



Genre, handicap et santé sexuelle et reproductive au Cameroun : implication des acteurs sociaux et rapports aux politiques publiques

Estelle Kouokam Magne*, Irène Flore Chiewouo Kuetche**
and Félicité Djoukouo***

Résumé

À partir d'entretiens menés auprès des responsables des organisations de la société civile œuvrant pour la protection des personnes en situation de handicap moteur et visuel, cet article questionne l'implication des acteurs sociopolitiques dans la promotion de la santé sexuelle et reproductive des personnes en situation de handicap, ainsi que la participation des organisations de la société civile (OSC) à l'action publique en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR). Cette étude admet que les personnes en situation de handicap sont des personnes sexuellement actives, qui ont une vie conjugale, et des besoins réellement spécifiques en matière de santé sexuelle et reproductive. Ces besoins sont superficiellement pris en compte aussi bien par les acteurs associatifs que par les politiques publiques de santé. Une faible implication qui pérennise le sentiment de stigmatisation et d'exclusion vis-à-vis des personnes en situation de handicap (PSH) des différentes parties prenantes du processus de mise en oeuvre des politiques publiques en matière de santé au Cameroun.

Abstract

Based on interviews with leaders of civil society organisations working for the protection of people with physical and visual disabilities, this article examines the involvement of socio-political actors in promoting the sexual and reproductive health of people with disabilities, as well as

* Université Catholique d'Afrique Centrale. Email: esthelka@yahoo.com

** Université de Yaoundé I. Email: kuetcheireneflores@yahoo.fr

*** Université de Yaoundé I. Email: felicite.djoukouo@gmail.com

the participation of civil society organisations (CSOs) in public action on sexual and reproductive health (SRH). This study admits that people with disabilities are sexually active, have a marital life, and have very specific sexual and reproductive health needs. These needs are superficially taken into account both by the associations and public health policies. A low level of involvement which perpetuates the feeling of stigmatisation and exclusion of people with disabilities (PWDs) among the various stakeholders in the process of implementing public health policies in Cameroon.

Introduction

Le début de la décennie 90 marque un tournant important pour la démocratie au Cameroun. Les reconnaissances publiques des droits et des libertés individuelles se manifestent également par l'adoption, le 19 décembre 1990, de la loi portant liberté d'association. Ce nouvel élan politique a vu se multiplier des organisations œuvrant dans divers domaines de la vie sociale, en l'occurrence la protection de l'enfance, l'autonomisation de la femme et particulièrement la promotion et la protection de la personne en situation de handicap. Ce domaine précis a connu, pour des raisons diverses, un foisonnement des structures associatives (Abega 1999, 2007). Cet engagement du système onusien est concrétisé à travers la tenue de multiples conférences qui vont aboutir, au fil des années, à des conventions sous lesquelles le Cameroun va asseoir nombre de politiques et plans sociaux.

Le regroupement des personnes en situation de handicap (PSH) en réseaux et en organisations constitue de ce fait une volonté sociopolitique de créer un espace pour parvenir à un changement des représentations et surtout à une meilleure considération de la personne en situation de handicap. Cette forte émulation des acteurs sociaux autour de la question du handicap se développe dans un système politique en quête de légitimité et de reconstruction. La « marginalisation sociale » et la forte stigmatisation des PSH entraînent le souci prioritaire explicite d'inclusion sociale des politiques publiques liées au handicap. Dès lors, cet article qui met en corrélation le handicap, la santé sexuelle et reproductive et les acteurs sociopolitiques sous une perspective genre a pour objectif, non seulement de remettre en cause la question des représentations sociales liées à une (non-)absence de sexualité chez les personnes handicapées physiques, mais aussi celle de la (dé)construction sociale et politique des exclusions et de la vulnérabilité de la PSH. La question centrale de cette étude est celle de savoir dans quelle mesure les organisations de la société civile camerounaises sont impliquées dans le processus de production des politiques publiques de santé reproductive au Cameroun.

Au moment où les OSC foisonnent, un constat paradoxal montre que les PSH, en tant que catégorie sociale spécifique, par leur minorité sociopsychologique, sont généralement oubliées lors de l'élaboration des politiques publiques au Cameroun. Tandis que le droit à la santé en général et particulièrement à la santé sexuelle et reproductive (SSR) constitue un droit fondamental de toute personne, très peu d'organisations associatives s'intéressent à cette dimension de la santé chez les personnes en situation de handicap. Lorsqu'elles y accordent un intérêt, aucune attention n'est accordée aux spécificités liées au genre et au type de handicap. Cette analyse permet de saisir les opportunités et les contraintes qui influencent les interactions dans le processus décisionnel en matière de santé sexuelle et reproductive au Cameroun (Mimche 2020).

À partir d'une revue documentaire diversifiée et d'entretiens réalisés auprès des responsables d'organisations de la société civile œuvrant pour les personnes en situation de handicap, cette étude s'organise autour de deux thématiques principales. Les cadres théorique et méthodologique qui fondent cette étude, et le rapport des OSC camerounaises au handicap, au genre et à la SSR d'une part. Et d'analyser leur implication dans le processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des politiques publiques en matière de santé au Cameroun d'autre part.

Revue théorique et méthodologique d'analyse

Pour mieux cerner la pertinence du développement des analyses faites des données primaires collectées, la construction préalable de l'ancrage scientifique de cette étude s'est faite à partir d'un positionnement théorique et méthodologique. La section qui suit porte sur quelques orientations de la revue de la littérature, les techniques d'expérimentation et celles d'analyse.

Éléments de littérature scientifique sur le genre, le handicap et les politiques publiques

Les recherches sur la condition sociale de la personne handicapée sont rares au Cameroun et en Afrique subsaharienne en général; et celles qui existent s'appesantissent davantage sur la dimension individuelle du handicap, orientée vers la psychologie et l'éducation. Très peu mettent en exergue l'intérêt structurel et politique ou encore la sexualité des PSH. Bremer, Cockburn et Ruth (2010), ayant analysé la santé reproductive des femmes vivant avec un handicap physique dans la région du Nord-Ouest du Cameroun, reviennent principalement sur la question éducative dans leurs résultats. Ils montrent que la plupart des femmes handicapées ne reçoivent

pas une éducation de base à la santé reproductive et sont confrontées à des grossesses non planifiées. Des faits qui remettent en cause la situation sanitaire de la personne handicapée au sein de la société camerounaise et spécifiquement celle de la femme. Cependant, la santé reproductive et particulièrement la sexualité des personnes en situation de handicap ont été mises en exergue de façon générale. De nombreux auteurs (Heraud 2004 ; Giami *et al.* 1993 ; Ravaud *et al.* 2002) soutiennent la thèse selon laquelle les femmes handicapées feraient face à une double discrimination et ne seraient très souvent pas prises en compte dans les politiques liées à la santé de la reproduction, car elles sont considérées comme asexuelles et ne sont pas concernées par ces politiques sanitaires. Ils montrent que l'analyse de la sexualité en termes de construction sociale exige de prendre en compte l'hétérogénéité des dimensions d'organisation sociale, politique et économique en présence. Mac-Seing et Zarowsky ont entrepris d'examiner comment les intersections entre le genre et le handicap en matière de santé reproductive en Afrique subsaharienne sont discutées. Elles montrent que «les rôles genrés des personnes handicapées sont programmés par la normativité socioculturelle, exacerbés par l'hégémonie du capacitisme et modulés par le type de problème de santé reproductive concerné». De même, leurs études témoignent surtout que «les expériences du handicap, en interaction avec un enjeu de santé reproductive, sont exacerbées par le type de handicap, modulées par le type de barrières, et perçues de différentes manières selon les acteurs impliqués.» (Mac-Seing & Zarowsky 2017:909)

