

Titre : Handicap et services de la santé sexuelle et reproductive à Bujumbura

Introduction

La Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) est reconnue comme un droit de l'homme depuis la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) au Caire en 1994 et par la Convention Internationale des Droits de la Personne Handicapée (CIDPH). Malgré ce cadre juridique international, les besoins sexuel et reproductif des Personnes Handicapées (PH) restent ignorés et considérés comme tabou dans plusieurs zones du monde. Cela affecte particulièrement leur santé et leurs droits, avec des conséquences importantes et parfois irrémédiables sur leur vie (European Disability Forum, 2019).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le nombre de PH est en augmentation depuis 2011 (où la population handicapée représentait 15%) à cause notamment du vieillissement de la population et de la prévalence des maladies chroniques. Ce qui signifie que le nombre de personnes susceptibles d'être privées des services de la SSR est également en augmentation. Il est donc impératif de faire davantage d'efforts pour permettre aux personnes handicapées d'avoir une vie sexuelle et reproductive saine. Cela passe par un accès équitable aux services de la SSR entre personnes handicapées et personnes non handicapées.

Les pays à ressources limitées sont les plus concernés numériquement par le handicap car environ 8 handicapés sur 10 y vivent (OMS, 2011). De plus, leur sexualité dans ces pays reste non seulement un problème non résolu au niveau social, mais aussi au niveau des politiques et programmes de santé (Kallianes & Rubinfeld, 1997). Ces pays devraient en conséquence faire l'objet d'une attention particulière pour toute action visant à améliorer l'accès aux services de la SSR des PH.

Dans le cadre de ce travail, nous allons nous intéresser à l'utilisation des services de la SSR des PH à Bujumbura, capitale d'un pays (Burundi) à ressource limité. Le Burundi est un pays d'Afrique de l'Est avec environ 4,5 % des habitants vivant avec un handicap selon le recensement général de la population et de l'habitat de 2008. Une étude réalisée par la Fédération des Associations des Personnes Handicapées du Burundi (FAPHB) révèle que les personnes en situation de handicap sont largement oubliées et moins bien servies par les services de la SSR. Pourtant, selon des recherches menées dans ce contexte, les PH sont non seulement sexuellement actives, mais aussi, les femmes handicapées ont une fécondité plus ou moins proche de celle des femmes non handicapées.

Partant de ce constat, quels sont les facteurs qui entravent l'utilisation des services de la SSR chez les PH à Bujumbura ? L'objectif de cette étude est de déterminer l'effectivité des inégalités dans l'utilisation des services de la SSR entre PH et personnes non handicapées ainsi que les facteurs associés à la non-utilisation de ces services par les PH.

Cette étude s'articule autour de trois grands axes. Le premier fait une revue assez synthétique de la littérature, en relevant les approches utilisées pour expliquer l'utilisation des services de la SSR. Le deuxième aborde les questions de méthodologie et le troisième présente quelques résultats pertinents obtenus.

1. Revue synthétique de la littérature

Dans la littérature, le recours aux services de la SSR des PH est abordé comme un comportement, qui peut être influencé par plusieurs facteurs. Dans le cadre de ce travail, nous

avons recensé trois approches, qui couvrent de façon satisfaisante le sujet. Il s'agit des approches contextuelles, économique et sociale.

1.1) Approche contextuelle

Suivant cette approche, les comportements sexuels sont le résultat de diverses normes sociales et culturelles qui existent dans chaque société. Pour Allgeier (1989), « pour comprendre le comportement sexuel humain, il est préférable d'étudier les processus de socialisation et les croyances et les normes culturelles ». Le fait que dans certains contextes, les PH soient généralement considérés comme étant asexuelles (Milligan & Neufeldt, 2001) ou ayant une sexualité différente de celles des personnes « normales » (Esmail et al., 2010) développe chez ces dernières des attitudes décourageant l'expression de leur vie affective et sexuelle (Pariseau-Legault et Dave Holme, 2017).

