



Convention relative aux droits des personnes handicapées

Distr. générale
29 mars 2019
Français
Original : anglais

Conférence des États parties à la Convention relative aux droits des personnes handicapées

Douzième session

New York, 11-13 juin 2019

Point 5 b) ii) de l'ordre du jour provisoire*

Questions relatives à l'application de la Convention :
tables rondes

L'inclusion sociale et le droit de jouir du meilleur état de santé possible

Note du Secrétariat

La présente note a été établie par le Secrétariat en consultation avec des organismes des Nations Unies, des représentants de la société civile et d'autres parties prenantes en vue de faciliter la tenue de la table ronde sur le thème « Inclusion sociale et droit de jouir du meilleur état de santé possible ». Le Secrétariat transmet donc la note ci-après, telle qu'elle a été approuvée par le Bureau de la Conférence, à la Conférence des États parties à la Convention relative aux droits des personnes handicapées à l'occasion de sa douzième session.

* CRPD/CSP/2019/1.



I. Introduction

1. Condition du plein épanouissement de tout un chacun, la santé est essentielle au bien-être et au bonheur. Pouvoir jouir du meilleur état de santé possible est un droit fondamental pour tous, y compris les personnes en situation de handicap, comme le réaffirme la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Pour ces dernières, la santé et le bien-être sont également la condition d'une vie pleine et productive dans la mesure où ces facteurs influent sur la capacité de participer pleinement à tous les aspects de la vie, de travailler et de s'instruire, de vivre de façon autonome et d'avoir une place dans la société.

2. La santé et l'inclusion sociale sont étroitement liées. Au niveau individuel, il faut être en bonne santé et jouir d'un certain bien-être pour pouvoir prendre une part active dans la vie de la société et, réciproquement, l'inclusion sociale favorise la santé physique et mentale et la résilience. Au niveau collectif, des informations, des installations et des services de santé inclusifs et accessibles peuvent aider toutes les catégories de population, y compris les personnes handicapées, à obtenir les soins dont elles ont besoin, dans le respect de leur libre arbitre.

3. Dans un rapport de 2018 (A/73/161), la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées a souligné les divers problèmes que rencontraient ces personnes dans l'exercice de leur droit de jouir du meilleur état de santé possible et a fourni des orientations sur les moyens de promouvoir des services de santé inclusifs et accessibles.

II. Dispositifs internationaux applicables

4. Aux termes de l'article 25 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées adoptée en 2006, les États parties reconnaissent que les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible, sans discrimination fondée sur le handicap. À ce titre, ils s'engagent à leur fournir des services de santé gratuits ou d'un coût abordable, couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes, et à exiger des professionnels de la santé qu'ils dispensent aux personnes handicapées des soins de la même qualité que ceux dispensés aux autres, en recueillant notamment leur consentement libre et éclairé. Ils s'engagent également à interdire la discrimination à l'égard des personnes handicapées dans le domaine de l'assurance maladie et à empêcher tout refus discriminatoire de fournir des soins ou services médicaux en raison d'un handicap. Aux termes de l'article 9 de la Convention, les États parties s'engagent à prendre des mesures appropriées pour assurer aux personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres, l'accès aux installations médicales, notamment en repérant et en éliminant les obstacles et les barrières à l'accessibilité. L'article 26 de la Convention, aux termes duquel les États parties sont invités à organiser, renforcer et développer des services et programmes diversifiés d'adaptation et de réadaptation, doit se lire en parallèle avec l'article 25, étant donné que la réadaptation relève de la couverture sanitaire universelle et implique la fourniture de services généraux ou de promotion, de prévention et de traitement en matière de santé et de services de soins palliatifs à quiconque en a besoin.