L'analyse sociologique du handicap, oscillant entre le biologique et le social, met en exergue à la fois les constructions sociales et les structures au sein desquelles ces interactions se construisent. Le caractère universel (Stiker 1997) et multidimensionnel (Olivier 1996) de la déficience fait de ce dernier une contrainte inhérente à l'expérience humaine. Dotées d'une visibilité évidente, les personnes vivant avec un handicap physique sont socialement stigmatisées (Goffman 1963) et même considérées comme déviantes (Becker 1963). Ce clivage social entre une catégorie de personne jugée «normale» et une autre jugée «anormale» (Boucher 2003) entraîne au sein de cette classe sociale, un sentiment d'exclusion (Barnes & Olivier 1993). Toutefois, pour Boucher (2003:151), la difficulté des pouvoirs publics à transformer ces représentations sociales constitue un facteur d'amplification de ces stigmates, car, souligne-t-il, «ce n'est pas le fait que la personne ait une déficience quelconque qui fait d'elle une personne handicapée, mais plutôt l'échec de la société capitaliste à répondre à ses besoins».

Les productions scientifiques sont orientées vers une logique fonctionnelle de négation de l'inclusion de la SSR des handicapés dans l'élaboration des politiques publiques. Une situation qui nourrit une représentation de la

personne handicapée comme dépendante et surtout vulnérable, impactant ainsi son intégration globale au sein de la communauté. On arrive dès lors à conclure avec Foucault (1997) que ce n'est pas tant la déficience ou l'incapacité qui « pose problème à la politique » que la personne frappée par elle. La personne, souligne cet auteur, « n'existe pas sans un rapport à des structures, des exigences, des lois, des réglementations politiques qui ont pour elle une importance capitale » (Foucault 1994:594).

Nkwenkeu (2014), dans son étude sur l'évaluation des politiques publiques de santé au Cameroun, constatait déjà une aggravation des inégalités de santé du fait des choix politiques portés sur l'efficacité des services sans prise en compte des facteurs qui soutiennent la demande, et des formes d'organisation de la santé qui découlent d'une traduction imparfaite des grands principes internationaux.

Positionnement théorique : construction des politiques publiques de santé et de handicap à partir de l'action stratégique des mouvements sociaux

Cette recherche s'appuie sur les courants théoriques issus de la sociologie des mouvements sociaux telle que développée Brasseur et Nayak (2018), ainsi que l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977). En effet l'approche des mouvements sociaux permet ici d'une part de voir comment les organisations de la société civile camerounaise se sont emparées des questions du handicap, de distinguer sa place dans le militantisme féministe (Brasseur & Nayak 2018:4) et surtout la place de la sexualité de la personne handicapée. D'autre part, elle amène à comprendre le rôle des mouvements associatifs en tant que partie prenante (Freeman 2010; 1984) au processus décisionnel des politiques de santé sexuelle et reproductive à l'intention des personnes en situation de handicap au Cameroun. D'emblée, depuis son avènement aux États-Unis à la fin de la Seconde Guerre mondiale, les analyses sur les politiques publiques se sont multipliées et transformées (Nguelieutou 2008), tout en se diversifiant en fonction des contextes sociogéographiques et des champs d'approche. Des pionniers tels que Lasswell (1951) ou Dye (1972), aux contemporains à l'instar de Muller (2005), Zittoun (2015), en passant par des nationaux (Sindjoun 2002), Enguéléguélé (2005) ou encore Nkwenkeu (2014), un consensus sur la définition du concept de politique publique, comme dans le cas du handicap, demeure problématique au regard des angles d'analyse (Zittoun 2017). Ces auteurs partagent relativement l'avis selon lequel la politique publique décrit l'action de l'État ou d'une autorité publique. Elle est constituée de textes et de personnes et vise un objectif précis. Mais surtout, elle prend place au bout d'un long processus impliquant divers acteurs.

Toutefois, de sa mise à l'ordre du jour jusqu'à la mise en œuvre, la coopération entre les différents acteurs dans un champ de lutte pour des intérêts singuliers (Crozier & Friedberg 1977) demeure compliquée. L'implication de chaque partie prenante (Pesqueux 2017) au processus reste influencée par le degré de pouvoir – au sens de Dahl (1971) – dont dispose chaque acteur. L'interconnexion entre les acteurs associatifs et les pouvoirs politiques dans le processus de production des politiques en matière de SSR pour la classe sociale des PSH constitue un enjeu capital (Mercier 1999). Cela aussi bien pour les associations qui se battent pour une cause définie, que pour les pouvoirs publics, pour qui les questions de santé et de handicap constituent des enjeux avant tout politiques. Des intérêts convergents ou divergents influencent considérablement la « proximité » ou la « distance » (Pesqueux 2017:4) entre les parties impliquées à l'élaboration des politiques publiques. Toutefois, ces intérêts étant « irréconciliables par nature » (Rocher 1966:112) du fait des ambitions des uns et des autres, il se développe dans le champ de l'élaboration de politiques sociales, des stratégies de la part de chaque partie, lesquelles influencent les considérations du politique au handicap ainsi qu'à sa vie sexuelle et reproductive. Chaque acteur (Crozier & Friedberg 1977) y joue un rôle sur la base de ses représentations et de ses intérêts. Dès lors, la capacité des organisations de la société civile camerounaise à négocier leur implication dans le processus de construction des politiques publiques dépend incontestablement des objectifs, des ressources, des opportunités et des compétences dont font preuve les leaders associatifs pour maintenir ou transformer la situation.

Ainsi, l'analyse sociologique des mouvements sociaux au travers des OSC a permis de comprendre leur niveau de mobilisation, le militantisme politisant qui les caractérise en rapport avec la (re)construction identitaire et les autres formes de construction des capitaux symboliques. L'analyse stratégique a permis de saisir les marges d'incertitude et les stratégies qui président aux logiques de réfraction par rapport aux objectifs d'accompagnement ou de prise en charge des PSH.

Le terrain et ses vérités : cible, techniques d'investigation et d'analyse

Les rapports de genre, tout comme les questions de handicap, constituent des constructions sociales complexes et la description des faits qui en découlent implique la prise en compte d'un certain nombre de procédés méthodologiques. Cette étude se focalise sur le handicap physique, c'est-à-dire le handicap moteur et le handicap visuel. L'étude a été réalisée dans la ville de Yaoundé. Le choix de la ville de Yaoundé (capitale politique du Cameroun, à démographie cosmopolite) comme zone de l'étude a permis

de rencontrer diverses organisations œuvrant pour les populations des différentes régions du Cameroun. Ce choix a aussi facilité la prise en compte et la représentativité géographique et socioreligieuse dans la sélection des organisations-témoins. Les données issues de la revue documentaire, de l'observation directe et des entretiens semi-directifs ont permis d'étudier le phénomène thématisé. Les organisations de la société civile ont été choisies à partir de deux bases de données obtenues auprès des responsables du Centre national de réhabilitation des personnes handicapées de Yaoundé et du Centre d'accueil Promhandicam. Les répondants ont été choisis à partir d'un échantillonnage dit à choix raisonné (Thiétart *et al.* 1999) et les entretiens se sont déroulés en fonction de leur disponibilité et de leur consentement à participer à l'étude. Au final, dix-neuf (19) responsables d'organisation ont effectivement pris part à l'étude, dont huit (8) femmes et onze (11) hommes. Parmi ces organisations, seize (16) sont celles des PSH, tandis que trois (3) sont des associations œuvrant pour la personne handicapée. Dans cet échantillon, neuf (9) organisations traitent essentiellement du handicap visuel, tandis que sept (7) regroupent les personnes en situation de handicap moteur. Nous avons eu recours à la méthode d'échantillonnage dite « boule de neige » pour mobiliser les répondants. Après la phase de collecte des données, les entretiens enregistrés sur des dictaphones ont été transcrits dans un fichier Excel et interprétés à partir d'une analyse thématique et manuelle.

