



Capitalisation d'expérience

Enseignements tirés d'un programme sur la santé sexuelle et de la reproduction inclusive des personnes handicapées, et sur les droits connexes (WISH2ACTION)

Juillet 2021



Auteurs

Emily Balls

Contributeurs

Development Media International (DMI), Humanité & Inclusion (HI) (Bangladesh, Éthiopie, Madagascar, Pakistan, Soudan du Sud et Ouganda), International Planned Parenthood Foundation (IPPF), International Rescue Committee (IRC) et Marie Stopes International (MSI).

Remerciements

Le consortium Santé sexuelle intégrée des femmes (Lot 2) est dirigé par l'IPPF, et le programme est mis en œuvre par l'intermédiaire d'associations membres et de partenaires : Development Media International, Humanité & Inclusion Royaume-Uni, International Rescue Committee, Marie Stopes International et Options Consultancy Services (Options).

HI, l'IPPF et le FCDO sont co-détenteurs des droits protégeant cet ouvrage.

Cette publication a été financée par UK Aid du gouvernement du Royaume-Uni ; cependant, les opinions exprimées ne reflètent pas nécessairement les politiques officielles du gouvernement du Royaume-Uni.

Une publication de Humanité & Inclusion

Direction des Opérations

Révision

Emily Balls

Mise en page

HeylinSmith Design

Droits et autorisations



Cette œuvre est protégée par une licence internationale Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0). Conformément aux termes de la licence Creative Commons (Pas d'utilisation commerciale - Pas de modification), il est possible de copier, distribuer et transmettre le contenu de l'ouvrage, à des fins non commerciales uniquement, sous réserve du respect des conditions suivantes : **Paternité** - L'ouvrage doit être cité de la manière suivante : Auteurs. Humanité & Inclusion, juillet 2021. Licence : Creative Commons Attribution-Non-commercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0). **Non-commercial** - Le contenu de cet ouvrage ne peut pas être utilisé à des fins commerciales. **Pas de modification** - Cet ouvrage ne peut être modifié, transformé ou utilisé pour créer des œuvres dérivées.

Sommaire

Acronymes	5
Note de synthèse	5
Introduction	8
Synthèse des bonnes pratiques et des retours d'expérience.....	11
Méthodologie.....	14
Examen et regroupement des bonnes pratiques et des retours d'expérience	14
Entretiens avec des acteurs clés.....	14
Identification des thèmes d'apprentissage	14
Thèmes d'apprentissage	15
1. Culture inclusive.....	16
2. Qualité de prise en charge	22
3. Coordination.....	27
4. Recueil et gestion des données.....	29
5. Réseaux d'orientation	34
6. Intégration des services (programmes et action humanitaire).....	38
7. Communication pour le changement comportemental et social.....	42
8. Partenariats et collaboration	48
9. Politiques et plaidoyer	54
Des enseignements aux recommandations	59
1. Recommandations pour Humanité & Inclusion (ou autres organisations axées sur le handicap).....	61
2. Recommandations pour les partenaires de SSRD (prestataires de services et experts techniques).....	64
3. Recommandations pour les donateurs et les décideurs politiques.....	67
Références	68

Acronymes

ASC : Agent de santé communautaire

DAISY : Norme « Digital Accessible Information System »

DCFP : Direction générale du planning familial (Bangladesh)

DMI : Development Media International

EDS : Établissement de santé

FCDO Bureau des Affaires étrangères, du Commonwealth et du Développement

HI : Humanité & Inclusion

ONGI : Organisation non gouvernementale internationale

LCF : Leonard Cheshire Foundation

MoU : Protocole d'entente

ONG : Organisation non gouvernementale

OPH : Organisations de personnes handicapées

CCCS : Communication pour le changement comportemental et social

SSR : Santé sexuelle et de la reproduction

SSRD : Santé sexuelle et de la reproduction, et droits connexes

CDPH : Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées

WISH2ACTION : Lot 2 du programme WISH sur la santé sexuelle intégrée des femmes : Access, Choice, Together, Innovation, Ownership, Now

WG-SS : Questions du WG (version courte)

Note de synthèse

Cet ouvrage est un recueil de bonnes pratiques et de retours d'expérience sur la santé sexuelle et de la reproduction inclusive des personnes handicapées, et sur les droits connexes (SSRD). Il s'appuie sur des expériences découlant de la mise en œuvre du programme WISH2ACTION (lot 2 du projet WISH sur la santé sexuelle intégrée des femmes : Access (accès), Choice (choix), Together (ensemble), Innovation et Ownership (innovation et appropriation), Now (aujourd'hui)).

Ce recueil commence par présenter la SSRD inclusive du handicap, cette dernière caractéristique étant fondamentale pour agir sur la double discrimination dont sont victimes les femmes et les filles handicapées, garantir l'exercice des droits humains universels, et contribuer à l'engagement mondial à « ne laisser personne de côté ». Ce recueil présente également le programme WISH2ACTION qui adopte une approche globale et intégrée pour permettre aux femmes et aux filles laissées pour compte et aux populations marginalisées des pays à revenu faible ou intermédiaire d'accéder aux services de santé sexuelle et de la

reproduction, et aux services liés aux droits connexes (SSRD), sur la base de l'égalité avec les autres.

La section sur la méthodologie explique l'approche qui a été utilisée pour créer ce recueil : étude des documents de capitalisation existants, entretiens avec différentes parties prenantes, identification des thèmes, et regroupement des bonnes pratiques et des retours d'expérience.

Ce document vise principalement à partager 30 bonnes pratiques et retours d'expérience sur neuf thèmes : *culture inclusive, qualité de prise en charge, coordination, recueil et gestion de données, réseaux d'orientation, intégration des services, communication pour le changement comportemental et social (CCCS), partenariats et collaboration et politiques et plaidoyer*. À chaque thème sont associées des études de cas issues de divers contextes.

Les bonnes pratiques (23) synthétisent des exemples provenant de six pays, qui pourraient étayer de futurs projets inclusifs des personnes handicapées dans le domaine de la santé sexuelle et de la reproduction (SSR). Les retours d'expérience (7) soulignent les difficultés rencontrées durant la mise en œuvre et apportent une réflexion pour surmonter ces difficultés à l'avenir. Les points essentiels sont résumés ci-dessous par thème :

- **Culture inclusive** : ce paragraphe présente une série de bonnes pratiques qui ont aidé les acteurs à renforcer la sensibilisation, les connaissances et les compétences sur l'inclusion des personnes handicapées. Il insiste sur le fait que les pratiques inclusives reposent sur l'approche sociale du handicap et sur l'approche éclairée par les droits. Il aborde la question de la sensibilisation aux services de SSRD disponibles et présente des approches de formation efficaces, notamment l'organisation d'événements multipartites et le ciblage d'acteurs dans différents secteurs aux fins de développer une société inclusive des personnes handicapées.
- **Qualité de prise en charge** : ce paragraphe traite de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes handicapées dans le domaine de la SSR, et du rôle des établissements de santé (EDS) et des prestataires de services. Les bonnes pratiques sont liées à la mise en place d'une évaluation structurée des EDS, à la création de plans d'amélioration conjoints, à la formation des prestataires et des agents de santé communautaire, et au renforcement des capacités dans le domaine de l'interprétation en langue des signes.
- **Coordination** : ce paragraphe permet d'expliquer comment l'amélioration de la coordination entre les acteurs peut contribuer à créer des services de SSR plus inclusifs des personnes handicapées. Il souligne l'importance de l'intégration des organisations de personnes handicapées (OPH) dans la coordination pour créer des services SSRD inclusifs et pérennes. Les principales bonnes pratiques font référence à l'inclusion de membres d'OPH dans les comités de santé qui existent au niveau local et au niveau des districts, et dans les comités d'action d'urgence durant la crise de la COVID-19. Ce paragraphe souligne également l'importance de la prise en compte des besoins en SSRD des personnes handicapées dans les contextes humanitaires.