5. Aux termes de l'article 16 de la Convention, les États parties s'engagent à prendre toutes mesures appropriées pour protéger les personnes handicapées contre toutes formes d'exploitation, de violence et de maltraitance, notamment fondées sur le genre, et faciliter leur rétablissement physique, cognitif et psychologique, leur réadaptation et leur réinsertion sociale lorsqu'elles ont été victimes de toutes formes d'exploitation, de violence ou de maltraitance, notamment en mettant à leur

disposition des services de protection. Le rétablissement et la réinsertion doivent intervenir dans un environnement qui favorise la santé, le bien-être, l'estime de soi, la dignité et l'autonomie de la personne et qui prend en compte les besoins spécifiquement liés au sexe et à l'âge.

6. Il convient de lire la Convention dans son intégralité pour comprendre pleinement l'impact d'une telle démarche axée sur les droits de l'homme et le développement dans le domaine de la santé des personnes handicapées. Outre les engagements nés des articles 9, 25 et 26 de la Convention, les États parties s'engagent à promouvoir l'emploi des personnes en situation de handicap et à améliorer leur participation à la vie économique, sociale et politique – autrement dit, à permettre leur participation et intégration pleines et entières à tous les aspects de la vie, chacun ayant une incidence sur leur état de santé. Les articles 12, 14, 15, 16 et 17 énoncent également les conditions permettant aux personnes handicapées de vivre dans un environnement exempt de violence, d'user de leur libre arbitre et d'avoir une place dans la société.

7. D'autres instruments portent sur la santé des femmes et des enfants handicapés. L'article 23 de la Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée en 1989, protège les droits des enfants et des adolescents handicapés, de sorte qu'ils aient effectivement accès aux services de santé. En vertu de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, les États sont tenus de veiller à ce que les femmes, y compris les femmes handicapées, aient accès aux services médicaux de planification familiale (article 12) et soient protégées contre les pressions coercitives. Aux termes de la cible 5.6 de l'objectif de développement durable n° 5 (Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles), les États Membres sont appelés à assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et à faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing et les documents finals des conférences d'examen qui ont suivi. Cette cible est particulièrement importante pour les femmes et les filles handicapées qui, dans de nombreuses régions du monde, sont moins susceptibles d'avoir accès aux informations et aux services de santé sexuelle et procréative.

8. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 porte un projet ambitieux, d'envergure mondiale, qui inclut et vise à autonomiser les laissés-pour-compte, y compris les personnes handicapées. Dans ce cadre, l'objectif de développement durable n° 3 vise à permettre à chacun de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous, à tout âge. La réalisation de cet objectif permettra de faire progresser le droit à la santé des personnes en situation de handicap ; dans la mesure où les différents objectifs du Programme 2030 sont étroitement liés, les progrès accomplis dans le domaine de la santé contribueront à la réalisation d'un large éventail d'autres objectifs, et vice versa. À ces fins, et pour la première fois, le rapport entre le handicap et la réalisation des objectifs de développement durable par, pour et avec les personnes handicapées¹ a été étudié à l'échelle mondiale dans un rapport phare des Nations Unies de 2018.

¹ Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, « United Nations Flagship Report on Disability and Development 2018: Realization of the Sustainable Development Goals by, for and with Persons with Disabilities ».

III. Situation des personnes handicapées et pratiques actuelles

A. État de santé et accès aux informations et aux services de santé

9. Pour que chacun puisse jouir du meilleur état de santé possible, il est essentiel de modifier certains déterminants tels que l'accès à l'assainissement, à des aliments et un logement salubres ainsi qu'à des informations et des services de santé de qualité, efficaces et abordables. Les personnes handicapées devraient également participer à la prise de décisions en matière de santé aux niveaux local, national et international.

10. Toutefois, l'accès aux services de santé demeure problématique pour les personnes handicapées en raison des nombreuses difficultés – en termes de disponibilité, d'accessibilité et de coût – qu'elles rencontrent sur toute la gamme des services de qualité, des limitations en matière d'assurance maladie et des obstacles juridiques, institutionnels et comportementaux ainsi que des préjugés auxquels elles doivent faire face dans le domaine de la santé. En outre, les personnes handicapées risquent, plus que les autres, de se trouver dans différents types de cadres institutionnels, formels ou non, dans lesquels il est difficile d'avoir accès à des soins de santé généraux, dispensés sur la base d'un choix libre et éclairé.