En supposant que l'hostilité vis-à-vis de la sexualité des PH soit encore plus marquée chez les personnes souffrant de handicaps sévères et ceux souffrant d'un handicap depuis de longues années, nous supposons que le recours aux services de la SSR est moins fréquent chez ces deux dernières catégories de PH que chez ceux souffrant d'un handicap relativement moins sévère et depuis peu de temps (**Hypothèse 1**).

1.2) Approche économique

Les conditions économiques déterminent l'utilisation des services de la santé sexuelle et reproductive de façon générale et chez les personnes handicapées en particulier. Dans un contexte où les PH sont touchées par l'extrême pauvreté et des niveaux de chômage élevés, elles auront tendance à ne pas recourir aux services de la SSR même si elles souhaitent le faire et que la nécessité se présente. La capacité à pouvoir se prendre économiquement en charge influence donc les PH à recourir ou non aux services de la SSR.

1.3) Approche sociale

Cette approche met en exergue l'influence que peut avoir le réseau social d'une PH sur son comportement en matière de sexualité et de reproduction. Les études (Macoumba Thiam, 2004) dans ce sens montrent que la composition et les interactions qu'une PH peut avoir avec son environnement social déterminent son comportement sexuel et par conséquent influence sa décision à recourir ou non aux services de la SSR. Ailey et al. affirment que les barrières structurelles à l'expression de la vie affective et sexuelle des PH se décrivent par un isolement social et se retrouvent à la fois en communauté, dans les institutions ainsi qu'à l'intérieur des milieux de travail et éducatif.

Nous supposons donc que les personnes qui sont le mieux intégrées socialement et qui ont reçu une éducation sexuelle de leur environnement ont plus de chance de recourir aux services de la SSR (**hypothese3**).

2. Méthodologie

2.1 Sources de données

Nous allons utiliser les données collectées dans le cadre du projet **HandiSSR**, qui est une enquête sur la SSR des adultes, adolescents et jeunes handicapés vivant à Bujumbura, au Burundi. Elle a été menée par l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), l'Institut de Statistique du Burundi (ISTEEBU), l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), l'ONG Nouvelle Espérance et la Faculté de Gestion de l'Université du Burundi (FEM/UB). L'objectif général de cette étude était de fournir des informations

quantitatives et qualitatives sur la vulnérabilité des personnes handicapées aux résultats défavorables de la SSR.

Cette étude transversale s'est déroulée à Bujumbura entre le 20 décembre 2017 et le 20 décembre 2018. Une taille d'échantillon de 623 participants handicapés a été ciblée. Sur la base des PH tirées dans l'échantillon, un groupe témoin de 609 personnes non handicapées disposant des caractéristiques sociodémographiques similaires a été également tiré et enquêté.

2.2 Mesure des concepts

a) Variables dépendantes

Sont considérées comme variables dépendantes de cette étude, les variables dichotomiques permettant de savoir si une PH a déjà eu recours à un service de la SSR. Elles prennent la modalité « 1 » si la PH a déjà eu recours et « 0 » sinon. Les services de la SSR pris en compte dans cette étude sont les suivants : la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, le test VIH, la consultation d'un urologue, la planification familiale, les soins prénataux, l'accouchement/maternité assistée par un professionnel de santé, les soins après livraison, les soins après agression sexuelle, les soins du VIH et la consultation gynécologique.

b) Variables indépendantes

Les variables indépendantes de cette étude sont renseignées dans le tableau 1 ci-après selon le concept qu'ils nous permettent d'opérationnaliser.

Tableau 1: Mesure des différents concepts de l'étude

Concepts	Mesure
Facteurs contextuels	Religion
Intégration sociale et attitude du réseau sociale	Score de participation sociale, discussion sur les questions liées au sexe, attitude des proches avec les PH
Caractéristiques économiques	Activité économique, accès à l'information, accès à la santé, accès au transport
Caractéristiques sociodémographiques	Sexe, âge, niveau d'instruction, sévérité du handicap, durée du handicap

3. Principale méthode d'analyse

L'analyse explicative dans le cadre de ce travail se fera grâce à la méthode de régression logistique binomiale. Ce choix est justifié par la présence de variables dépendantes qualitatives dichotomiques.