- **Recueil et gestion des données** : ce paragraphe traite de l'importance du recueil de données désagrégées par handicap dans le domaine de la santé et de la SSRD, via le recours aux WG-SS, les questions du Washington Group (version courte), et montre comment ces données peuvent améliorer la programmation et les services. Les principaux enseignements se rapportent au renforcement des capacités sur l'application et l'utilisation des WG-SS, via la formation et un appui sur-mesure. Ce paragraphe illustre également la difficulté d'intégrer les WG-SS dans les systèmes nationaux de gestion de l'information sanitaire, qui permettrait une véritable généralisation.
- **Réseaux d'orientation** : ce paragraphe traite de l'identification des services de SSR qui sont pertinents, significatifs et accessibles pour les personnes handicapées. Il présente aussi des bonnes pratiques autour du rôle que jouent les OPH dans l'augmentation du nombre de personnes handicapées accédant à des services de SSR et dans la création de réseaux d'orientation intégrés qui prennent en compte les besoins supplémentaires et la prise en charge globale des personnes handicapées (réadaptation, kinésithérapie, aides techniques).
- **Intégration des services** : ce paragraphe porte sur les moyens d'intégrer et de coordonner efficacement les différents services (dont les services de SSR) qui sont pertinents pour les personnes handicapées. Il donne des exemples de bonnes pratiques pour intégrer l'inclusion du handicap dans les directives nationales de santé et les systèmes existants, et partage des enseignements pour relier la SSR à d'autres services comme la vaccination ou la réadaptation.
- **Communication pour le changement comportemental et social** : ce paragraphe comporte des enseignements essentiels sur l'implication des membres des communautés et des référents communautaires pour identifier et modifier les normes sociales, et sur la prise en compte du contexte dans l'élaboration des messages de communication. Il présente également des bonnes pratiques pour faire en sorte que le format et le contenu des supports de communication soient inclusifs des personnes handicapées et accessibles par les personnes handicapées.
- **Partenariats et collaboration** : ce paragraphe aborde tout d'abord la question du développement des partenariats et des relations avec les OPH, puis partage des enseignements pour travailler avec efficacité au sein d'un consortium. Il souligne le caractère essentiel des partenariats avec les OPH pour assurer la pérennité des services de SSRD pour les personnes handicapées. Les bonnes pratiques présentées concernent la cartographie des OPH, la formation des OPH à la SSR, l'appui technique pour développer la capacité des OPH, et le soutien financier pour renforcer les OPH. Les bonnes pratiques relatives au travail en consortium se rapportent à l'intégration de l'inclusion du handicap au sein des organisations de prestataires, et au rôle d'appui que peuvent jouer les spécialistes techniques.
- **Politiques et plaidoyer** : ce paragraphe montre comment promouvoir la mise en œuvre de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) dans le domaine de la SSRD aux niveaux local et national. Les

bonnes pratiques présentées illustrent l'importance du rôle des OPH dans le plaidoyer local et national, et de l'implication des acteurs gouvernementaux aux différents niveaux pour améliorer l'inclusion.

La dernière section de ce recueil analyse les processus, les systèmes et les outils utilisés dans WISH2ACTION pour capitaliser l'expérience. Elle formule des recommandations basées sur les apprentissages et synthétise les principales recommandations pour trois groupes : Humanité & Inclusion, partenaires de la SSRD (prestataires de services et experts techniques), et donateurs et décideurs politiques.

Définitions

Bonnes pratiques : exemples de bonnes pratiques dans le domaine de la SSR inclusive des personnes handicapées, qui ont été mises en œuvre dans le cadre de WISH2ACTION et qui pourraient être reproduites par d'autres acteurs.

Retours d'expérience : leçons tirées de l'expérience de mise en œuvre de WISH2ACTION, difficultés identifiées et suggestions pour surmonter ces difficultés à l'avenir.

Introduction



La SSRD inclusive des personnes handicapées est reliée à l'engagement mondial à ne laisser personne de côté, à plusieurs objectifs de développement durable et surtout à la Convention des Nations Unies de 2006 relative aux droits des personnes handicapées (CDPH). Environ

15 % de la population mondiale vit avec une forme de handicap, et 80 % des personnes handicapées vivent dans un pays à revenu faible ou intermédiaire (HI 2021a).

Ce recueil se concentre sur l'inclusion des personnes handicapées, mais il est important de noter les fortes corrélations entre les différents aspects de l'inégalité et l'intersection des facteurs (pauvreté, genre, âge, handicap). Les personnes handicapées se heurtent souvent à des attitudes sociales négatives et peuvent être exclues des services et des établissements de santé en raison d'une discrimination et d'un manque d'accessibilité, alors qu'elles ont les mêmes droits universels que toute autre personne en matière de santé. Les femmes et les filles handicapées sont davantage susceptibles de faire face à une « double discrimination » en raison de leur genre et de leur handicap (HI 2015). Ce facteur est aggravé par le fait que la SSR et la planification familiale restent des sujets sensibles et tabous dans de nombreux contextes.

La SSRD inclusive des personnes handicapées est donc essentielle pour faire en sorte que les personnes handicapées aient accès aux soins et puissent exercer leurs droits en matière d'accès aux services de SSR. L'Organisation mondiale de la santé précise que la SSRD pour les personnes handicapées requiert de l'attention parce que « ces besoins ont été trop largement et trop profondément négligés » (OMS / FNUAP 2009). Ce domaine est donc un axe de travail innovant dans la mise en œuvre des programmes, qui n'a pas fait l'objet de suffisamment d'attention jusqu'ici.

Dans l'objectif de « ne laisser personne de côté », le programme de santé sexuelle intégrée des femmes (WISH) offre des services intégrés et inclusifs de qualité dans le domaine de la planification familiale et de la santé sexuelle et de la reproduction aux populations marginalisées et difficiles d'accès : populations pauvres, jeunes de moins de 20 ans et personnes handicapées. WISH2ACTION est le programme phare du gouvernement du Royaume-Uni, qui vise à développer son appui aux services intégrés de santé sexuelle et de la reproduction et des droits connexes (SSRD) dans un certain nombre de pays d'Afrique et d'Asie d'ici à 2021. Il représente 20 % des engagements 2020 du gouvernement du Royaume-Uni en faveur de la planification familiale.

[L'International Planned Parenthood Federation](#) (IPPF) gère le programme par le biais d'un accord de consortium (Lot 2) avec dix associations membres de l'IPPF et différents partenaires soigneusement sélectionnés pour leurs compétences, dans l'optique d'améliorer l'accès des individus et d'atteindre davantage de personnes dans quinze pays : [Development Media International](#) (DMI), [Humanité & Inclusion UK](#) (HI), [International Rescue Committee](#) (IRC), [Marie Stopes International](#) (MSI) et [Options Consultancy Services](#) (Options).

Ce recueil de capitalisation d'expérience se concentre sur l'un des éléments du programme WISH2ACTION, la SSRD inclusive des personnes handicapées, qui est pilotée par [HI](#) dans six pays : Bangladesh, Éthiopie, Ouganda, Madagascar, Pakistan et Soudan du Sud.

Le fonctionnement en consortium a présenté un avantage considérable, celui de pouvoir mettre en œuvre, adapter et apprendre ensemble, et le présent document vise à partager, auprès d'un public plus large les enseignements qu'en a tirés le consortium. Ce recueil

comprend 30 bonnes pratiques et retours d'expérience qui peuvent être pertinents à l'échelle mondiale, et présente 18 études de cas issues de six pays.

HI a adopté une approche stratégique et s'est concentré sur six thèmes pour orienter la mise en œuvre du projet (deux domaines stratégiques par an) : *la culture inclusive, la qualité de prise en charge, la coordination, les données, les réseaux d'orientation et l'intégration des services*. La section « Thèmes d'apprentissage » de ce rapport présente, de façon détaillée, les bonnes pratiques et les retours d'expérience dans ces domaines ainsi que dans trois domaines supplémentaires. Ce recueil souligne également l'importance de l'inclusion des personnes handicapées dans les contextes humanitaires, et donne différents exemples dans le cadre de la pandémie de COVID-19. La section « Recommandations » s'appuie sur les enseignements pour formuler des recommandations à destination de HI, des prestataires de services, et des donateurs et décideurs politiques.