D'un point de vue collectif et politique, une multiplication exponentielle des structures associatives de promotion et de protection de la personne handicapée s'observe au Cameroun et précisément à Yaoundé. Les deux sections qui suivent rendent compte objectivement du rapport entre les organisations et la SSR des personnes en situation de handicap, en liaison avec les politiques publiques.

Le rapport au genre, au handicap et à la santé sexuelle et reproductive au sein de quelques organisations de la société civile au Cameroun

Au Cameroun comme ailleurs, les développements autour des PSH, les itinéraires de l'imaginaire (Vanbremeersch 1999), quoique diversement illustrés, ont une unicité sémantique : les PSH ne seraient pas sexuellement actives, et par conséquent ne sont pas concernées par les problèmes de SSR. À cet effet, la pratique sexuelle et la santé reproductive des hommes et des femmes en situation de handicap sont devenues un objet de curiosité. Cette perception de la PSH et de sa sexualité influence dès lors le rapport des acteurs sociaux et principalement celui des politiques à la SSR de cette catégorie sociale. Une « sexualité des handicapés » (Giami & Colomby 2008:5) très spécifique,

construite à partir d'une représentation générale bien ancrée dans un modèle de blessure psychique, somatique et fonctionnelle (Ciprut 2007) aussi bien par les individus que par les organisations sociopolitiques. Cette section est structurée autour des trois objectifs suivants : identifier et caractériser les OSC dont la raison d'action est orientée vers le champ thématique du handicap ; expliquer les pratiques ou la perception de l'inclusion du handicap dans l'approche genre des associations spécialisées et analyser la capacité réelle de ces associations à défendre des projets relatifs à la SSR des PSH.

Le handicap au sein des OSCs camerounaises : profils des acteurs et logiques planificatrices

Actuellement, au Cameroun, la prolifération des structures associatives de promotion et de protection de la PSH est de mise. Les profils identitaires et hiérarchiques, les modes de fonctionnement, principalement centrés sur la « capture des fenêtres d'opportunités » (Ngueulieu 2016), tout comme les missions de ces organisations, concourent à comprendre leur rapport non seulement à la santé sexuelle et reproductive, mais surtout à la politique publique. La constitution des personnes en situation de handicap en association faisant de la question même du handicap un enjeu politique, cet aspect politique aux allures multiples se manifeste à travers les mobilisations associatives (Baudot, Borelle & Revillard 2013:1), la construction de l'ensemble des dispositifs de l'action associative, ou encore dans les relations entre ces organisations, les populations handicapées, et leurs besoins spécifiques en matière de santé sexuelle et reproductive.

De prime abord, le bien-être de la PSH et son autonomisation sociale constituent les principales raisons d'être des organisations œuvrant pour la PSH au Cameroun. À l'exception de quelques-unes, dont la mission est définie autour d'une thématique précise, telle que l'accès aux TIC, l'agriculture ou les pratiques médicales, la promotion de l'insertion sociale de la PSH constitue une priorité pour les OSC camerounaises concernées. C'est ce qui se dégage du propos de l'une des leaders :

Elle a été créée sur la base d'un constat : le premier constat est que les personnes handicapées n'arrivaient pas à exprimer leur besoin. Des décisions étaient prises à leur place, des décisions qui parfois n'étaient pas adaptées à leurs besoins. (Adé, leader d'association, PSH moteur et artisane, Yaoundé, novembre 2019)

À l'analyse, il est constaté que les priorités de regroupement des personnes en situation de handicap physique en OSC concernent la lutte contre la mendicité et l'oisiveté, l'intégration politique, économique, sociale et

culturelle de la personne handicapée, la formation et l'encadrement, l'insertion « professionnelle », la promotion de la solidarité, l'entraide, l'autonomie.

Plus d'une dizaine d'organisations ont des objectifs identiques ou conciliables. Bien que se clamant toutes inclusives, c'est-à-dire ouvertes aux personnes ne vivant aucune situation de handicap, elles sont majoritairement dirigées par des PSH elles-mêmes. La liberté d'association laisse ainsi la latitude à chaque personne de créer sa petite organisation, de recruter autant qu'il peut des membres, de fixer ses objectifs à partir de ses intérêts propres et d'agir en fonction de ses aspirations. Les entretiens menés auprès des membres et des partenaires nous ont permis de confirmer ces observations relatives à la volonté inclusive. Comme l'affirme une source :

L'association est ouverte à tout le monde. Même s'il y a toujours ce questionnement de savoir s'ils sont concernés. (Rapha, leader d'association des PSH et écrivain, Yaoundé, novembre 2019 ; v. aussi Kiba, directeur administratif et financier d'une ONG de PSH, Yaoundé, octobre 2019)

Cette fixation permet de comprendre les logiques qui orientent et déterminent les activités des OSC à travers leur capacité d'autolégitimation préalable, à travers la circonscription du domaine de compétence, et en développant ses propres logiques, pouvant d'ailleurs n'être qu'occasionnellement convergentes avec celles des pouvoirs publics (Commaille 2009:145), mais avec des objectifs en faveur d'une prise en compte des spécificités liées au handicap.

La question de genre dans le mouvement associatif des PSH au Cameroun

De nombreuses recherches se sont attelées à présenter des disparités entre hommes et femmes en situation de handicap en général et particulièrement en matière de SSR. A. Sow (2006) a fait remarquer que dans un contexte de précarité avancée et de désir d'accéder à une vie sexuelle et maritale du fait d'une certaine pression sociale symbolique, les femmes ayant des incapacités sont davantage exposées aux chantages sexuels et à la prostitution clandestine. De même, à l'issue d'une étude réalisée auprès des femmes en situation de handicap moteur et visuel, il ressort que les femmes en situation de handicap sont majoritairement convoitées pour un but sexuel et « pour des raisons d'ordre surnaturel » (Yemtim, Soubeiga & Rossier 2005:67). Par ailleurs, comme le font remarquer Dowse *et al.* (2016) dans le cadre d'une étude en Australie, aux caractéristiques transposables au Cameroun, « les filles et les jeunes femmes handicapées courent un plus grand risque face à la violence que leurs pairs masculins handicapés ou que les filles et jeunes femmes n'étant pas en situation de handicap ».