Le principe de calcul est le suivant : tout d'abord nous désignons par Y une variable dépendante représentant l'utilisation d'un service de la SSR par une PH et les X_i ($i = 1, 2, 3, \dots, n$) représentent les variables indépendantes illustrées dans le tableau 1. Si P représente la probabilité que $Y=1$, c'est-à-dire qu'une PH recourt à un service de la SSR alors $1-P$ sera la probabilité que cet individu ne recourt pas à ce service. Le modèle de régression permet de poser l'équation : $Z = \log (P/1-P)$, équivalente sous forme linéaire à : $Z=\beta_0+\beta_1*X_1+\beta_2*X_2+\dots+\beta_n*X_n$, où β_0 est le terme de l'équation représentant le niveau moyen de Y pour toutes les valeurs des variables indépendantes (X_i) et β_i représente le coefficient rattaché à une variable indépendante X_i .

Les résultats de la régression logistique sont entre autre, la probabilité du Khi-deux associé au modèle, permettant de se prononcer sur l'adéquation du modèle utilisé ; les rapports de côtes (Odds ratios) correspondant aux risques ou à la chance d'être exposé au phénomène étudié ; le seuil de signification ($p > |z|$) pour chacun des paramètres (β_i ou Odds ratios). Les Odds ratios sont déduits des coefficients β_i ($i = 1, 2, \dots, n$).

L'interprétation des résultats se fait d'une part au niveau du modèle et d'autre part au niveau des modalités de chaque variable. Pour cette étude, tout modèle ayant un seuil de signification associé au Khi-deux inférieur ou égal à 5 % sera considéré comme adéquat et tout rapport de cote sera également significatif au même seuil de 5 %. Si le signe β_i est positif, cela signifie que les individus de cette modalité de la variable indépendante ont plus de risque de subir l'évènement considéré que les individus de la modalité de référence. Par conséquent, un signe négatif du coefficient β_i signifie que les PH de cette modalité de la variable explicative ont plus de risque de ne pas recourir au service de la SSR considéré que les PH de la modalité de référence.

4. Quelques résultats importants

Il est question pour nous de vérifier nos hypothèses en utilisant la source de données et la principale méthode d'analyse brièvement présentées ci-dessus.

4.1 Inégalités dans l'accès aux services de la santé sexuelle et reproductive

Parmi les services de la SSR qui font l'objet de notre étude, seuls la *prise en charge des infections sexuellement transmissibles*, le *test VIH* et la *consultation d'un urologue* ne sont pas significativement associés au handicap. En d'autres termes, les PH et les personnes non handicapées ont recours à ces services de façon similaire.

Par contre la planification familiale, les soins prénataux, l'accouchement/maternité assisté(e) par un professionnel de santé, les soins après livraison, les soins après agression sexuelle, les soins du VIH et la consultation gynécologique sont significativement associés au handicap au seuil de 5 % (Test de chi2). Ces services sont tous moins utilisés par les PH comparativement aux personnes non handicapées.

Tableau 2: Pourcentages et effectifs de PH ayant recours aux services de la SSR chez les PH et les personnes valides (groupe témoin)