Ce document de capitalisation est complété par le guide méthodologique de HI « La SSRD pour tous » qui s'attache à passer de la théorie à la pratique en formulant des conseils détaillés sur la mise en œuvre d'une SSRD inclusive des personnes handicapées (HI 2021b). L'objectif de ce guide méthodologique est d'aider les acteurs impliqués dans les projets, programmes ou services de SSRD à concevoir, mettre en œuvre, suivre et évaluer les programmes inclusifs de SSRD.

Synthèse des bonnes pratiques et des retours d'expérience

Culture inclusive

Bonne pratique 1 : adopter l'approche sociale du handicap et l'approche éclairée par les droits, pour éliminer les obstacles qui empêchent les personnes handicapées d'accéder aux services de santé sexuelle et de la reproduction.

Bonne pratique 2 : coopérer avec les personnes handicapées et sensibiliser les communautés sur les services qui existent pour les personnes handicapées dans le domaine de la santé sexuelle et de la reproduction, et des droits connexes, pour combler le manque de connaissances sur les services disponibles.

Bonne pratique 3 : rassembler différentes parties prenantes (dont des personnes handicapées) autour de formations sur la santé sexuelle et de la reproduction inclusive des personnes handicapées, et sur les droits connexes.

Bonne pratique 4 : identifier différents secteurs et les impliquer dans la formation et le renforcement des capacités pour améliorer l'inclusion des personnes handicapées au sein de la société.

Qualité de prise en charge

Bonne pratique 5 : travailler en partenariat pour réaliser une évaluation structurée des établissements de santé et élaborer des plans d'action en vue d'améliorer les établissements de santé existants pour les personnes handicapées.

Bonne pratique 6 : former les prestataires de services et les agents de santé communautaire à mieux accompagner les personnes handicapées.

Retour d'expérience 1 : l'interprétation en langue des signes est fondamentale pour offrir des services de SSR de qualité aux personnes présentant un handicap auditif.

Coordination

Bonne pratique 7 : encourager l'intégration et la représentation des personnes handicapées dans les comités de santé.

Retour d'expérience 2 : un renforcement continu des capacités est nécessaire pour parvenir à un système de santé inclusif des personnes handicapées.

Recueil et gestion des données

Bonne pratique 8 : renforcer les capacités via la formation à l'utilisation des questions du Washington Group (version courte) pour susciter leur adoption par les prestataires de services et les acteurs gouvernementaux et favoriser une utilisation efficace.

Bonne pratique 9 : adapter l'appui et l'assistance sur les questions du Washington Group (version courte) pour garantir l'applicabilité de cet outil dans différents contextes et pour différents objectifs.

Retour d'expérience 3 : l'amélioration du recueil de données nationales inclusives du handicap constitue un engagement à long terme et un enjeu constant.

Réseaux d'orientation

Bonne pratique 10 : déterminer où les personnes handicapées peuvent accéder à des services pertinents et significatifs dans le domaine de la santé sexuelle et de la reproduction.

Bonne pratique 11 : travailler avec des organisations de personnes handicapées pour atteindre les personnes handicapées et les amener à utiliser les services de SSR.

Bonne pratique 12 : développer une approche intégrée de l'orientation chez les prestataires de services, les OPH et les autres acteurs.

Intégration des services (programmes et action humanitaire)

Bonne pratique 13 : identifier les difficultés rencontrées par les personnes handicapées dans les contextes d'urgence et mettre en place des mesures pour maintenir leur accès aux services de SSR essentiels.

Bonne pratique 14 : intégrer des approches inclusives du handicap dans les directives, services et systèmes nationaux pour favoriser la pérennité et la généralisation de l'inclusion du handicap.

Bonne pratique 15 : relier les services de santé sexuelle et de la reproduction à d'autres services comme la vaccination.

Communication pour le changement comportemental et social

Bonne pratique 16 : impliquer les membres et référents des communautés pour faire évoluer les normes sociales sur la SSR et améliorer l'accès des personnes handicapées à la SSR.

Bonne pratique 17 : faire en sorte que le format et le contenu des supports de communication sur la santé sexuelle et de la reproduction soient inclusifs et accessibles par les personnes handicapées.

Bonne pratique 18 : faire en sorte que les approches de la communication visant à fournir des informations sur la santé sexuelle et de la reproduction, et sur les droits connexes, soient acceptables et appropriées dans le contexte.

Partenariats et collaboration

Bonne pratique 19 : les prestataires de services (publics et privés) et les ONG devraient cartographier, identifier et sélectionner les organisations de personnes handicapées (OPH), et développer des relations avec elles.

Bonne pratique 20 : les OPH ont besoin de formation sur la SSR qui est souvent un sujet nouveau pour elles.

Bonne pratique 21 : les prestataires et les ONG doivent fournir un appui technique pour renforcer la capacité des organisations de personnes handicapées, et former des partenariats équitables.

Retour d'expérience 4 : les OPH ont besoin à la fois d'un soutien financier et d'un appui technique.

Retour d'expérience 5 : les organisations de personnes handicapées jouent un rôle important pour sensibiliser, orienter, générer de la demande, et atteindre efficacement les personnes handicapées.

Retour d'expérience 6 : les experts techniques devraient aider les organisations n'œuvrant pas dans le domaine du handicap à intégrer l'inclusion des personnes handicapées.

Politiques et plaidoyer

Bonne pratique 22 : les OPH doivent être soutenues afin qu'elles puissent mener des actions de plaidoyer, à l'échelle locale et à l'échelle nationale, en faveur de la mise en œuvre de la CDPH, notamment des droits des personnes handicapées à accéder aux services de santé sexuelle et de la reproduction.

Bonne pratique 23 : impliquer les acteurs gouvernementaux à de multiples niveaux pour améliorer l'inclusion des personnes handicapées aux niveaux local, régional et national.

Retour d'expérience 7 : impliquer les décideurs au plus tôt.

Méthodologie

Examen et regroupement des bonnes pratiques et des retours d'expérience

Ce recueil repose sur les documents de capitalisation des équipes pays de HI. Les équipes consignent régulièrement les bonnes pratiques et les retours d'expérience à l'échelle nationale. Des événements de capitalisation (et les documents connexes) ont également été organisés au niveau du consortium, et ont donné au groupe l'occasion de réfléchir ensemble et de partager des bonnes pratiques.

La consultante a réalisé une revue documentaire de toutes les bonnes pratiques et retours d'expérience consignés au niveau national, ainsi que des documents connexes. La consultante a ensuite identifié les principaux domaines de concordance et les similarités entre les bonnes pratiques des différents pays, ainsi que des exemples uniques de bonnes pratiques. Les bonnes pratiques et retours d'expérience des différents pays ont ensuite été compilés pour composer un recueil de bonnes pratiques et de retours d'expérience harmonisé au niveau du programme, présentant des études de cas issues des différents pays.

Entretiens avec des acteurs clés

Ce recueil a également été alimenté par des entretiens approfondis avec les équipes pays de HI et le personnel de coordination de WISH2ACTION (7), des partenaires techniques intervenant aux niveaux régional et national (8) et des membres d'OPH (5).

Les entretiens réalisés avec les équipes pays de HI ont permis d'analyser en profondeur les bonnes pratiques et les enseignements existants, et de rassembler davantage de détails. Les entretiens avec les partenaires techniques ont été axés sur leur apprentissage dans le domaine de l'inclusion des personnes handicapées, et sur leur travail au sein du consortium. Cela a contribué à alimenter de nouvelles bonnes pratiques sur l'assimilation de l'inclusion du handicap par les prestataires de services, et d'ajouter d'autres points de vue ou d'autres exemples aux bonnes pratiques existantes de HI.

Étant donné qu'il était important d'impliquer directement les OPH et d'entendre leurs points de vue, la consultante s'est également entretenue avec deux dirigeants d'OPH au Soudan du Sud et trois dirigeants et membres d'OPH au Bangladesh.

Identification des thèmes d'apprentissage

HI avait identifié six thèmes pour mettre en œuvre du programme : *la culture inclusive, la qualité de prise en charge, la coordination, les données, les réseaux d'orientation et l'intégration des services*. La consultante a initié un processus participatif pour classer les bonnes pratiques du programme dans les différents thèmes, à l'aide d'un outil de tri de cartes (Better Evaluation 2016). Ce processus a permis de classer les bonnes pratiques dans le thème le plus approprié et d'identifier de nouveaux thèmes potentiels.

