». *Le Télémaque*, 51(1)..

Foucault, M., 1972. « *L'archéologie du savoir et le discours sur la langue* », New York Pantheon Press. - Références - Publication scientifique.

Fraser, N., 2003. « *Justice sociale à l'ère de la politique identitaire Redistribution, reconnaissance et participation* ». Dans N. Fraser, & A. Honneth (Dir.), New York Verso.

Giraud, O. et Le Bihan-Youinou, B. (2022). « 7. *Les politiques de l'autonomie : vieillissement de la population, handicap et investissement des proches aidants* ». Dans O. Giraud et G. Perrier *Politiques sociales : l'état des savoirs*. La Découverte.

HCNUDH, 2007. « *Convention relative aux droits des personnes handicapées* », United Nations.

INS Guinée, 2018. « *RGPH3 : situation des personnes vivant avec un handicap* », MPCI, Guinée.

Mansour, Zeina et Eric Billaud, 2016. « *Santé sexuelle : définitions, concepts, droits fondamentaux* », n° 438, *La santé en action* (438) décembre.

Nussbaum, Martha. 1986. « *The Fragility of Goodness: Luck and Ethics in Greek Tragedy and Philosophy*. Cambridge », New York: Cambridge University Press.

Paillat, Paul. 1975. « *Lenoir René — Les exclus : un Français sur dix* », persee, No30_1_15763.

Petitdemange Elodie, 2020. « *L'accessibilité : un premier pas vers la mise en autonomie des personnes handicapées mentales* », Tieleman, David Uliège.

Pierre Brasseur et Lucie Nayak, 2018. « *Handicap, genre et sexualité* », Genre, sexualité & société [En ligne], Printemps.

Piketty, Thomas. 2013. « *THOMAS PIKETTY Le Capital Au XXIe Siècle* », Picketty Piket 21.

Putnam, Robert D., et Olivier Rey. 2014. « *Bowling en solo: le déclin du capital social américain* », Conférence, 2008, 27, pp.417-440. (halshs-00943612)

Rawls, John. 1999. « *A Theory of Justice: Revised* », Edition. Harvard Unive.

Vialan, Daphné. 2012. « *Martha Nussbaum, Capabilités. Comment créer les conditions d'un monde plus juste ?* » Lectures. doi:10.4000/lectures.9575.

Romuald Bodin, 2018. « *L'institution du handicap* », Hors collection, La Dispute.

Zaffran, J., 2015. « *Accessibilité et handicap: anciennes pratiques, nouvel enjeu* », Presses universitaires de Grenoble.

Vivian, R., 2021. « *Accessibilité* ». Dans Sous la direction d'É. Brangier et G. Valléry Ergonomie : 150 notions clés. Dunod..

KASUKU KAHUYEGE Jean Pierre et MASEMO ZAINA, 2023. « *Soubassements essentiels d'autonomisation des personnes en situation de handicap moteur au Nord-Kivu* », Université de Goma, Cahiers d'étude et de Recherche en Science de l'homme et de la société, vol. 1, num. 1.

<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/mst-ist/maladies-infections-sexuellement-transmissibles>

<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-reproductive>

[https://institut-rafael.fr/ethique-du-care/philosophie-et-ethique/vulnerabilite-et-handicaps/.](https://institut-rafael.fr/ethique-du-care/philosophie-et-ethique/vulnerabilite-et-handicaps/)

[https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/mst-ist/maladies-infections-sexuellement-transmissibles.](https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/mst-ist/maladies-infections-sexuellement-transmissibles)

[https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-reproductive.](https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-reproductive)

[https://institut-rafael.fr/ethique-du-care/philosophie-et-ethique/vulnerabilite-et-handicaps/.](https://institut-rafael.fr/ethique-du-care/philosophie-et-ethique/vulnerabilite-et-handicaps/)