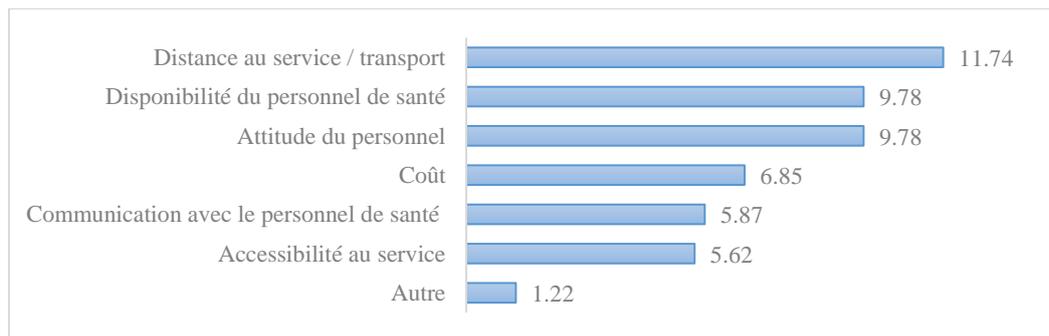
Service de la SSR	Personne handicapée (%)	Groupe témoin (%)	P-value (Chi2)
Planification familiale	24,88(155)	34,81(212)	Pr < 0,000
Soin prénatal	30,82(192)	39,57(241)	Pr < 0,001
Accouchement/maternité	31,62(197)	38,42(234)	Pr < 0,012
Soins après livraison	14,13(88)	22,82(139)	Pr < 0,000
Prise en charge des infections sexuellement transmissibles	4,33(27)	3,78(23)	Pr < 0,62
test VIH	51,69(322)	56,98(347)	Pr < 0,062
Soins après agression sexuelle	1,44(9)	0,33(2)	Pr < 0,037
Soins du VIH	5,94(37)	1,64(10)	Pr < 0,000
Consultation gynécologique	7,87(49)	14,29(87)	Pr < 0,000
Consultation urologique	1,93(12)	1,97(12)	Pr < 0,955

NB : entre parenthèse se trouvent les effectifs

Source : estimations de l'auteur

Les éléments évoqués par les PH comme étant les motifs justifiant leur non recours aux services de la SSR peuvent être regroupés en trois catégories suivant leur récurrence. Les raisons les plus fréquentes sont les difficultés de transport pour se rendre dans les structures offrant les services : environ 12 % des PH déclarent avoir cette difficulté. L'indisponibilité du personnel de santé et l'attitude de celui-ci vis-à-vis des PH constituent le second groupe de raisons avec environ 9,78 % des PH concernées. Le dernier groupe est constitué des problèmes liés aux coûts du service, la communication du personnel de santé sur les différents services et leur accessibilité.

Graphique 1: Recours aux services de la PP chez les PH



Source : Calcul de l'auteur

Nous constatons donc que notre hypothèse selon laquelle les PH recourent moins aux services de la SSR que les personnes valides est confirmée pour une catégorie de services et infirmée pour une autre. Cette hypothèse est donc partiellement confirmée.

4.2 Déterminants de l'accès aux services de la planification familiale chez les personnes handicapées

Pour l'analyse explicative multivariée, nous allons nous intéresser uniquement aux services dont le recours étaient associés aux handicap dans l'analyse bivariée précédente. Il ressort que :

La seule variable qui est significativement associée à l'utilisation de tous les services précédents est l'âge. En effet, les PH ont plus de chance de recourir aux services de la SSR avec l'augmentation de leur âge d'une unité (année). En d'autres termes, plus les PH prennent de l'âge plus elles utilisent les services de la SSR.

- a) **S'agissant de la planification familiale**, seule la sévérité du handicap, sa durée et l'activité économique y sont significativement associées :
 - ✓ les PH ayant un handicap jugé moins sévère (quelques difficultés) ont 0,53 fois moins de chance de recourir à la planification familiale que leurs homologues ayant une forme de handicap jugée sévère ;
 - ✓ les PH ayant un handicap depuis plus de 10 ans ont 0,59 fois moins de chance de recourir à la planification familiale que ceux ayant leur handicap depuis plus de 10 ans ;
- b) **S'agissant des soins prénataux**, seuls les préjugés et l'activité économique y sont significativement associés. En effet les femmes dont les préjugés de leur entourage ne leur causent pas de problèmes ont moins de chance de recourir aux soins prénataux. Ce résultat va à l'encontre de ce que nous nous attendions.
- c) **S'agissant de l'accouchement ou de la maternité assisté(e) par un professionnel de santé**, les femmes ayant un handicap depuis plus de 10 ans ont moins de chance de recourir à ce service que celles ayant leur handicap depuis moins de 10 ans.