Le tri des cartes a montré qu'il existait de multiples façons d'interpréter les thèmes et que certaines bonnes pratiques recoupaient plusieurs thèmes. Pour des raisons de clarté, chaque bonne pratique a été classée dans un seul thème d'apprentissage même si certaines coïncidaient avec plusieurs domaines thématiques. La contribution des partenaires techniques au processus de tri des cartes a été particulièrement intéressante. Elle a permis d'apporter de nouvelles idées et d'identifier trois nouveaux thèmes d'apprentissage. La section suivante apporte de plus amples informations sur ces thèmes d'apprentissage.

Thèmes d'apprentissage

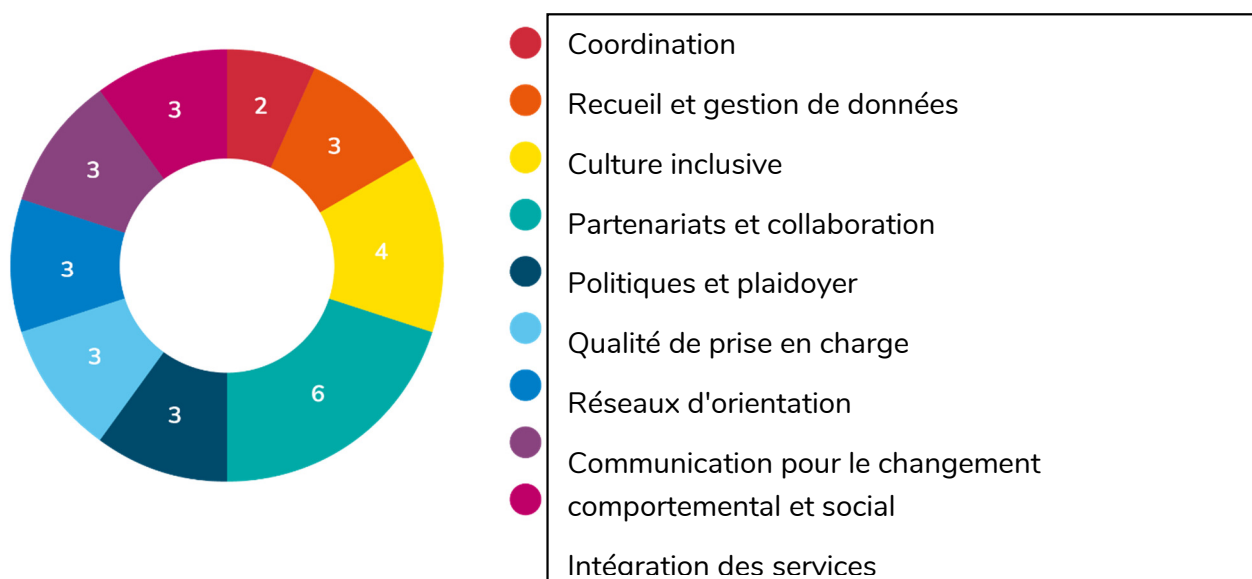
Cette section du recueil présente les domaines thématiques dans lesquels chaque bonne pratique (23) et chaque retour d'expérience (7) de ce rapport a été classé.

Il repose sur six thèmes utilisés par HI pour mettre en œuvre les activités dans chacun des pays concernés : la culture inclusive, la qualité de prise en charge, la coordination, les données, les réseaux d'orientation et l'intégration des services. Trois thèmes supplémentaires ont émergé et ont été ajoutés : la communication pour le changement comportemental et social (CCCS), les partenariats et la collaboration et les politiques et le plaidoyer. Ces thèmes d'apprentissage sont définis plus loin.

Les bonnes pratiques et les retours d'expérience ont été associés à des études de cas, des citations et des images issus de différents pays pour illustrer la mise en œuvre.

La figure 1 montre la répartition des bonnes pratiques et des retours d'expérience dans les neuf thèmes, et souligne l'importance particulière de l'apprentissage sur le thème de la culture inclusive et sur celui du partenariat et de la collaboration.

Figure 1 : répartition des bonnes pratiques et des retours d'expérience dans les différents thèmes



Définition des thèmes d'apprentissage

Culture inclusive : les acteurs concernés sont conscients de l'inclusion des personnes handicapées, et leurs connaissances et leurs compétences sont améliorées.

Qualité de prise en charge : la qualité de la prise en charge (services centrés sur le client, globalité et accessibilité) est améliorée dans les services de SSR offerts aux personnes handicapées.

Coordination : la coordination facilite l'efficacité des approches multipartites et multi-acteurs aux niveaux local et national, pour garantir des services de SSRD inclusifs des personnes handicapées.

Recueil et gestion des données : des données qualitatives et quantitatives désagrégées par handicap sont collectées et analysées au niveau des prestations de services et des communautés, aux fins du plaidoyer, de la CCCS et de la programmation.

Réseaux d'orientation : les personnes handicapées recherchant des services de SSR peuvent s'appuyer sur un réseau d'orientation clair, accessible et systématisé.

Intégration des services : les services de SSR sont inclusifs des personnes handicapées, et différents services sont intégrés ensemble avec efficacité. Cela concerne la programmation et l'action humanitaire.

Communication pour le changement comportemental et social : les stratégies de communication visant les individus, les institutions et les communautés sont étayées par les sciences comportementales et utilisées pour influencer les connaissances, les attitudes et les normes sociales aux fins de pratiques inclusives.

Partenariats et collaboration : les organisations travaillent ensemble pour créer et consolider des partenariats efficaces qui contribuent à l'amélioration des services de SSR pour les personnes handicapées.

Politiques et plaidoyer : les organisations participent à des actions nationales de plaidoyer pour influencer les politiques et les services, et améliorer l'inclusion des personnes handicapées dans les politiques et les services.

1. Culture inclusive

Ce paragraphe présente des bonnes pratiques et des retours d'expérience relatifs à la création d'une culture inclusive dans laquelle les différentes parties prenantes améliorent

leur sensibilité à l'inclusion des personnes handicapées, ainsi que leurs connaissances et leurs compétences dans ce domaine.

Il traite de l'adoption d'approches éclairées par les droits pour présenter le concept de droits des personnes handicapées à la SSR, sensibiliser les personnes handicapées sur les services de SSR disponibles, organiser des formations multipartites pour renforcer les connaissances et partager les expériences vécues par les personnes handicapées, et impliquer différents groupes pour développer une culture inclusive des personnes handicapées dans l'ensemble de la société. Ce paragraphe aborde également la question de l'intégration de l'inclusion du handicap au sein des organisations, et souligne le rôle d'appui que peuvent jouer, dans ce domaine, les experts techniques spécialisés dans le handicap.

« Les femmes handicapées aussi ont des enfants, elles aussi ont des familles, et il est impensable qu'elles soient exclues des services [de santé sexuelle et de la reproduction], car elles font partie intégrante de la communauté. » – Dirigeant d'une OPH, Soudan du Sud

Points essentiels

Utiliser l'approche éclairée par les droits pour sensibiliser les communautés (dont les personnes handicapées), les prestataires de services et les représentants du gouvernements aux droits universels relatifs à l'accès aux services de SSR.

Rassembler une diversité de parties prenantes autour d'événements et de formations pour renforcer l'apprentissage via un partage de points de vue et une réflexion sur la limitation des normes sociales.

Inclure les organisations de personnes handicapées dans les formations pour qu'elles partagent leurs expériences, et développer des partenariats pour améliorer l'inclusion des personnes handicapées.

Prendre en compte différents groupes susceptibles d'améliorer l'inclusion des personnes handicapées dans la société, comme les journalistes ou les architectes.

Les prestataires de services et autres organisations peuvent travailler au développement d'une culture organisationnelle inclusive des personnes handicapées avec l'appui d'OPH et d'experts techniques spécialisés dans le handicap.

Bonne pratique 1 : adopter l'approche sociale du handicap et l'approche éclairée par les droits, pour éliminer les obstacles qui empêchent les personnes handicapées d'accéder aux services de santé sexuelle et de la reproduction.