11. Les personnes handicapées peuvent mener, pour longtemps et en bonne santé, une vie active et productive. Être handicapé ne signifie pas être malade. Pour autant, les personnes handicapées étant plus exposées que la population générale à la pauvreté, à la discrimination, à la violence et à l'exclusion sociale, elles risquent davantage, de ce fait, d'être en mauvaise santé. Les personnes handicapées ont une espérance de vie plus courte que les autres et sont plus exposées aux pathologies secondaires, iatrogènes, associées ou liées à l'âge telles que dépression, douleurs ou ostéoporose². Selon des études récentes menées dans 43 pays, 21 % des personnes handicapées, en moyenne, considéraient être en bonne, voire en très bonne santé, contre 80 % pour les personnes non handicapées. En outre, 42 % des personnes handicapées considéraient qu'elles étaient en mauvaise, voire en très mauvaise santé, contre 6 % pour le reste de la population. Parmi les personnes handicapées, l'état de santé était généralement moins bon chez les femmes que chez les hommes, aux dires des intéressés, même si les données ventilées par sexe et par type de handicap restent rares. Les personnes en situation de handicap avaient tendance à se juger en plus mauvaise santé dans les pays dont le produit intérieur brut par habitant était plus faible³.

12. Les personnes handicapées ont, en matière de santé, des besoins plus importants mais qui sont moins susceptibles d'être satisfaits. Il s'agit autant de besoins courants, tels que la vaccination, le dépistage du cancer et le traitement de maladies infectieuses, que de besoins liés à des pathologies ou à des problèmes sous-jacents, tels que des soins adaptés au traitement du diabète ou de la malnutrition. Les personnes handicapées risquent non seulement davantage de voir leur état de santé se détériorer⁴, mais elles ont aussi plus fréquemment besoin de services de santé. Le

² Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Banque mondiale, « Rapport mondial sur le handicap » (Genève, 2011) ; Edward Chesney, Guy M. Goodwin et Seena Fazel, « Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review », *World Psychiatry*, vol. 13, n° 2 (juin 2014) ; Sophie Mitra, « Disability, Health and Human Development », *Palgrave Studies in Disability and International Development* (New York, Palgrave MacMillan, 2018).

³ Département des affaires économiques et sociales, « United Nations Flagship Report ».

⁴ OMS et Banque mondiale, « Rapport mondial sur le handicap » ; Tess Bright et Hannah Kuper, « A systematic review of access to general healthcare services for people with disabilities in low-

manque ou la mauvaise qualité de tels services a donc des conséquences plus dommageables pour elles. En outre, étant donné qu'elles ont plus de mal à accéder aux services de santé – généraux ou spécialisés –, les personnes handicapées y ont systématiquement moins recours lorsqu'elles en ont besoin⁵. Les personnes en situation de handicap ont, en matière de santé, des besoins particuliers qui peuvent nécessiter l'accès à des technologies ou à des appareils de rééducation et d'assistance. Néanmoins, les services de rééducation, comme la kinésithérapie, l'ergothérapie et l'orthophonie ou la rééducation auditive, ne sont pas toujours offerts aux personnes handicapées. Dans certains pays, plus de 50 % des personnes en situation de handicap qui ont besoin de services de rééducation n'en bénéficient pas⁶. Il en va de même pour certains groupes de personnes souffrant de troubles intellectuels, du développement ou psychosociaux ou de multihandicap dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Or, pour beaucoup, l'accès aux technologies d'assistance est essentiel pour vivre de manière autonome et participer pleinement à la vie en société. Toutefois, les données disponibles montrent que, dans plusieurs pays en développement, plus de la moitié des personnes handicapées qui ont besoin de tels appareils ne peuvent y avoir accès.