Dans le contexte associatif camerounais, parler de genre revient à parler des femmes, bien que l'approche soit de plus en plus élargie à la prise en compte des minorités sociologiques, par l'intégration des catégories sociales défavorisées comme les PSH et les enfants de la rue, les autochtones minorisées comme les Pygmées, les hommes violentés (Ndjah Etole & Batibonak 2019). Et en ce qui concerne les PSH, elles sont généralement considérées comme une entité uniforme. Au regard de la cible qui intéresse les organisations qui œuvrent pour cette catégorie, d'après les membres, aucune distinction n'est généralement faite dans l'élaboration des besoins des hommes ou des femmes en situation de handicap. La question du handicap est abordée dans ces organisations de façon globale ; ni en fonction du genre ni même en fonction du type de handicap. Pourtant, dans leurs discussions quotidiennes en dehors du cadre associatif, certains membres soulignent que les situations et les besoins des PSH ne sont pas identiques. Ce qui rejoint, dans une considération de rapport social de sexe, cette affirmation de Heraud (2004) : « on ne vit pas de la même manière son handicap, selon qu'on est une femme ou un homme ».

Le rapport de l'enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS 2011) au Cameroun montre que plus de 5 pour cent de la population du Cameroun souffre d'au moins un handicap : les déficiences sensorielles (visuelles et auditives, 3,5 %) sont les plus fréquentes, suivies des déficiences motrices (1,6 %), 0,5 pour cent des personnes ayant des troubles du comportement et 0,4 pour cent une perte de certaines extrémités du corps. Globalement, la maladie est la principale cause des handicaps. Au regard des trajectoires causales, Harrati (2013) propose une diversification des trajectoires thérapeutiques en fonction du vécu des porteurs relatif à leurs contextes spécifiques – au rapport à leur propre déficience et aux spécificités des fonctions bio-sexuelles et socio-sexuelles, précisent Deschamps *et al.* (2013).

Dès lors, dans un contexte démocratique camerounais, complexe et limité, où la vie quotidienne (Javeau 2011), au-delà des discours politiques, présente sans cesse un système de santé aux ressources insuffisantes ou inadéquates (Saillant 2003:2), questionner le niveau d'implication des organisations dans la question sexuelle et reproductive de ce groupe social pourrait constituer le point de départ de sa prise en compte par les pouvoirs publics et de la déconcentration du processus d'élaboration des politiques sociales en matière de santé. Il s'avère donc important pour les organisations de la société, pour cette catégorie comme pour celle de la population générale, de tenir compte non seulement du type de handicap, mais surtout du sexe et des rapports sociaux y relatifs (Traoré 2019).

La santé sexuelle et reproductive des PSH au Cameroun : une préoccupation des OSC?

Bien qu'elles soient toutes d'accord sur le fait que la personne en situation de handicap ait évidemment des besoins spécifiques en termes de santé sexuelle et reproductive, comme c'est d'ailleurs le cas pour plusieurs autres besoins chez cette catégorie sociale, l'observation des missions des OSC laisse entrevoir que celles-ci accordent un intérêt moindre à la question de la SSR. Lorsqu'elles s'y intéressent, cette problématique reste abordée de façon superficielle. Un responsable s'exprime à ce sujet :

De la santé sexuelle et reproductive, on en parle. Mais le problème est que dans notre société, le sexe demeure un sujet tabou. Beaucoup ne sont pas à l'aise lorsqu'il s'agit de parler du sexe en public. Ce qui fait qu'il y a des astuces qu'on utilise. S'il y a des productions sur la sexualité, au lieu d'en parler, on préfère les distribuer. Nous faisons des campagnes, et chaque année, nous participons à la campagne Vacances sans Sida avec les Synergies africaines. (membre d'une association des PSH, Yaoundé, novembre 2019)

Cette insuffisante prise en main de la SSR des PSH au sein des organisations dont elles sont principalement membres est justifiée par l'appropriation des jugements sociaux, de la culture ambiante centrée sur les représentations sociales des sexes et des agir sexués à partir des stéréotypes sexo-spécifiques tabouisant (Schaeffer 2015). C'est ce qu'explique une PSH en ce sens :

Les personnes handicapées sont reléguées au dernier plan en ce qui concerne l'éducation sexuelle. Elles sont oubliées, ne sont pas considérées comme des personnes ayant une vie sexuelle. On pense qu'elles ne peuvent pas assumer la vie sexuelle avec tout ce que ça comporte comme désir, et acte, comportements, attitudes, positions et responsabilités sexuels. (PSH visuel, enseignante, Yaoundé, octobre 2019)

En fait, pour cette association ayant pour centre d'intérêt la promotion des droits des PSH, les débats sur la santé sexuelle et reproductive sont des situations inopinées de divertissement. Comme le souligne cette responsable d'une association

il n'y a pas un volet spécifique sur la santé sexuelle et reproductive. La question de la SSR est parfois abordée au niveau de la cellule d'écoute avec le psychologue qui encadre les enfants et les familles. (PSH visuel et enseignante, Yaoundé, octobre 2019)

Les causeries éducatives, bien que faisant partie de la plupart des plans stratégiques de ces organisations, sont aussi des occasions de partage d'informations et d'expérience sur la vie sexuelle ou surtout conjugale,

notamment sur les sujets relatifs à l'éducation sexuelle, l'hygiène menstruelle, l'éducation des jeunes filles contre les abus et pour la promotion de l'abstinence.

De ce fait, il est induit que les OSC ne sont davantage sollicitées ou concernées que dans la seule action de sensibilisation. Cette faible communication intraorganisationnelle affaiblit le niveau de « dévulnérabilité » escompté, avec pour conséquences majeures l'augmentation de l'occurrence des grossesses non désirées.

La faible efficacité des activités sensibilisatrices qu'organisent les associations est liée, au-delà de l'insuffisance considérable de compétence, à des difficultés d'accès, voire à l'inexistence de ressources logistiques et techniques importantes relatives aux stratégies adoptées en fonction des objectifs visés, notamment l'autonomie de contrôle de la SSR-PSH.

Comme le relève un autre leader d'association :

Il n'y a pas de traduction en langue des signes pour les déficients auditifs. Il y avait un magazine nommé 100 % Jeunes qui abordait beaucoup la question de santé de la reproduction, mais il n'y a jamais eu une copie en braille. C'est ce qui fait que les personnes handicapées soient moins informées, moins éduquées en santé sexuelle et reproductive, parce qu'elles n'ont pas toujours ces informations. (PSH visuel, journaliste, Yaoundé, novembre 2019)

Le problème est encore plus important chez les femmes en situation de handicap, qui comme le font remarquer certains responsables, sont plus vulnérables que les hommes, mais surtout n'ont généralement aucune emprise sur leur santé sexuelle et reproductive. Malgré le fait qu'elles soient fortement exposées aux risques liés à l'activité sexuelle, en raison de leur vulnérabilité physiologique, de leur comportement sexuel à risque, de leur faible accès à l'information et aux services de planification familiale, de leur précarité socio-économique, elles ne constituent pas une priorité pour les organisations de développement. La société et surtout la famille semblent négliger les besoins en santé sexuelle et reproductive des personnes en situation de handicap. Une leader d'association l'exprime en ces termes :

Une fille handicapée, à partir de 27 ans, pense surtout à faire un enfant parce qu'elle se questionne « et si la ménopause se pointe à ma porte ! » Il y a aussi la pression de la famille qui lui dit nous ne serons pas toujours là pour t'aider, accouche un enfant qui sera ton guide. Elle se dit bon ! J'accouche avec quelqu'un, même s'il ne m'épouse pas, ce n'est pas grave ! Elle est prête à prendre tous les risques. (Une responsable d'association, PSH moteur, artisane, Yaoundé, novembre 2019)

Les femmes en situation de handicap, malgré les abus dont elles font l'objet, se voient dès lors privées de leur droit de prendre des décisions

pour elles-mêmes en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive, ce qui augmente leur degré de vulnérabilité, d'exclusion, mais surtout leur susceptibilité dans les interactions sociales (Begum 1992:72-73) dans un contexte favorisé par l'absence d'une mesure coercitive efficace de suivi en faveur de la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive de la femme handicapée, pour réduire cette vulnérabilité. C'est dans ce sens qu'une autre handicapée fait savoir que ses camarades se sentent généralement dans un état de faiblesse et de dévalorisation qui fait qu'elles sont amenées à accepter n'importe qui pour un peu de tendresse, d'affection. Certaines, dit-elle, se laissent facilement approcher juste parce qu'on leur a accordé un peu d'attention qui peut ne pas être vraie, car la proximité est parfois motivée par la curiosité.