La difficulté : la [Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées](#) (CDPH) stipule les droits des personnes handicapées. La CDPH a été ratifiée dans chaque contexte, sauf au [Soudan du Sud](#) où il est donc particulièrement difficile de

faire valoir ces droits (HCDH 2021). Néanmoins, dans les contextes où la CDPH avait été ratifiée, les politiques connexes n'étaient pas forcément mises en œuvre.

Le modèle médical du handicap était dominant dans la plupart des contextes. Le Bangladesh se distinguait des autres contextes, car le handicap relève de la responsabilité du ministère des Affaires sociales, et qu'il n'est donc pas perçu totalement comme un sujet médical.

Ce que nous avons fait : plusieurs approches ont été utilisées pour promouvoir les droits, notamment la formation, la sensibilisation, l'organisation de dialogues communautaires, les supports de CCCS et l'appel à la responsabilité des décideurs politiques de satisfaire aux exigences légales. Le concept de droits a été présenté aux prestataires de services, aux représentants du gouvernements et aux membres des communautés.

Le matériel didactique pointait généralement vers les déclarations pertinentes des Nations Unies et vers les cadres nationaux ayant traduit la CDPH en lois et politiques nationales. Au Pakistan, HI a constaté que certains ministères se concentraient initialement sur les problèmes sanitaires et médicaux des personnes handicapées et ne comprenaient pas pourquoi la SSR devait être une priorité. La référence aux droits, à la CDPH et aux lois locales a aidé les décideurs politiques à favoriser l'approche éclairée par les droits.

Pourquoi cela a fonctionné : le recours au modèle social du handicap et au modèle éclairé par les droits humains a constitué une approche concluante pour aborder les concepts de handicaps, d'obstacles et de facteurs favorables dans le cadre de la formation. La présentation des obstacles a aidé les prestataires de services, les représentants des gouvernements et les agents de santé communautaire à reconnaître ces obstacles et à réfléchir à des approches pratiques pour offrir des services inclusifs (accessibilité physique des EDS, interprètes en langue des signes, etc.).

Les modèles du handicap¹

Le modèle caritatif du handicap : le modèle caritatif dépeint les personnes handicapées comme des victimes qui doivent être prises en pitié et faire l'objet de charité, et dont la vie est tragique. Il représente souvent les personnes non handicapées comme des sauveurs offrant des ressources charitables pour aider les personnes handicapées.

Le modèle médical du handicap : le modèle médical aborde le handicap essentiellement comme un problème lié à la personne, directement causé par une maladie, un traumatisme ou un autre problème de santé. Le modèle médical considère les professionnels de la santé comme des spécialistes en matière de handicap, les soins médicaux comme la question centrale, et la recherche d'un « traitement » comme l'objectif principal.

Le modèle social du handicap : le modèle social considère le handicap comme un résultat des obstacles créés par la société, un manque d'adéquation entre le handicap d'une personne et l'environnement dans lequel elle vit. Il considère que la société au sens large, a la

¹ Adapté de la version préliminaire du guide méthodologique de HI « La SSRD pour tous » (HI : 2021b)

responsabilité collective d'adapter l'environnement en mettant en œuvre toutes les modifications nécessaires à la participation significative et à l'intégration des personnes handicapées dans tous les domaines de la vie.

L'approche du handicap éclairée par les droits : l'approche du handicap éclairée par les droits s'appuie sur les droits humains universels et vise à éliminer les différents obstacles afin que les personnes handicapées puissent exercer et faire valoir leurs droits.

Bonne pratique 2 : coopérer avec les personnes handicapées et sensibiliser les communautés sur les services qui existent pour les personnes handicapées dans le domaine de la santé sexuelle et de la reproduction, et des droits connexes, pour combler le manque de connaissances sur les services disponibles.

La difficulté : le programme WISH2ACTION a constaté, d'une manière générale, que les personnes handicapées étaient très désireuses d'utiliser les services de SSR mais qu'elles ne savaient souvent pas ce qui était disponible pour elles. Certaines personnes handicapées avaient reçu de mauvaises informations au sein de la communauté ou ne connaissaient pas l'étendue des services de SSR disponibles.

Le programme a également noté le caractère sensible du sujet et a observé des perceptions négatives au sein des communautés à propos de certains services de SSR, notamment la planification familiale. La planification familiale était parfois considérée comme un service visant à prescrire des médicaments pour ne plus avoir d'enfants, et non comme un moyen de planifier et d'espacer les naissances (Soudan du Sud). La SSR était parfois regardée uniquement comme de la planification familiale, les personnes ne réalisant pas que la SSR englobait d'autres services, comme le soutien psychologique, l'accompagnement prénatal, le dépistage du cancer du col de l'utérus, le dépistage du cancer du sein, la prévention du VIH, et la prévention et la protection en matière de violence liée au genre.

Ce que nous avons fait : HI et les partenaires ont organisé des réunions et des dialogues sur le sujet dans les communautés, et ont réalisé des visites en porte-à-porte pour les personnes handicapées, leurs aidants et leurs familles. La bonne pratique 16 explique ces approches de l'implication communautaire dans les détails.

Pourquoi cela a fonctionné : le fait d'aborder la SSRD directement avec les communautés a aidé les personnes handicapées et leurs familles à comprendre la diversité des services disponibles et à savoir où y accéder. Cela a également contribué à réduire les perceptions négatives concernant les services de SSRD et à faire plus largement comprendre les services qu'englobe la SSRD.

« Mon premier enfant est né à la maison, avec beaucoup de difficultés, mais cette fois, puisque j'avais des informations sur l'accouchement en établissement et la maternité sans risques, je voulais suivre les conseils des agents de santé communautaire et des prestataires du service de planification familiale.... Je suis allée là-bas et j'ai accouché d'un garçon par césarienne en 2020. Pour mon premier accouchement, je n'avais pas

eu d'informations, d'accompagnement, ni de soutien émotionnel, mais cette fois, j'ai reçu tout ce dont j'avais besoin. » – Femme handicapée au Bangladesh

Bonne pratique 3 : rassembler différentes parties prenantes (dont des personnes handicapées) autour de formations sur la santé sexuelle et de la reproduction inclusive des personnes handicapées, et sur les droits connexes.

La difficulté : plusieurs équipes pays ont constaté que les formations étaient moins efficaces sans la présence de personnes handicapées.

Ce que nous avons fait : HI et les partenaires ont organisé des formations avec des groupes mixtes, multipartites, incluant des agents de santé communautaire, des prestataires de services, des organisations partenaires, des représentants du gouvernement et des OPH. L'une des leçons essentielles a été l'importance de la présence de personnes handicapées aux formations, à la fois pour qu'elles partagent les expériences qu'elles ont vécues et expliquent les obstacles qu'elles rencontrent, et pour que les OPH présentes puissent développer des relations, travailler avec les prestataires de services et garantir l'inclusion. Il a été important d'assurer le transport et de fournir une aide pour que les aidants puissent accompagner les personnes handicapées qui en avaient besoin et leur permettre de participer aux formations.

Pourquoi cela a fonctionné : les équipes de HI ont constaté que l'apprentissage a fonctionné grâce à la mixité des groupes, et que la présence des personnes handicapées avait aidé les prestataires de services à réaliser que les personnes handicapées avaient des besoins en SSR de la même manière que les personnes non handicapées. Leur interaction avec les personnes handicapées a également amélioré leur confiance.

« Les personnes handicapées sont comme tout le monde, nous n'avons pas à les traiter différemment en raison de leur handicap, ou à leur crier dessus » – Opérateur du service d'assistance téléphonique gratuit de Marie Stopes à Madagascar.

Étude de cas : membres d'OPH partageant leurs expériences durant les formations en Ouganda

En Ouganda, les OPH ont joué le rôle « d'experts du handicap » en partageant des expériences vécues et en expliquant les obstacles qu'elles ont pu rencontrer dans l'accès aux soins de santé. Des femmes membres d'OPH ont donné des exemples des difficultés qu'elles avaient rencontrées dans les services de maternité, comme d'avoir à répondre à des questions embarrassantes sur la façon dont elles étaient tombées enceintes.