- d) *S'agissant des soins du VIH*, il ressort que :
- ✓ les hommes handicapés ont 8,8 fois plus de chance de recourir aux soins du VIH que les personnes handicapées femmes ;
 - ✓ les PH ayant un handicap depuis plus de 10 ans ont moins de chance de recourir aux soins du SIDA ;
- e) *S'agissant des consultations gynécologiques*, il ressort principalement que :
- ✓ les femmes handicapées, affectées par les préjugés de leur entourage ont moins de chance de recourir à ce service.
 - ✓ les femmes handicapées, employées salariées du gouvernement ont 9 fois plus de chance de recourir à ce service que les autres.

Tableau 3: rapports de cotes des différentes modalités des variables indépendantes selon les services de la SSR

Modalité des variables	Services de la SSR					
	Planification familiale	Soin prénatal	Accouchement ou maternité	Soins après livraison	Soins du VIH	Consultation gynécologique
Age	1.041 ^{***}	1.064 ^{***}	1.073 ^{***}	1.100 ^{***}	1.073 ^{**}	1.075 ^{***}
Score d'intégration social	0.994 ^{ns}	0.981 ^{**}	0.984 ^{**}	0.979 [*]	0.984 ^{ns}	0.981 ^{ns}
Sexe						
Femme	Ref	ref	Ref	ref	ref	
Homme	1.600 [*]	1.238 ^{ns}	1.432 ^{ns}	1.773 [*]	8.814 ^{***}	
Réligion						
Catholique	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Musulman	1.488 ^{ns}	1.188 ^{ns}	1.262 ^{ns}	2.109 ^{ns}	0.618 ^{ns}	1.628 ^{ns}
Protestant	0.699 ^{ns}	0.814 ^{ns}	0.952 ^{ns}	1.304 ^{ns}	1.616 ^{ns}	1.760 ^{ns}
Sans religion	0.373 ^{ns}	0.431 ^{ns}	0.459 ^{ns}	0.685 ^{ns}	5.393 [*]	1.510 ^{ns}
Niveau d'instruction						
Moins du primaire	Ref	ref	ref	ref	ref	ref
Primaire	0.902 ^{ns}	0.869 ^{ns}	0.904 ^{ns}	0.403 ^{**}	1.400 ^{ns}	1.205 ^{ns}
Secondaire premier cycle	1.629 ^{ns}	1.368 ^{ns}	1.548 ^{ns}	0.672 ^{ns}	0.869 ^{ns}	0.604 ^{ns}
Secondaire deuxième cycle	0.980 ^{ns}	0.757 ^{ns}	0.782 ^{ns}	1.014 ^{ns}	ref	0.855 ^{ns}
Université	1.077 ^{ns}	1.230 ^{ns}	0.918 ^{ns}	0.812 ^{ns}	ref	1.411 ^{ns}
Severité du handicap						
Quelques difficultés	0.477 ^{**}	0.853 ^{ns}	1.009 ^{ns}	1.029 ^{ns}	0.822 ^{ns}	0.656 ^{ns}
Difficultés graves	Ref	ref	ref	ref	ref	ref
Durée du Handicap						
Moins de 10 ans	Ref	ref	ref	ref	ref	ref
Plus de 10 ans	0.410 ^{***}	0.701 ^{ns}	0.574 ^{**}	0.775 ^{ns}	0.271 ^{**}	0.961 ^{ns}
Accès à l'information						
Gros problème	Ref	ref	ref	ref	ref	ref
Problème modéré	1.061 ^{ns}	1.918 [*]	1.581 ^{ns}	1.057 ^{ns}	2.117 ^{ns}	1.666 ^{ns}
Petit problème	0.923 ^{ns}	1.044 ^{ns}	0.882 ^{ns}	0.837 ^{ns}	1.831 ^{ns}	1.832 ^{ns}
Pas de problème	0.925 ^{ns}	1.252 ^{ns}	1.492 ^{ns}	1.137 ^{ns}	1.422 ^{ns}	1.609 ^{ns}
Accès à la santé et aux services de la SSR						
Gros problème	Ref	ref	ref	ref	ref	ref
Problème modéré	0.994 ^{ns}	0.839 ^{ns}	0.697 ^{ns}	0.371 ^{**}	2.960 ^{ns}	0.155 ^{**}
Petit problème	1.150 ^{ns}	0.874 ^{ns}	1.192 ^{ns}	0.452 ^{ns}	1.363 ^{ns}	0.236 [*]
Pas de problème	1.171 ^{ns}	1.033 ^{ns}	1.315 ^{ns}	0.559 ^{ns}	3.067 ^{ns}	0.444 ^{ns}
Attitude						
Gros problème	1.607 ^{ns}	1.351 ^{ns}	1.558 ^{ns}	2.490 ^{**}	5.020 ^{**}	0.666 ^{ns}