Aux facteurs ci-dessus mentionnés s'ajoute l'appropriation ou tout au moins l'intégration psychique de la marginalité sociale des PSH et l'existence de représentations figuratives internes, du fait de leur déficience physique, qui constitue un énorme « poids » pour leur épanouissement sexuel et reproductif. Afin d'éviter de contribuer à entretenir des stéréotypes (Ravaud & Ville 2003:594) et si l'on admet le principe induit dans le discours des agences internationales, selon lequel « l'amélioration de la santé de la reproduction en Afrique subsaharienne passe par un meilleur équilibre du pouvoir entre hommes et femmes » (Adjamagbo & Guillaume:12-13), il importe pour les parties prenant part au processus de valorisation de la santé sexuelle et reproductive des PSH de mettre, aussi bien dans les expériences collectives de recherche qu'au niveau des modalités politiques d'intégration des personnes handicapées, l'accent sur une approche genre véritablement intersectionnelle. Étant donné que « femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap » (Cambois, Desesquelles & Ravaud 2004:3). Étant donné qu'aussi bien en matière de procréation, de contraception ou de fécondité, d'accès à l'information ou au service, les besoins varient chez cette catégorie sociale en fonction du sexe et du type de handicap. Ce qui n'est pas toujours pris en compte, aussi bien par les organisations que par les plans politiques. Comme le démontrent Brasseur et Nayak (2018), en matière de sexualité ou de reproduction, on pourrait difficilement imaginer une « culture sexuelle » commune à l'ensemble des personnes en situation de handicap. Ainsi, la santé sexuelle et reproductive des personnes en situation de handicap comme enjeu public suppose en effet de poser la spécificité de ce champ par rapport à d'autres espaces connexes d'action publique, en l'occurrence l'éducation, l'autonomisation ou alors l'insertion socioprofessionnelle, tels qu'ils sont implémentés aussi bien par les acteurs associatifs que les plans d'actions publiques existants.

Les analyses précédentes ont permis de constater les limites très profondes dénotant une inefficacité réelle des faibles actions entreprises. L'implication effective de ces acteurs dans les politiques publiques concernant ce domaine de la santé reste à débattre.

Les OSC dans les politiques publiques de la SSR des PSH : entre démission, fabrique politique et engagement réel

Le Cameroun, dans sa volonté d'impulser un développement inclusif et durable, a défini un certain nombre d'instruments réglementaires et juridiques qui encadrent les actions des associations et structures d'accompagnement des PSH. Nous avons notamment le décret de 1977 relatif aux conditions d'ouverture et de construction des centres spécialisés et œuvres sociales privées, la loi n° 90/053 du 19 décembre 1990 sur la liberté d'association, la loi n° 2010/002 du 13 avril 2010 portant protection et promotion des personnes handicapées et son décret n° 2018/6233 du 26 juillet 2018 fixant les modalités d'application de ladite loi. La présente section examine l'implication des OSC de promotion des personnes en situation de handicap dans le processus de cette politique publique.

Cadre juridico-institutionnel international et national de légitimation de l'apport des OSC à la promotion des droits des catégories sociales vulnérables en matière de SSR

Cet axe argumentatif a pour ambition de mettre en exergue la place légitime, institutionnalisée, des OSC dans la promotion de l'intégration et l'accompagnement des citoyens, principalement les couches vulnérables. Cela constitue un préalable important à l'évaluation de leur implication dans les politiques publiques. En effet, Abega (2007:83-84) souligne que :

La légitimité politique est une stratégie qui devrait permettre de « libérer » la société civile, de rendre le pouvoir à la population, afin de mettre en œuvre des programmes de développement grâce au renforcement d'organismes à la base et notamment ceux capables de promouvoir l'esprit d'entreprise à la base.

Cette décision est au centre de l'accord de Cotonou et du consensus de Washington (Commission Européenne 2000, 2005, 2010, 2014). Il est à noter que cette réorientation stratégique intervient surtout à la fin de la guerre froide et vise à intégrer les associations de développement dans l'agenda libéral que promeuvent ces institutions. S'il faut dès lors reconnaître que « l'émergence repose sur une société civile forte indépendante » (Mengue 2004:13), c'est par rapport à ce cadre et aux attentes sociales qu'il convient de mesurer la performance réelle de ces organisations à but non lucratif.

Dans ce sillage, la Conférence internationale sur la population et le développement tenue au Caire en 1994 considère d'une part le « droit à la contraception et à l'avortement, et d'autre part [...] l'accès à des services de santé de qualité et le refus des stérilisations forcées » (Adjamagbo et Guillaume 2001:147). La quatrième Conférence mondiale sur les femmes de 1995 à Pékin, quant à elle, s'intéresse particulièrement aux droits en matière de santé reproductive et admet ceux-ci comme des droits de l'Homme déjà reconnus dans les législations nationales. Tous ces instruments internationaux ont contraint les pays à mettre sur pied et améliorer les documents stratégiques de santé. Toujours dans ce sillage du social et surtout dans la prise en compte des groupes « vulnérables » et « stigmatisés », la convention relative aux droits des personnes handicapées sera adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies en 2006. Cette convention stipule d'ailleurs dans son préambule que « les personnes handicapées devraient avoir la possibilité de participer activement aux processus de prise de décisions concernant les politiques et programmes, en particulier ceux qui les concernent directement » (ONU 2008:2). Elle met également l'accent sur le fait qu'elles devraient toutes pouvoir accéder à une meilleure santé (Article 25:19), y compris des services de santé sexuelle et génésique, ainsi que des programmes de santé publique communautaires. L'État devra consulter étroitement et faire activement participer les PSH, y compris les enfants handicapés, par l'intermédiaire des organisations qui les représentent (Article 25a:19).

Cette convention a ainsi influencé l'adoption, par l'État du Cameroun, de la loi n° 2010/002 du 13 avril 2010 portant protection et promotion des personnes handicapées au Cameroun, et plus tard son document de politique nationale et son plan d'action 2017-2021.

La prise en compte des OSC lors de l'élaboration des politiques publiques en matière de santé sexuelle et reproductive, lorsqu'il s'agit des personnes en situation de handicap, revient à mettre les parties « dominantes » (Mitchell, Agle & Wood 1997) à l'intersection des critères de pouvoir et de légitimité. Il s'agit aussi de mettre les autorités à l'intersection des expériences et des résistances de sujets politiques marginalisés (Hooks 2000) et également des rapports de pouvoir à l'intersection des rapports liés au genre et au type de handicap. Il est dès lors question de « décrire la position de groupes et d'individus en décalage par rapport à un système de cadrage politique ou juridique » (Chauvin & Jaunait 2015:55), de relever les « dilemmes stratégiques et identitaires » que rencontrent spécifiquement les organisations de défense des hommes et des femmes en situation de handicap physique en matière de gestion, par les pouvoirs publics, de la santé sexuelle et reproductive de cette catégorie sociale. Cela du fait de leurs besoins spécifiques, parfois rendus invisibles (Purdie-

Vaughns & Eibach 2008) par le système de représentation qui domine leur environnement et les effets liés à leur cooptation et leur politisation.