L'équipe de HI en Ouganda a conclu qu'il serait pertinent d'organiser une formation pour un groupe mixte constitué de prestataires de services et de personnes handicapées (membres d'OPH) afin de rectifier les informations erronées, de balayer les idées reçues et de faciliter un dialogue constructif autour de la question des obstacles.

Bonne pratique 4 : identifier différents secteurs et les impliquer dans la formation et le renforcement des capacités pour améliorer l'inclusion des personnes handicapées au sein de la société.

La difficulté : l'inclusion des personnes handicapées s'étend au-delà du secteur de la santé, c'est une question sociétale plus vaste qui requiert l'implication d'autres acteurs et d'autres secteurs.

Ce que nous avons fait : plusieurs équipes pays de HI ont adopté une approche innovante en impliquant de nouveaux acteurs dans la formation sur l'inclusion des personnes handicapées, notamment des journalistes (Madagascar) et des architectes (Pakistan). Cette approche a impliqué des acteurs en dehors du secteur de la santé et a pris en compte d'autres secteurs susceptibles de soutenir la SSRD inclusive des personnes handicapées et l'inclusion au sens large.

Pourquoi cela a fonctionné : une approche globale et multipartite a pris en considération et a inclus des acteurs de différents secteurs, qui étaient susceptibles de jouer un rôle important dans l'amélioration de la coordination nationale. Cela peut contribuer au développement d'une culture plus inclusive et à la création d'environnements plus favorables aux personnes handicapées.

Étude de cas : formation de journalistes à Madagascar

À Madagascar, un certain nombre de journalistes ayant déjà travaillé avec les partenaires du consortium WISH sur la SSR ont été invités à suivre une formation. Ils ont été conviés à participer à une session de sensibilisation sur les droits des personnes handicapées, sur la façon de décrire les personnes handicapées, sur le langage approprié à employer et sur la manière d'interagir avec les personnes handicapées. Cela a contribué à augmenter le nombre d'articles de presse sur la SSR en lien avec les personnes handicapées.

Étude de cas : formation d'architectes au Pakistan

Au Pakistan, HI a constaté que malgré la mise en place d'une législation sur l'accessibilité des bâtiments, de nombreux bâtiments publics comme les hôpitaux et les écoles ne satisfaisaient pas aux exigences de cette législation. L'accessibilité est un obstacle majeur pour les personnes handicapées, qui les empêche d'accéder aux établissements de santé.

HI a réalisé que les architectes et les urbanistes n'étaient pas forcément conscients des problèmes d'accessibilité, et a donc organisé une session de formation pour parler de l'accessibilité des infrastructures pour les personnes handicapées. Les participants ont été surpris des informations qui leur ont été présentées et ont apprécié d'étudier les normes nationales et internationales sur l'accessibilité et le handicap.

Gage de réussite, certains architectes et urbanistes ont formé un groupe de travail national pour évaluer l'accessibilité des lieux publics. Cela a amélioré la coordination autour de cet enjeu majeur que représente la transformation des bâtiments publics aux fins de les rendre accessibles aux personnes handicapées.

2. Qualité de prise en charge

Ce paragraphe présente des bonnes pratiques et des retours d'expérience sur le thème de l'amélioration de la qualité des services de SSR pour les personnes handicapées.

Il se concentre particulièrement sur le rôle des établissements de santé et du personnel de santé. Il est ici important de distinguer les prestataires de services qui ont reçu une formation professionnelle et travaillent dans des établissements, des agents de santé communautaire (ASC) qui sont généralement des volontaires intervenant au niveau des communautés.

Les deux catégories ont été impliquées dans le programme WISH2ACTION à différents niveaux : les ASC ont contribué à l'augmentation de la demande, aux premiers conseils aux personnes handicapées et à leur orientation vers les services, et les prestataires ont participé aux formations et ont assuré des services de santé.

Ce paragraphe contient des bonnes pratiques pour entreprendre l'évaluation des EDS en partenariat avec les prestataires de services et les OPH, puis créer et mettre en œuvre des plans d'action conjoints visant l'amélioration des EDS. Il aborde également la question de la formation à la fois des prestataires de services et des agents de santé communautaire.

« Les infirmiers et les médecins des hôpitaux sont désormais à même de recevoir des couples de personnes handicapées dans le respect de leur dignité. Ils voient des couples de personnes handicapées venir à l'hôpital et ils leur accordent la priorité. »

– Membre d'une OPH au Bangladesh

« Je me souviens que lorsque je voyais une personne handicapée arriver au centre, je lui disais souvent que je n'avais pas le temps pour elle, que ces services étaient destinés aux personnes valides... Mais aujourd'hui, grâce à la formation WISH2ACTION de HI sur l'inclusion des personnes handicapées et la communication pour le changement comportemental et social, j'ai compris que ce sont nous, les prestataires de services, qui constituons un obstacle en empêchant les personnes handicapées d'accéder aux services de SSR. Désormais, j'adopte une attitude positive à l'égard des personnes handicapées afin qu'elles accèdent à des informations et à des services de qualité et abordables dans le domaine de la santé sexuelle et de la reproduction, y compris à l'ensemble des méthodes de contraception. »

– Infirmière au Soudan du Sud

Points essentiels

L'évaluation des établissements de santé est un outil important pour cartographier les obstacles à l'inclusion des personnes handicapées : obstacles physiques, obstacles à la communication et obstacles comportementaux.

L'inclusion ne coûte pas forcément beaucoup d'argent, de petits changements peuvent faire une grande différence dans la qualité de prise en charge des personnes handicapées.

Les évaluations peuvent contribuer à améliorer la planification et la budgétisation, et rendre les établissements et les services accessibles.

Les prestataires de services, la direction des EDS, les organisations non gouvernementales (ONG) et les OPH devraient travailler en collaboration pour élaborer, développer et mettre en œuvre des plans d'amélioration des EDS.

Les EDS devraient impliquer les décideurs politiques aux niveaux local et national pour plaider en faveur d'une amélioration des établissements à plus grande échelle.

Les prestataires de services et les ASC pourraient ne pas comprendre les besoins en SSR des personnes handicapées et pourraient avoir des difficultés à communiquer avec les personnes handicapées.

L'interprétation en langue des signes a été identifiée comme un enjeu essentiel dans plusieurs pays dans lesquels HI a mis en œuvre WISH2ACTION.

La formation des prestataires et des agents de santé communautaire est fondamentale pour balayer les idées reçues sur les personnes handicapées et la SSR.

Bonne pratique 5 : travailler en partenariat pour réaliser une évaluation structurée des établissements de santé et élaborer des plans d'action en vue d'améliorer les établissements de santé existants pour les personnes handicapées.

La difficulté : les établissements de santé ne sont pas toujours accessibles aux personnes handicapées, à la fois sur le plan de l'accessibilité physique et au niveau de la prestation de services. De plus, les personnes handicapées ne sont pas toujours incluses dans la planification pour l'amélioration des établissements de santé.

Ce que nous avons fait : les équipes de HI au Bangladesh et en Éthiopie ont travaillé en collaboration avec des membres d'OPH et des prestataires de services pour réaliser une évaluation des EDS couvrant l'accessibilité physique pour les personnes handicapées ainsi que les problèmes en matière de prestation de services, tels que les obstacles liés à la communication et aux comportements². L'outil utilisé a également évalué d'autres domaines, tels que la coordination, l'orientation et les politiques relatives à l'inclusion des personnes handicapées.

Après ces évaluations, certains prestataires de services ont réalisé que l'inclusion ne nécessitait pas forcément beaucoup d'argent et que certains problèmes pouvaient être résolus avec peu de ressources. Ils ont pu apporter des changements importants, notamment modifier la hauteur d'affichage des posters pour les rendre plus accessibles

² Pour consulter cet outil, veuillez contacter Humanité & Inclusion : jane.newnham@hi.org ou info@hi.org.

(Bangladesh), ajuster la taille des posters (Bangladesh) et acheter des fauteuils roulants (Ouganda).

Au Bangladesh, les évaluations conjointes ont découlé sur une compréhension commune de ce qu'est l'accessibilité et sur un engagement à entreprendre des travaux dans les bâtiments pour améliorer l'accessibilité dans huit EDS. Les problèmes qui ne pouvaient pas être résolus avec les ressources existantes ont fait l'objet d'une demande d'aide auprès du gouvernement. Les OPH ont réussi à faire financer une rampe d'accès par le gouvernement, dans un établissement local doté d'escaliers qui était difficilement accessible aux personnes handicapées.