Problème modéré	0.745 ^{ns}	0.701 ^{ns}	0.807 ^{ns}	1.062 ^{ns}	0.545 ^{ns}	0.470 ^{ns}
Petit problème	1.071 ^{ns}	0.798 ^{ns}	1.312 ^{ns}	0.997 ^{ns}	0.870 ^{ns}	1.596 ^{ns}
Pas de problème	Ref	ref	ref	ref	ref	ref
Préjugés						
Gros problème	Ref	ref	ref	ref	ref	ref
Problème modéré	0.768 ^{ns}	1.016 ^{ns}	0.979 ^{ns}	0.734 ^{ns}	0.690 ^{ns}	0.515 ^{ns}
Petit problème	0.598 ^{ns}	0.539*	0.607 ^{ns}	0.726 ^{ns}	0.842 ^{ns}	0.142**
Pas de problème	0.535 ^{ns}	0.338***	0.351**	0.557 ^{ns}	0.354 ^{ns}	0.355*
Activité professionnelle						
Employé salarié du gouvernement	1.015 ^{ns}	0.784 ^{ns}	0.917 ^{ns}	0.522 ^{ns}	ref	9.108***
Employé salarié autre que le gouvernement	0.845 ^{ns}	0.900 ^{ns}	0.937 ^{ns}	1.427 ^{ns}	Ref	1.674 ^{ns}
Employé salarié autre que le gouvernement	0.805 ^{ns}	0.458 ^{ns}	0.372*	0.884 ^{ns}	0.535 ^{ns}	0.316 ^{ns}
Travailleurs indépendants	Ref	ref	ref	ref	ref	ref
Petite entreprise (de rue)	0.764 ^{ns}	1.318 ^{ns}	1.188 ^{ns}	2.172 ^{ns}	ref	ref
Travail non rémunéré	0.150***	ref	ref	ref	2.512 ^{ns}	0.951 ^{ns}
Étudiant	1.185 ^{ns}	1.303 ^{ns}	1.204 ^{ns}	1.701 ^{ns}	1.371 ^{ns}	0.379 ^{ns}
Femme au foyer	0.369**	0.375**	0.436**	0.360*	4.458**	0.404 ^{ns}
Sans travail pour raisons de santé	0.264***	0.454*	0.338**	0.116***	1.198 ^{ns}	1.611 ^{ns}
Sans travail pour d'autres raisons	1.100 ^{ns}	1.758 ^{ns}	1.410 ^{ns}	1.750 ^{ns}	4.550 ^{ns}	4.437 ^{ns}
Autre	Ref	ref	ref	ref	ref	ref
Accès au transport						
Gros problème	1.019 ^{ns}	1.510 ^{ns}	1.406 ^{ns}	1.301 ^{ns}	1.527 ^{ns}	0.441 ^{ns}
Problème modéré	1.484 ^{ns}	0.986 ^{ns}	1.143 ^{ns}	0.892 ^{ns}	0.362 ^{ns}	0.653 ^{ns}
Petit problème	0.518 ^{ns}	0.948 ^{ns}	0.917 ^{ns}	0.272**	1.213 ^{ns}	0.560 ^{ns}
Pas de problème	Ref	ref	ref	ref	ref	ref
Conversations au sujet du sexe avec un membre du réseau social ou avec un professionnel de santé						
Non	0.364 ^{ns}	0.125*	0.149*	ref	2.947 ^{ns}	ref
Oui	Ref	ref	ref	ref	ref	ref
Chi2 Wald	120.6	113.9	123.7	98.07	64.62	74.63