13. Il arrive aussi régulièrement que les personnes handicapées ne puissent pas bénéficier des informations et des soins adaptés aux mères et aux adolescents ou de tels éléments en matière de santé sexuelle et procréative. Dans les pays où le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié est comparable pour les mères handicapées et les mères non handicapées, on va également jusqu'à constater plus souvent des écarts dans l'accès à la planification familiale entre personnes handicapées et personnes non handicapées⁷. En ce qui concerne les femmes et les filles, les préjugés et la discrimination liés à la fois au handicap et au genre, comme l'idée de croire que les femmes handicapées ne sont pas sexuellement actives ou ne se marient pas, entravent l'accès des intéressées aux informations et aux services de santé sexuelle et procréative. Parfois, les personnes handicapées disent avoir peur d'accéder à ce type de services. Ces peurs sont liées aux pratiques de certains soignants, notamment aux abus et aux violations des droits liés à la procréation dont sont souvent victimes les personnes handicapées, comme la stérilisation ou l'hystérectomie forcées. Les femmes et les filles handicapées sont d'autant plus exposées aux violences et aux abus, si bien que des mesures adéquates et efficaces s'imposent en termes de prévention et de répression.

14. Les personnes handicapées ont plus de difficultés à accéder aux services de santé car elles se heurtent à des obstacles physiques, financiers et comportementaux ainsi qu'à un manque d'informations et de communication. Le manque d'accès aux bâtiments ainsi qu'au matériel de diagnostic et de traitement médical sont autant d'obstacles physiques souvent cités. Plus généralement, les problèmes que posent les moyens de transport en termes d'accès ou de coûts, les routes mal entretenues et l'absence d'installations sanitaires en milieu rural constituent, à l'évidence, des obstacles pour les personnes atteintes de déficience sensorielle, physique ou cognitive⁸. Faute d'une communication en langue des signes, la barrière de la langue entre les patients malentendants et les médecins a également des répercussions négatives sur la qualité des soins de santé en ce qu'elle entrave, notamment, le recours

and middle-income countries ». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 15, n° 9 (septembre 2018).

⁵ Bright et Kuper, « A systematic review ».

⁶ Département des affaires économiques et sociales, « United Nations Flagship Report ».

⁷ Département des affaires économiques et sociales, « United Nations Flagship Report ».

⁸ Jean-Francois Trani et autres, « Assessment of progress towards universal health coverage for people with disabilities in Afghanistan: a multilevel analysis of repeated cross-sectional surveys », *The Lancet Global Health*, vol. 5, n° 8 (août 2017) ; Bright et Kuper, « A systematic review ».

aux services préventifs⁹. La plupart des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire ne disposent pas de modes de communication améliorée et alternative ni de solutions numériques ou informatiques d'accès facilité aux services de médecine générale, spécialisée ou d'urgence. Dans certains pays, plus de 30 % des personnes handicapées déclarent ne pas avoir accès aux établissements de santé¹⁰.

15. Si les raisons pour lesquelles le taux de non-satisfaction des besoins sanitaires est plus élevé chez les personnes handicapées varient, en fonction des circonstances, d'un pays à l'autre, il n'en reste pas moins que ce sont les coûts, dans de nombreux pays, qui constituent l'obstacle majeur. Ces coûts, auxquels viennent s'ajouter l'absence de services de santé publics et d'assurance médicale, empêchent les personnes handicapées d'avoir accès aux services de santé dont elles ont besoin ou de poursuivre un traitement, une fois qu'elles l'ont commencé. À l'échelle mondiale, les ménages comptant des personnes handicapées ont généralement des dépenses plus élevées que les autres, celles-ci augmentant considérablement dans le cas des personnes souffrant de maladies chroniques, non transmissibles ou rares, ou ayant des besoins de santé permanents. Pour autant, les services d'appui financier privés ou publics existants ne couvrent pas toujours ce surcroît de dépenses, en particulier dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, si bien que les intéressés doivent prendre à leur charge des coûts exorbitants. En outre, les personnes handicapées ont souvent des ressources et des revenus inférieurs à ceux des autres personnes et sont donc d'autant plus touchées par les coûts élevés du marché et des services de santé qui restent à la charge de l'assuré, ce qui les prive des soins dont elles ont besoin.

16. De nombreux établissements de santé sont inaccessibles aux personnes handicapées et ne disposent pas de personnel formé pour travailler efficacement avec ces dernières. Le manque d'information des patients handicapés eux-mêmes sur les services mis à leur disposition constitue, également, un obstacle.