Implication des OSC dans le cycle de gestion de la politique publique en matière de santé de la reproduction au Cameroun

Suite à la crise économique des années 1980, l'État a réduit ses engagements sociaux. Ce qui a accru la paupérisation des populations et a élargi la collaboration entre les pouvoirs publics et les organisations de la société civile (Abega 1999). C'est dans ce sens que s'observe avec Damon (2008:49), que la « prise en charge des exclus – de toute nature – se déploie à partir de l'imbrication du secteur public et du secteur privé » : « Cette imbrication est devenue si poussée qu'il semble plus opportun de parler d'un appariement (l'un ne va plus sans l'autre) ; et même d'une agrégation (les deux sont assemblés dans un tout) des deux logiques d'intervention ». La production d'une politique publique repose sur un cycle non linéaire. Le cycle des politiques publiques renvoie aux différents moments qui marquent leur développement, de leurs origines à leur évaluation en passant par leur mise en œuvre (Boussaguet, Jacquot & Ravinet 2006). Cette implication est évaluée aux phases principales et globales de ce cycle de gestion.

Les OSC des PSH dans la phase d'élaboration de la politique de SSR

L'analyse des entretiens avec les PSH a permis de constater que les pouvoirs publics, dans leur effort de développement participatif et inclusif, impliquent les OSC dans l'élaboration des politiques afférentes à la SSR. Cependant, ces organisations de promotion et de protection des personnes vivant une situation de handicap restent faiblement intégrées. L'extrait de verbatim de l'un des responsables d'association interviewés (PSH moteur et sculpteur, Yaoundé, novembre 2019) en est révélateur :

J'ai participé à certaines rencontres qui étaient destinées à donner notre avis sur l'élaboration des politiques publiques. Nous avons donné notre avis sur la convention qui est devenue la convention internationale des personnes handicapées en 2008. Nous avons aussi donné notre avis sur la loi camerounaise portant promotion et protection des personnes handicapées de 2010 et son décret d'application de 2018. Toutefois, notre point de vue n'est pas toujours pris en compte.

Cependant, comme le fait remarquer une autre responsable d'association des PSH,

lorsque le ministère de la Santé veut travailler, et c'est le cas pour tous les ministères, il se rapproche plutôt du ministère des Affaires sociales. Les

associations des personnes handicapées dans le domaine de la santé de la reproduction comme dans bien d'autres domaines sont très peu consultées.» (PSH visuel et journaliste, Yaoundé, novembre 2019).

Dès lors, la volonté des pouvoirs publics à impliquer les OSC de personnes en situation de handicap dans la phase d'élaboration de la politique publique en leur faveur reste insuffisante. Les OSCs interrogées décrivent le fait que, bien qu'elles soient parfois impliquées de façon non objective, leurs observations ne sont pas prises en compte. Plus précisément, explique un autre responsable d'association :

Nous avons pris part à une consultation sur l'élaboration d'une carte pour personnes handicapées. Une carte à présenter à l'hôpital pour des consultations, à la pharmacie, etc., afin de bénéficier d'un certain nombre de facilités. Mais, depuis que nous avons fini, c'est dans les tiroirs.

Les OSC des PSH dans les phases de mise en œuvre et de suivi-évaluation des programmes, projets et activités de la politique de SSR

La phase de mise en œuvre représente l'étape opérationnelle, exécutoire de la politique publique. C'est l'étape d'implémentation des actions adoptées et consignées dans le plan programmatique. À ce niveau, les pouvoirs publics ont besoin de s'appuyer sur des partenaires tels que les OSC, pour des activités spécifiques. Les actions prioritaires constatées lors de nos investigations concernant la mise en œuvre de la politique publique en matière de SSR au Cameroun sont la sensibilisation, la prise en soin et d'autres formes de prise en charge socioaffective. Pour les acteurs institutionnels interrogés, seules les activités liées à la communication sont prioritairement confiées aux organisations de la société civile, parce que la prise en soin est assurée par le plateau technique médical, dont l'implication est régie par les normes et la déontologie du secteur de la santé publique. Pourtant, d'autres aspects portant sur les divers conseils liés aux trajectoires et itinéraires thérapeutiques pourraient également être gérés par les groupes de pairs et les familles des PSH. Pour celles-ci, et comme le montrent Mimche et Djouda (2018), les acteurs familiaux et les pairs sont porteurs de savoirs, de logiques sociales et d'expériences dans la prise en charge de pathologies, et participent à la production et à la régulation du système des soins. Actrices du système de soins, la famille et les organisations de proximité en sont aussi productrices et consommatrices. Elles interagissent et déterminent les divers modes de production des soins.

La phase de suivi-évaluation est un méta-processus (Lemieux 1995) pouvant se dérouler à chaque instant d'une politique publique (Ridde, Beland & Lacouture 2016). L'évaluation des politiques existantes est

également une source possible de leçons et d'arguments entourant la formulation de solutions potentielles aux problèmes de l'heure, sans parler de leur adoption et de leur mise en œuvre future. Malgré l'importance de l'évaluation dans le processus de développement des politiques publiques, les pouvoirs publics n'impliquent ni ne prennent en compte les observations et les besoins spécifiques formulés par les OSC de promotion et de protection des PSH. En ce sens, un d'association déclare que

les pouvoirs publics ne prennent pas en compte nos observations. Ce sont les organismes et structures privés qui viennent vers les personnes handicapées afin de relever leurs besoins. Même les assistants sociaux refoulent les personnes handicapées, au Cameroun. (leader d'association, PSH moteur, Yaoundé, novembre 2019)

Il découle de ce parcours du cycle de développement des politiques publiques en matière de SSR que les OSC, qui constituent la voix des PSH, sont moins sollicitées, moins écoutées et moins valorisées. Nonobstant, il convient d'analyser l'impact de cette insuffisante implication des OSC dans le processus de construction de la politique publique relative à la santé sexuelle et reproductive des PSH.

Impact de la faible implication des OSC dans le cycle de gestion des politiques de SSR, sur la santé des PSH

Ne pas impliquer et prendre en compte suffisamment les OSC de promotion et de protection des PSH dans l'élaboration, l'exécution et le suivi-évaluation de la politique publique sur la santé de la reproduction n'est pas sans conséquence sur les comportements et pratiques sexuels des PSH. Deux aspects fondamentaux des résultats des évaluations faites méritent d'être mis en exergue : l'impact au niveau de l'amélioration du cadre programmatique de la politique et l'impact sur la prise en charge effective des PSH et le niveau d'acuité des pathologies sexuelles et reproductives.

En ce qui concerne l'aspect programmatique, les recherches documentaires montrent que la stratégie sectorielle de la santé, qui est un document programmatique, ne consacre pas un espace spécifique à la santé de la reproduction des PSH au Cameroun. Cela s'observe également dans les documents opérationnels sur la santé de la reproduction. Cet état de fait s'explique par le fait que les OSC de promotion et de protection des PSH ne sont pas suffisamment impliquées et prises en compte dans le développement de la politique publique. L'absence ou l'insuffisante prise en compte des représentants des PSH (présence et propositions) lors de l'élaboration du cadre programmatique des politiques publiques et des

activités sectorielles en matière de SSR a pour principale conséquence la présence des biais, des omissions, des négligences, somme toute volontaires ou non, qui n'améliorent pas la qualité des documents programmatiques finaux et marginalisent à cet effet cette couche minoritaire.