Exponentiated coefficients; *t* statistics in parentheses

^{ns} $p < 1$, * $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Source : nos estimations

4 Discussion et conclusion

En résumé, il était question dans cette étude d'atteindre deux objectifs à savoir vérifier si les PH sont discriminées dans l'accès aux services de la SSR comparativement aux personnes dites valides et également de trouver les déterminants de l'accès aux services de la SSR au sein de la population handicapée.

Les résultats de l'étude montrent que, notre hypothèse selon laquelle les PH sont discriminées sur l'accès aux services de la SSR est confirmée pour un ensemble de services parmi lesquels *la planification familiale, les soins prénataux, l'accouchement/maternité assisté(e) par un professionnel de santé, les soins après livraison, les soins après agression sexuelle, les soins du VIH et la consultation gynécologique*. Elle est infirmée pour un groupe de services à savoir *la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, le test VIH et la consultation d'un urologique*.

L'hypothèse selon laquelle cette discrimination est encore plus accentuée chez les personnes handicapées souffrant d'un handicap jugé sévère et chez ceux souffrant de cet handicap depuis plus de 10 ans est entièrement confirmée pour la planification familiale, partiellement confirmée pour l'accouchement ou la maternité assisté(e) par un professionnel de santé, les soins du VIH et complètement infirmée pour les autres services de la SSR.

Enfin, l'hypothèse selon laquelle le niveau d'intégration d'une personne handicapée dans son milieu social favoriserait son utilisation des services de la SSR est complètement infirmée. En effet, soit l'intégration est sans effet majeur sur l'utilisation des services, comme c'est le cas avec la planification familiale, les soins après livraison et les soins du VIH, ou alors elle contribue négativement aux recours, comme c'est le cas avec les soins prénataux et l'accouchement/maternité assisté(e) par un professionnel de santé.

Quelques références

Esmail S, Darry K, Walter A, Knupp H. Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disabil Rehabil.* 2010 Aug;32(14):1148-55

Ailey SH, Marks BA, Crisp CC, Hahn JE. Promoting sexuality across the life span for individuals with intellectual and developmental disabilities. *Nurs Clin North Am.* 2003 Jun;38(2):229-52

European Disability

Pierre Pariseau-Legault, Dave Holmes. La santé sexuelle en contexte de handicap intellectuel : une recension narrative des écrits et ses implications pour les soins infirmiers. 2017.

Algeier A. R et E. R. Allgeier (1989). *Sexualité humaine : Dimensions et interactions*, Les Éditions de la Chenelière Inc., Canada, 765 pages + Annexes.

Sawadogo Martine . Identification des facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive chez les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne. 2016

Milligan MS, Neufeldt AH. The myth of asexuality: A survey of social and empirical evidence. *Sex Disabil.* 2001 Jun;19(2):91-109.

Macoumba Thiam. *Comportements sexuels à risque et sida au Sénégal.*2004

AKOINA. accès des jeunes aux services de sante sexuelle et reproductive au tchad. 2015

Beninguisse et al. The multidimensional vulnerability of people with disability to HIV infection: Results from the handiSSR study in Bujumbura, Burundi.2020

KUATE-DEFO B., 1998, « sexualité et santé reproductive à l'adolescence en Afrique : nouvelles tendances » In B. Kuate-Defo (éd) « Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique avec une attention particulière sur le Cameroun », EDICONSEIL, Boucheville, pp. 17-40.

GUIELLA G. et WOOG V., 2006, Santé sexuelle et de la reproduction des adolescents au Burkina Faso : Résultats de l'Enquête Nationale sur les Adolescents du Burkina Faso 2004. Occasional Report, New York : Guttmacher Institute, No. 21, 152 p.