Pourquoi cela a fonctionné : l'évaluation des EDS est un outil utile qui permet d'identifier les obstacles existant dans les EDS, et qui peut encourager la collaboration entre les parties prenantes aux fins de réduire ces obstacles et de mener des actions de plaidoyer.

Le fait que ces évaluations et ces plans d'action aient été réalisés conjointement, avec des ONG comme HI, des prestataires de services du secteur privé, des OPH et des prestataires de services publics a été une pratique concluante pour susciter l'action et le suivi de l'inclusion des personnes handicapées. Un prestataire de services, partenaire du consortium, a rapporté que le travail en collaboration était une bonne pratique pour la prestation de services, notamment dans les domaines comme l'assurance qualité.

Étude de cas : désignation d'un référent handicap dans les établissements de santé au Bangladesh pour généraliser l'inclusion des personnes handicapées

Après avoir réalisé une évaluation des EDS, une personne-ressource en matière de handicap a été identifiée dans chaque EDS impliqué au Bangladesh. Ces personnes étaient des employés d'EDS publics, des infirmiers ou des médecins qui avaient reçu une formation de trois jours sur la SSR inclusive. Le rôle de ces personnes était de superviser et de coordonner tous les aspects de l'inclusion des personnes handicapées en travaillant par le biais de comités pour coordonner l'inclusion et collaborer avec les prestataires de services et les agents de santé communautaire. Ces référents ont également été chargés de développer les capacités et d'assurer une formation continue. Cette approche a contribué à assurer une viabilité à plus long terme et à améliorer la coordination de l'inclusion des personnes handicapées au sein de chaque EDS.

Étude de cas : amélioration de la communication en Éthiopie

En Éthiopie, l'évaluation conjointe d'un EDS a conduit à la mise en place d'un plan d'action. HI a apporté un appui technique sur l'inclusion des personnes handicapées qui a aidé le prestataire à mettre en œuvre le plan d'action. La communication entre les prestataires de services et les personnes handicapées s'est avérée être particulièrement difficile, notamment pour les personnes qui communiquent en langue des signes. Sur la base de ce constat, HI a collaboré avec 56 EDS publics et a formé leur personnel à la langue des signes.

Bonne pratique 6 : former les prestataires de services et les agents de santé communautaire à mieux accompagner les personnes handicapées.

La difficulté : sur la base des conclusions des évaluations des obstacles³, le programme WISH2ACTION a réalisé que les prestataires de services et les agents de santé communautaire avaient souvent des idées reçues sur les personnes handicapées et avaient peu confiance en eux pour fournir des services aux personnes handicapées.

L'une des idées reçues courantes était que les femmes handicapées n'avaient pas de vie sexuelle, ne tombaient pas enceintes et n'avaient donc pas besoin d'accéder aux services de SSR (Bangladesh, Pakistan, Soudan du Sud). Malgré le fait que cette croyance erronée était largement répandue au sein de la société, la formation des prestataires de services a été une stratégie essentielle pour réduire les obstacles comportementaux et améliorer les services de première ligne pour les personnes handicapées.

Ce que nous avons fait : WISH2ACTION a dispensé une formation sur les droits des personnes handicapées et sur leurs besoins en SSR aux agents de santé communautaire, prestataires de services et opérateurs téléphoniques intervenant dans le domaine de la SSRD.

Au Soudan du Sud, les partenaires du consortium ont recruté des personnes handicapées comme mobilisateurs de santé communautaire. Au Bangladesh, trois membres handicapés d'OPH ont été recrutés et formés par des organisations locales comme agents de santé communautaire (suite à un plaidoyer de HI).

Pourquoi cela a fonctionné : la formation a contribué à modifier le point de vue des prestataires de services et des agents de santé communautaire. Après la formation, certains participants ont déclaré qu'ils accordaient désormais la priorité aux personnes handicapées et qu'ils souhaitaient s'occuper d'eux en premier. D'autres ont confirmé que tout le monde avait besoin et avait le droit d'accéder aux services de SSR. De plus, le fait de recruter des personnes handicapées comme agents de santé communautaire a été une approche importante favorisant la pérennité et l'amélioration de la qualité de prise en charge des personnes handicapées.

« J'ai réalisé qu'il était fondamental pour les droits et le bien-être des femmes, des filles, des garçons et des hommes handicapés, d'accéder à des services de SSR inclusifs et efficaces. Cela permet à nos jeunes adolescentes handicapées et aux adultes handicapés d'éviter les conséquences négatives d'une grossesse non désirée sur leur santé et leur statut socio-économique, et d'avoir une vie sexuelle satisfaisante comme n'importe qui, bien que j'aie eu tendance à penser que les

³En 2021, HI a réalisé de vastes évaluations pour identifier les obstacles qui empêchent les personnes handicapées d'accéder aux informations et aux services de SSR. Ces évaluations des obstacles ont été menées en Éthiopie, à Madagascar, au Soudan du Sud et en Ouganda. Pour plus d'informations, veuillez contacter jane.newnham@hi.org ou info@hi.org.

personnes handicapées n'étaient pas sexuellement actives. » – Infirmière au Soudan du Sud

« J'ai commencé à porter davantage d'attention aux appels des patients. Je ne réalisais pas que quand quelqu'un bredouillait au téléphone, il pouvait s'agir d'une personne qui avait des problèmes pour parler ou pour communiquer. Par ailleurs, je suis maintenant plus attentive aux détails, et je m'assure que la solution que je propose (le lieu vers lequel j'oriente le patient) est bien adaptée à la situation de la personne et qu'il n'y a pas d'obstacle associé à une potentielle situation de handicap. De cette manière, j'ai pu orienter correctement une personne aveugle qui avait besoin d'un service de planification familiale et une autre personne présentant un handicap physique qui avait besoin d'une consultation médicale. » – Téléopératrice à Madagascar

Étude de cas : formation des téléopérateurs d'un service d'assistance téléphonique en SSR à Madagascar

À Madagascar, l'équipe a travaillé avec des OPH pour former les opérateurs téléphoniques de Marie Stopes International Reproductive Choices, qui répondent aux appels passés au service gratuit d'assistance téléphonique pour informer leurs interlocuteurs sur la SSR et les conseiller sur les services de SSR. Les membres des OPH leur ont expliqué comment parler à quelqu'un qui aurait des difficultés à communiquer ou à comprendre. Avant cette formation, lorsqu'un appelant était lent à répondre ou avait des difficultés à communiquer, les téléopérateurs pensaient parfois qu'il s'agissait d'un canular.

Après la formation, les téléopérateurs étaient conscients qu'il pouvait s'agir d'une personne handicapée et avaient les compétences pour communiquer avec elle. Les téléopérateurs ont été formés sur les différents types de handicap et cela a permis d'améliorer les conseils qu'ils donnent aux clients.

Retour d'expérience 1 : l'interprétation en langue des signes est fondamentale pour offrir des services de SSR de qualité aux personnes présentant un handicap auditif.

De nombreux prestataires de services et agents de santé communautaire se sentaient mal équipés et peu sûrs d'eux pour communiquer efficacement avec les personnes handicapées. La communication en langue des signes a été identifiée comme un enjeu majeur pour atteindre les personnes présentant un handicap auditif, et dans certains cas, une formation spécialisée a été dispensée par HI ou d'autres acteurs :

- En Éthiopie, le gouvernement a demandé à HI une formation en langue des signes qui a été dispensée aux prestataires de services de 56 établissements différents. L'équipe de HI en Éthiopie a constaté que cela avait renforcé la prise de responsabilité du gouvernement et son engagement envers l'inclusion des personnes handicapées au niveau fédéral.