Cette «situation victimogène» constitue selon Ciprut (2007) le pôle fécondant de maintien des blessures psychosomatiques qui amenuisent la capacité de dépathologisation en vue de la réappropriation du corps et le recouvrement sanitaire de l'individu. Autrement dit, l'inconfort psychique qu'imposent les tendances marginales avouées ou inavouées des pouvoirs publics renforce les représentations des PSH quant à leur «abandon» et à l'indifférence par rapport à leurs conditions précaires de santé. D'où l'exigence d'une «justice restaurative», car, pour les PSH, il n'est pas question d'une mutualité de vulnérabilité ou d'une réciprocité vulnérable, pour parler comme Harrati reprenant Genuit (2013:45), mais bien d'une complicité marginale, d'une vaine promotion de la diversité inclusive qui montre la faillite de l'intégration (Fraïhi 2004).

Conclusion

Cette étude s'est attelée à analyser et à comprendre les centres d'intérêt du mouvement associatif œuvrant pour les PSH au Cameroun, son rapport à la SSR ainsi qu'aux politiques publiques. À son terme, il ressort des analyses que la santé sexuelle et reproductive, bien qu'étant un besoin social fondamental, demeure le parent pauvre à la fois des organisations de promotion et de protection des PSH et des pouvoirs publics. L'intérêt de ces organisations est davantage orienté vers la lutte contre la mendicité et l'autonomisation des personnes en situation de handicap. Les pouvoirs publics, quant à eux, lors de la construction des politiques publiques en matière de SSR, continuent d'entretenir l'oubli de la prise en compte des PSH. Ce qui renforce la stigmatisation et l'exclusion de cette catégorie sociale. Les perceptions sociales du handicap et de la femme participent à la mise en marge des PSH lorsqu'il s'agit de politique publique en matière de SSR. Ces perceptions contribuent à créer un clivage dans le rapport de la personne handicapée à la société et avec elle-même. Les stratégies d'émancipation menées aussi bien par les femmes que par les hommes ont une base et une finalité identiques, les situant dans un rapport d'égalité en mesure de reconstruire les rapports sociaux de pouvoir entre les femmes et les hommes.

De même, la prise en charge de la SSR des PSH est d'autant plus complexe qu'il est important, pour la comprendre, de tenir compte des différences individuelles aussi bien dans les expériences collectives de recherche qu'au niveau des modalités politiques d'intégration des personnes handicapées. En

effet, comme le faisaient déjà remarquer Nosek *et al.* (2001) : « les femmes avec une déficience physique, particulièrement celles avec des dysfonctions graves, ne reçoivent pas la même qualité de soin gynécologique que leurs homologues valides. [...] Elles sont aussi plus susceptibles d'être soumises à des ablations de l'utérus, pour des raisons non médicales ». En matière de santé sexuelle et reproductive, lorsque les besoins variés de cette catégorie sociale ne sont pas pris en compte de façon spécifique, en termes de genre et de type de handicap, par les organisations qui les représentent, cette dimension de leur bien-être demeure incontestablement mise à l'écart par les instances décisionnelles. Il est dès lors important d'envisager « la mise en place de politiques publiques "genrées" » (Jenson & Lepinard 2009:2) dont une meilleure implication des organisations à la question sexuelle et reproductive de ce groupe social pourrait constituer le point de départ. Toutefois, il convient de souligner avec Dauphin (2010:14) que l'analyse de leur efficacité reste encore à approfondir, afin de pouvoir mieux repérer les phénomènes de résistances, que ces dernières proviennent du système, des hommes, ou des femmes elles-mêmes. La question n'est-elle pas de savoir si on doit les considérer comme des politiques symboliques, « dont l'essentiel ne consiste pas à agir, mais dire, à faire savoir et croire que l'on agit ou que l'on se préoccupe d'agir? » (Jobert & Muller 1987:152) Les actions des pouvoirs publics laissent transparaître des non-dits, laissant croire que la société exige des personnes en situation de handicap l'option de la débrouillardise.

Références

- Abega, S.C., 1999, *Société civile et réduction de la pauvreté*, Yaoundé, Clé.
- Abega, S.C., 2007, *Retour de la société civile en Afrique*, Yaoundé, PUCAC.
- Adjamagbo, A., et Guillaume, A., 2001, « La santé de la reproduction en milieu rural ivoirien », *Autrepart* (19), p. 11-27.
- Barnes, C., Oliver, M., 1993, "Disability: A Sociological Phenomenon Ignored by Sociologists" *The Disability Archive UK*, <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/index.html>.
- Baudot, P.-Y., Borelle, C., et Revillard, A., 2013, « Politiques du handicap », *Terrains & travaux*, n° 23, p. 1-12.
- Becker, H.S., 2002, *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales?* Paris, La Découverte.
- Becker, H., 1985, *Outsiders, Étude de la sociologie de la déviance*, Éditions Métailié.
- Boucher, N., 2003, « Handicap, recherche et changement social. L'émergence du paradigme émancipatoire dans l'étude de l'exclusion sociale des personnes handicapées », *Lien social et Politiques*, n°50, p. 147-164, URI : <http://id.erudit.org/iderudit/008285ar>, DOI : 10.7202/008285ar.

- Boussagnet, L., Jacquot, S., et Ravinet, P., 2006, *Dictionnaire des politiques publiques* (2e éd. rev. et), Paris, Les Presses Sciences Po.
- Brasseur P., Nayak, L., 2018, « Handicap, genre et sexualité », *Genre, sexualité & société*, n° 19, mis en ligne le 1er juin 2018, consulté le 5 novembre 2018. URL : <http://journals.openedition.org/gss/4362>; DOI : 10.4000/gss.4362.
- Bremer, K., Cockburn, L., and Ruth, A., 2010, "Reproductive health experiences among women with physical disabilities in the Northwest Region of Cameroon", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 108, pp. 211–213.
- Cambois, E., Desesquelles, A., et Ravaud, J.F., 2004, « Femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap », *Gérontologie et société*, vol. 27, n° 110, p. 283-291, ISSN 0151-0193, <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2004-3-page-283.htm>
- Chauvin, S., et Jaunait, A., 2015, « L'intersectionnalité contre l'intersection », *Raisons politiques* (2) 58, p. 55-74.
- Ciprut, M.-A., *Migration, blessure psychique et somatisation*, Genève, Médecine & Hygiène, 2007.
- Commaille, J., 2009, « Les injonctions contradictoires des politiques publiques à l'égard des femmes », dans P. Muller, R. Senac-Slawinski *et al.*, *Genre et action publique : la frontière public-privé en questions*, Paris, L'Harmattan, pp. 129-148.
- Commission européenne, 2000, 2005, 2010, 2014. *L'accord de Cotonou*, Cotonou, Luxembourg, Ouagadougou, Luxembourg : Union européenne.
- Crozier, M., et Friedberg, E., 1977, *L'acteur et le système*, Seuil, Paris.
- Dahl, R., 1971, *After the revolution? Authority in a goodsociety*, New Haven.
- Dauphin, S., 2010, « Action publique et rapports de genre », *Revue de L'OFCE*, 114, p. 265-289.
- Deschamps, C., 2013, *Handicaps et sexualité*, Versailles, Éditions H.
- Elmorchid, B., 2010, « La place du genre dans les politiques publiques du sport en Afrique : l'expérience marocaine », dans M. Lachheb (dir.), *Genre et sport en Afrique : entre pratiques et politiques publiques*, Dakar, Codesria, p. 7-23.
- Enguéguélé, M., 2005, « Démocratie locale et délibération au Cameroun : L'exemple des municipalités », dans *Gouverner les sociétés africaines : acteurs et institutions*, sous la dir. de Patrick Quantin, Karthala, Centre d'étude d'Afrique noire, p. 133-154.
- Foucault, M., 1994, *Dits et écrits, 1954-1988*, Tome IV, Paris, Gallimard.
- Foucault, M., 1997, « Il faut défendre la société », *Cours au Collège de France*, Paris, Gallimard-Le Seuil-Hautes études.
- Freeman, E. *et al.*, 2010, *The stakeholder theory: the state of the art*, Wicks.
- Freeman, R.E., 1984, *Strategic Management: A Stakeholder Approach*, Boston, Pitman.
- Giami, A., et Colomby, P. de, 2008, « Relations sociosexuelles des personnes handicapées vivant en institution ou en ménage : une analyse secondaire de l'enquête. Handicap, incapacités, dépendance (HID) », *Revue européenne de recherche sur le handicap*, Elsevier Masson, p. 109-132.
- Giami, A., Korpes, J.L., *et al.*, 1993, « Représentations du handicap et des personnes handicapées », *Rapport de fin de contrat*, CRE/Inserm.