B. Pratiques actuelles en matière de santé et de handicap

17. Bien que l'on s'efforce de plus en plus de recueillir des données ventilées par handicap dans le cadre d'enquêtes nationales, par exemple au moyen du bref questionnaire sur le handicap établi par le Groupe de Washington sur les statistiques des incapacités, l'absence de données comparables sur le handicap reste un problème crucial en termes de développement. Or, seules des données de meilleure qualité, plus précises et comparables sur le handicap permettront de comprendre exactement les besoins des personnes handicapées en matière de soins de santé et d'y répondre, ainsi que de suivre et d'évaluer les progrès accomplis à cet égard.

18. Seule une petite minorité de pays a procédé à des réformes systématiques de sa législation et de ses politiques de manière à traiter directement du problème de l'accès aux services de santé. Certains pays ont adopté différentes méthodes pour garantir dans la loi l'accès aux services de santé.

19. Bien que 176 pays et l'Union européenne aient ratifié la Convention relative aux droits des personnes handicapées, seuls 10 % des États Membres, en 2014, avaient inscrit dans leur Constitution le droit à la santé des personnes handicapées et seuls six

⁹ Neuma Chaveiro, Celmo Celso Porto, Maria Alves Barbosa, « The relation between deaf patients and the doctor », *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, vol. 75, n° 1 (janv.-fév. 2009) ; Michael M. McKee et autres, « Impact of communication on preventive services among deaf American sign language users », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 41, n° 1 (juillet 2011) ; Rachel E. Hommes et autres, « American sign language interpreters' perceptions of barriers to healthcare communication in deaf and hard of hearing patients », *Journal of Community Health*, vol. 43, n° 5 (octobre 2018).

¹⁰ Département des affaires économiques et sociales, « United Nations Flagship Report ».

pays disposaient d'une loi garantissant explicitement l'accès de ces personnes aux soins de santé. Les lois et réglementations applicables à tous en matière de lutte contre la discrimination sont fréquentes, qu'elles fassent ou non référence à l'accès aux soins de santé. Elles ont toutefois une portée générale et ne s'attaquent donc pas explicitement aux obstacles propres au handicap : tout au plus offrent-elles aux personnes handicapées la possibilité de poursuivre l'État en justice. Enfin, les lois et politiques nationales relatives au handicap ou les lois relatives à certaines pathologies (telles que les lésions de la moelle épinière) ou populations (telles que les anciens combattants) qui garantissent l'accès aux soins de santé sont répandues mais disparates.

20. Dans les années 80, l'Organisation mondiale de la Santé a lancé le concept de réadaptation à base communautaire, qui vise à améliorer l'inclusion sociale des personnes handicapées et de leur famille tout en brisant le cercle vicieux de la pauvreté et du handicap. Plus de 90 pays à travers le monde, principalement des pays en développement, mettent en œuvre actuellement des initiatives de réadaptation à base communautaire. Dans ce contexte, des directives et une matrice ont été élaborées pour fournir un cadre commun ainsi que des stratégies pratiques de mise en œuvre des programmes¹¹. Un élément essentiel de ce cadre commun est la santé, dans la mesure où la réadaptation à base communautaire peut permettre de fournir des services de santé aux personnes handicapées. Ces dernières années, des concepts plus larges, tels que celui de politiques tenant compte du handicap ou celui de développement communautaire sans exclusion, qui reconnaissent la réadaptation comme un des éléments constitutifs, sont autant d'autres moyens précieux d'améliorer l'accès des personnes handicapées à des services de santé de qualité, efficaces et abordables.

IV. La voie à suivre : ne laisser personne de côté

21. Malgré le nombre croissant d'États ratifiant la Convention relative aux droits des personnes handicapées et les mesures qu'ils ont prises pour appliquer son article 25, les personnes handicapées ont encore, à ce jour, plus de mal que le reste de la population à exercer pleinement leur droit à la santé et à accéder aux informations et aux services en la matière.