- Goffman, E., 1963, *Stigmates : Les usages sociaux du handicap*, Paris, Éditions de Minuit.
- Harrati, S., (dir.), 2013, *Et si la victime n'existait pas?* Paris, L'Harmattan.
- Heraud, M., 2004, « Paroles de femmes : handicap et santé de la reproduction » <http://slave.handicap-international.fr/notre-approcheduhandicap/dossiers/femmesehandicap/>.
- Hooks, B., 2000, *Feminist theory: from margin to center*, London, Pluto.
- Jaunait, A., et Chauvin, S., 2012, « Représenter l'intersection : les théories de l'intersectionnalité à l'épreuve des sciences sociales », *Revue française de science politique*, vol. 62, n° 1, p. 5-20.
- Javeau, C., 2011, *Sociologie de la vie quotidienne*, Paris, PUF, 2^e éd.
- Jenson, J., et Lépinard, E., 2009, « Penser le genre en science politique. Vers une typologie des usages du concept », *Revue française de science politique*, vol. 59, n° 2, p. 183-201.
- Jobert, B., et Muller, P., 1987, *L'État en action*, Paris, PUF.
- Lemieux, V., 1995, *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*. Québec : Les presses de l'Université Laval.
- Manseau, H., 2007, *Amour et sexualité chez l'adolescent*, Québec, Presses de l'Université de Québec.
- Marques-Pereira, B., et Pfefferkon, R., 2011, « Genre, Politiques sociales et citoyenneté : enjeux et recompositions (Introduction) », dans B. Marques-Pereira et R. Pfefferkon (dirs), *Cahiers du genre, Genre, Politiques sociales et citoyenneté*, Paris, L'Harmattan, p. 5-20.
- Mengue, M.T., et Boukongou, J.D., 2004, *Comprendre la pauvreté au Cameroun*, Yaoundé, Presses de l'UCAC.
- Mercier, S., 1999, *L'éthique des entreprises*, Paris, La Découverte.
- Mimche, H., et Djouda Feudjio, Y.B., 2018, *Famille et santé en Afrique : Regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Bénin*, Paris, L'Harmattan.
- Mimche, H., 2020 (dir.), *Comprendre les nouvelles conjugalités. Pratiques matrimoniales au Cameroun*, Paris, L'Harmattan.
- Mitchell, R.K., Agle, B.R., et Wood, D.J., 1997, "Toward a Theory of Stakeholders Identification and Salience: Defining the Principles of Who and What Really Counts", *Academy of Management Review*, vol. 22, n° 2, pp. 833-886.
- Ndjah Etolo, E.V., et Batibonak, S., et P., 2019, *Féminité et masculinité en Afrique. Quelques questions de genre dans les sciences sociales*, Yaoundé, Monange.
- Neveu, E., 2011, *La sociologie des mouvements sociaux*, Paris, La Découverte.
- Ngueulieu, E.P., 2016, « Les associations de développement à l'heure des ODD. Entre quête de visibilité, pouvoir et argent, et ripostes à la crise en contexte de renaissance », dans V. Nga Ndong, *La problématique de la renaissance en Afrique. Le continent noir face au défi de l'impériale émergence*, Paris, L'Harmattan.
- Nosek, M.A., Howland, C., Rintala, D.H. et al., 2001, "National Study of Women with Physical Disabilities: Final Report," *Sexuality and Disability*, 19, pp. 5-40, <https://doi.org/10.1023/A:1010716820677>

- Olivier, M., 1996, *Understanding Disability. From Theory to Practice*, Londres, Mac-Millan Press.
- ONU, 2008, *Rapport de l'assemblée générale*, Genève.
- Pesqueux, Y., 2017, *Robert E. Freeman et la théorie des parties prenantes en question*, Paris, Master.
- Purdie-Vaughns, V.J., et Eibach, R.P., 2008, "Intersectional invisibility: The distinctive advantages and disadvantages of multiple subordinate-group identities," *Sex Roles*, n° 59, pp. 377-391.
- Ravaud J.-F., et Ville, I., 2003, « Les disparités de genre dans le repérage et la prise en charge des situations de handicap », *Revue française des affaires sociales*, p. 225-253.
- Ravaud, J.-F., Letourmy, A. et Ville, I., 2002, « Les méthodes de délimitation de la population handicapée : l'approche de l'Insee. Vie quotidienne et santé », *Population* édition française, vol. 57, numéro 3, p. 541-565.
- Ridde, V., Béland, D., et Lacouture, A., 2016, « Comprendre les politiques publiques pour mieux les influencer », *Cahiers Réalisme*, n° 9, https://www.researchgate.net/publication/322306474_Comprendre_les_politiques_publicques_pour_mieux_les_influencer/link/5a52dff2aca2725638c7b6cb/download.
- Rocher, G., 1968, *Le changement social*, Paris, HMH.
- Schaeffer, J., 2015, « Le sexe féminin : entre tabou et interdit », *Cahiers de psychologie clinique*, 2 (45), p. 41-75.
- Sindjoun, L., 2002, *Sociologie des relations internationales africaines*, Paris, Karthala.
- Sow, A., 2006, « Femmes handicapées motrices et santé de la reproduction : niveau de connaissances, attitudes, pratiques en santé de reproduction et accès aux prestations de services », Mémoire de DEA, non publié, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal.
- Stiker, H.-J., 1997 [1982], *Corps infirmes et sociétés*, Paris, Dunod et Association des paralysés de France.
- Fraïhi, T., 2004, « La faillite de l'industrie de l'intégration », *Cahier migrations, La faillite de l'intégration? Le débat multiculturel en Flandre*, Louvain-la-Neuve, Éditions AB.
- Traoré, A., 2019, *Rapports sociaux de sexe au Mali. Faut-il redéfinir le féminisme? Une illustration du cas de la femme du Bélédougou traditionnel*, Ségou, Yeredon.
- UNFPA, MINSANTE, MINPROFF, MINEPAT, 2012, Pourquoi investir dans la santé de la reproduction au Cameroun?