22. Or, un manque d'accès à des informations et à des services de santé de qualité, efficaces et abordables, outre qu'il peut nuire à l'état de santé des personnes handicapées, peut avoir aussi de vastes répercussions dans d'autres domaines d'application de la Convention, comme le droit de participer à tous les aspects de la vie et de l'éducation et le droit au travail. Pour que les personnes handicapées puissent jouir du meilleur état de santé possible, les mesures suivantes pourraient être envisagées :

a) **Renforcer la législation et les politiques nationales en matière de soins de santé, comme le prévoit la Convention.** L'évaluation des lois et des politiques existantes devrait faire intervenir toutes les parties prenantes concernées, y compris les organisations de personnes handicapées, s'appuyer sur les informations relatives aux inégalités en matière de santé et comporter des analyses factuelles des lacunes qui affectent la prestation des services de santé et des obstacles qui, sur le plan des politiques et des législations, entravent l'accès aux services de santé. Pour optimiser

¹¹ Ces directives, élaborées par l'OMS, l'Organisation internationale du Travail, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture et le Consortium international pour le handicap et le développement, sont disponibles à l'adresse : www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/fr/.

un tel accès, les stratégies nationales pourraient assurer une protection plus large et générale du droit de jouir du meilleur état de santé possible, soit par la voie constitutionnelle, soit au moyen de lois visant à lutter contre la discrimination ou d'autres lois nationales relatives au handicap ; puis, les questions plus précises d'accessibilité pourraient être traitées, au niveau local, au moyen de réglementations et de directives ;

b) **Harmoniser les orientations et cadres mondiaux sur la santé avec la Convention.** L'élaboration de ces outils pourrait faire intervenir toutes les parties prenantes concernées, y compris les organisations de personnes handicapées, tout en accordant l'attention voulue à la satisfaction des besoins de santé de ces personnes ;

c) **Donner aux personnes handicapées les moyens de prendre en main leurs propres décisions en matière de soins de santé, sur la base d'un consentement libre et éclairé.** Les pays devraient assurer l'accès à l'information en matière de santé, notamment en rendant les moyens de communication accessibles aux personnes handicapées. Les pays pourraient également diffuser des informations sur la santé en formant les personnes handicapées et en leur fournissant un soutien par les pairs, pour les rendre mieux à même de prendre des décisions concernant leur propre santé et de savoir quels services de santé sont à leur disposition ;

d) **Lutter contre les pratiques discriminatoires dans le domaine de l'assurance médicale et promouvoir les régimes qui prennent en charge les équipements d'assistance et les services de réadaptation.** Les pays devraient s'attaquer à la question des régimes d'assurance, tant privés que publics, qui offrent une couverture limitée en cas d'antécédents médicaux, car ces pratiques discriminatoires touchent de manière disproportionnée les personnes handicapées. Qui plus est, les pratiques discriminatoires fondées sur le handicap devraient être interdites. Les pays devraient promouvoir des régimes d'assurance médicale qui répondent aux besoins des personnes handicapées, notamment en ce qui concerne les équipements d'assistance et les services de réadaptation ;

e) **Identifier et éliminer les obstacles à l'accès aux établissements de santé.** En consultation avec les personnes handicapées, les pays pourraient élaborer des directives nationales sur l'accessibilité des établissements de santé. Ils pourraient également réaliser des évaluations de l'accessibilité des installations médicales ainsi qu'utiliser des données participatives et les retours des utilisateurs pour recueillir des informations sur l'accessibilité en partant de la base. Ils devraient, enfin, veiller à ce que les personnes handicapées disposent de moyens de transport accessibles et abordables pour se rendre dans les établissements de santé ;

f) **Améliorer la couverture sanitaire et les tarifs pratiqués pour les personnes handicapées dans le cadre des dispositifs universels de soins de santé.** Les pays pourraient mettre en œuvre une couverture sanitaire universelle en définissant des mesures nationales, en consultation avec les personnes handicapées, de façon à pouvoir peu à peu rattraper le retard pris dans l'utilisation des services de santé, améliorer la qualité et la gamme de ces services et réduire les coûts associés pour les personnes handicapées ;

g) **Investir dans le personnel de santé et améliorer la prestation des services aux personnes handicapées.** Les pays devraient incorporer la question du handicap dans les programmes d'apprentissage et de formation des professionnels de la santé. Ils pourraient faire participer les personnes handicapées à la conception et à la prestation de la formation, augmenter les effectifs dans le domaine de la réadaptation, et élargir et améliorer les possibilités de formation du personnel de santé ainsi que la reconnaissance et la rétention de ce personnel ;

h) **Améliorer les analyses et les données pour surveiller, évaluer et renforcer les systèmes de santé afin d'assurer l'inclusion des personnes handicapées et de leur garantir la prestation de services de santé.** Les pays pourraient continuer d'analyser les besoins de services de santé de qualité, les moyens de promouvoir les services de santé publique et les programmes de prévention des maladies, ainsi que les obstacles auxquels se heurtent les personnes handicapées lorsqu'elles cherchent à accéder à ces services. Ils pourraient mettre en place des mécanismes de suivi et d'évaluation du système de santé afin d'observer les résultats des réformes qui sont menées dans ce domaine pour éliminer les obstacles à l'accès des personnes handicapées aux services de santé. En outre, il faudrait réaliser davantage d'études pour comprendre pourquoi les personnes handicapées se déclarent en moins bonne santé et affichent des taux de morbidité et de mortalité plus élevés. Les pays pourraient également investir dans des données ventilées par sexe et par handicap pour mieux comprendre les obstacles liés à ces catégories et mettre en place des mécanismes pour les surmonter. Ils devraient veiller à ce que les questions relatives au handicap soient intégrées dans les instruments de collecte de données existants, tels que les enquêtes démographiques et sanitaires, afin de permettre une ventilation par situation de handicap, de sorte à pouvoir, notamment, disposer de résultats comparables entre personnes handicapées et personnes non handicapées ;

i) **Tirer parti des possibilités qu'offrent les technologies novatrices.** Les pays pourraient exploiter ces possibilités pour réaliser le droit à la santé et atteindre les objectifs de développement durable liés à la santé. Dans ce contexte, il conviendrait de mettre l'accent sur les initiatives et les partenariats novateurs, inclusifs et pluripartites axés sur l'amélioration et la facilitation de l'accès aux technologies de la santé et sur la recherche en la matière.

23. Des efforts intersectoriels pourraient venir utilement appuyer les mesures susmentionnées afin de sensibiliser les décideurs, les professionnels de la santé et la société aux droits, et aux besoins, des personnes handicapées en matière d'accès aux services de santé.

V. Liste indicative de questions à examiner

24. Les participants à la table ronde sont invités à examiner les questions suivantes :

a) Quels facteurs doivent être pris en compte pour améliorer l'accès des personnes handicapées à des services de santé de qualité, non discriminatoires et abordables ?

b) Quelles mesures, lois et politiques les gouvernements doivent-ils adopter pour garantir le respect du droit au consentement libre et éclairé, sensibiliser davantage les professionnels de la santé aux services et établissements de santé tenant compte du handicap et donner aux personnes handicapées les moyens de prendre des décisions libres et éclairées en matière de santé ?

c) Compte tenu des inégalités qui prévalent dans la société, comment les gouvernements et autres parties prenantes peuvent-ils remédier aux disparités en matière d'accès aux technologies de la santé et garantir dûment l'accès aux soins de santé essentiels afin que tous les groupes de la population, y compris les personnes handicapées, puissent atteindre le meilleur état de santé physique et mentale possible ?

d) En quoi la réadaptation à base communautaire et le développement inclusif ont-ils contribué à rendre les établissements et les services de santé plus accessibles et ouverts aux personnes handicapées, et pour quelle raison ?

e) Quelles mesures spécifiques les gouvernements, les organisations internationales et la société civile peuvent-ils prendre pour accroître les possibilités offertes à toutes les personnes handicapées de bénéficier des soins de santé dont elles ont besoin ?