- L'équipe d'Ouganda a été agréablement surprise de constater que dans certains districts, le gouvernement avait agi pour former tous les agents de développement communautaire et agents de santé communautaire à la langue des signes.
- Au Bangladesh, des interprètes en langue des signes d'OPH ont accompagné des personnes handicapées dans les hôpitaux, une mesure qui n'a toutefois pas été considérée par l'équipe comme une solution pérenne.
- L'interprétation en langue des signes est particulièrement importante dans les contextes humanitaires, notamment dans les camps de réfugiés où les personnes parlent différentes langues. L'IRC a constaté qu'elle était essentielle en Ouganda pour permettre aux personnes handicapées d'obtenir les bonnes informations sur les services de SSR.
- Un membre du personnel de HI a constaté que même si les prestataires de services ne parlaient pas la langue des signes de manière courante, le fait de savoir saluer ou de connaître quelques signes de base a aidé les personnes présentant un handicap auditif à se sentir accueillies et acceptées.
- Un prestataire de services a fait remarquer que la formation en langue des signes était utile mais qu'il fallait du temps pour former correctement les individus et qu'il serait pertinent d'améliorer, en même temps, les compétences en communication pour les handicaps moins visibles.

3. Coordination

Ce paragraphe porte sur les bonnes pratiques et les retours d'expérience liés au thème de la coordination entre acteurs, et montre comment l'amélioration de la coordination peut contribuer à rendre les services de SSR plus inclusifs des personnes handicapées. Les OPH peuvent jouer un rôle majeur dans la coordination nationale pour améliorer la SSRD inclusive à plus long terme, au-delà des programmes comme WISH2ACTION.

Les principaux enseignements ont trait à l'intégration de membres d'OPH dans les comités de santé pour améliorer la coordination et faire en sorte que l'inclusion des personnes handicapées soit inscrite dans l'agenda. Ce paragraphe aborde aussi la question de la coordination pour la formation des agents de santé communautaire et des prestataires de services, et montre comment cela pourrait être amélioré au niveau national pour ancrer l'inclusion du handicap au-delà des projets.

Points essentiels

Les personnes handicapées doivent être incluses dans la planification et la mise en œuvre des services de SSR par le biais de leur intégration dans les comités gouvernementaux qui existent aux niveaux des villages et des districts.

À plus long terme, l'inclusion du handicap doit être intégrée dans les programmes nationaux de formation des professionnels de santé pour garantir une approche coordonnée de l'inclusion au sein du système de santé.

Bonne pratique 7 : encourager l'intégration et la représentation des personnes handicapées dans les comités de santé.

La difficulté : les comités de santé des clusters ou des districts sont des structures permanentes chargées de la planification, de la mise en œuvre et du suivi de la SSRD, et ils devraient impliquer la communauté locale pour favoriser la coopération, la responsabilisation et la redevabilité. De nouvelles structures ont également été créées en réponse aux urgences sanitaires comme la crise de la COVID-19, et celles-ci doivent impliquer les communautés dans l'action d'urgence et la communication en contexte d'urgence, pour garantir l'efficacité des programmes de santé publique. Cependant, les personnes handicapées ne sont souvent pas représentées dans ces comités, ce qui signifie que leurs besoins risquent de ne pas être pris en compte.

Ce que nous avons fait : HI et les partenaires ont travaillé à l'amélioration de l'inclusion du handicap en plaidant pour la représentation des personnes handicapées dans les comités de santé. Il s'agissait de comités de villages, de comités de districts et de comités d'action d'urgence.

Au Pakistan, en Ouganda et au Soudan du Sud, il a été nécessaire d'impliquer les représentants du gouvernement en continu et de discuter avec eux pour inclure des membres d'OPH dans les comités. En Ouganda, l'équipe s'est appuyée sur les directives existantes relatives aux comités de gestion de la santé afin de clarifier les responsabilités de ces comités et de souligner le fait que l'inclusion des personnes handicapées en faisait partie. Au Soudan du Sud, après deux ans d'implication, de formation et de mise en relation avec les OPH, 24 comités de santé de villages intègrent désormais des membres d'OPH.

Pourquoi cela a fonctionné : au Pakistan, l'association FPAP (association de planification familiale au Pakistan), membre de l'IPPF (dirigeante du consortium WISH), a relevé un enseignement important : plutôt que de créer des comités distincts chargés de l'inclusion des personnes handicapées, l'intégration de membres d'OPH dans les comités de santé des clusters au Pakistan est une approche plus pérenne qui permet de mieux intégrer la question de l'inclusion. La pérennité a été identifiée comme un enjeu. En Ouganda, les équipes ont réussi à valider le fait que le coût de participation des personnes handicapées dans les réunions soit inclus et planifié dans le prochain budget financier des comités de santé.

Retour d'expérience 2 : un renforcement continu des capacités est nécessaire pour parvenir à un système de santé inclusif des personnes handicapées.

L'enjeu de la pérennité a fait l'objet d'une vaste réflexion par plusieurs équipes pays de HI et partenaires techniques. Comme cela a été évoqué dans la Bonne pratique 6, le renforcement

des capacités et la sensibilisation des prestataires de services et des agents de santé communautaire en matière d'inclusion des personnes handicapées ont été des composantes importantes du programme WISH2ACTION, qui ont généré des résultats positifs et qui devraient toujours faire partie des programmes de SSRD.

Cependant, l'inclusion des personnes handicapées n'est souvent pas une question abordée dans la formation nationale des prestataires de services et des ASC. Le personnel pourrait changer de poste ou de lieu de travail, ce qui poserait un problème en termes de pérennité. Des progrès sont actuellement réalisés dans ce domaine à Madagascar et au Bangladesh où HI travaille avec les gouvernements pour développer un module sur l'inclusion des personnes handicapées à incorporer dans le programme éducatif national des agents de santé communautaire et des prestataires de services impliqués dans la SSR et la planification familiale. Les deux versions étaient en cours d'étude par les gouvernements au moment de la rédaction du présent rapport. Cette approche pourrait contribuer à renforcer les capacités et à garantir la pérennité d'une SSR inclusive des personnes handicapées dans les systèmes nationaux de santé.

« Collaborer avec les instituts de formation est une approche plus durable pour intégrer des modèles inclusifs dans le programme éducatif. » – Membre du personnel de HI au Soudan du Sud

4. Recueil et gestion des données

Ce paragraphe présente des bonnes pratiques et des retours d'expérience sur le thème du recueil et de la gestion des données. Il se concentre particulièrement sur l'emploi de la version courte des questions du Washington Group (WG-SS), un outil recommandé internationalement, et montre comment cette approche peut être utilisée pour améliorer le plaidoyer, la planification, la programmation et le suivi, pour mesurer le degré d'inclusion des personnes handicapées dans les programmes de SSRD et pour placer les débiteurs d'obligations devant leurs responsabilités.

La [version courte des questions du Washington Group](#) est un outil conçu pour recueillir rapidement et facilement des données sur le handicap dans n'importe quel contexte, dont les situations humanitaires (Washington Group 2021). Son objectif est de favoriser la rationalisation des statistiques mondiales sur le handicap en mettant à disposition un outil capable de recueillir les mêmes informations élémentaires dans les recensements, les enquêtes et les systèmes de santé.

Les études montrent que le fait de demander directement aux individus s'ils présentent un handicap n'est pas un moyen efficace de recueillir des données, car les personnes pourraient hésiter par peur de la stigmatisation ou ne divulguer que les handicaps sévères et non les handicaps plus modérés, là encore en raison des risques d'exclusion (HI et Leonard Cheshire

Foundation [LCF] 2016). Pour éviter cela, les questions du Washington Group ont été développées sans employer le terme *handicap*.

Les WG-SS ne sont ni un outil diagnostique ni un outil d'évaluation, elles visent à identifier la prévalence du handicap pour traiter certaines questions comme le niveau d'accès des personnes handicapées aux établissements de santé ou le degré d'inclusion des programmes (HI et LCF 2016). Pour utiliser les WG-SS correctement, il est nécessaire de comprendre les concepts sous-jacents de cet outil et de former les enquêteurs de manière à ce qu'ils aient les compétences élémentaires pour administrer ces questions⁴ (Washington Group 2015).

Les principaux enseignements tirés de WISH2ACTION portent sur la nécessité de renforcer les capacités des gouvernements, des partenaires de mise en œuvre et des prestataires de services, via la formation aux WG-SS. Ce paragraphe parle également de l'importance d'adapter la formation au contexte, notamment à la langue, en respectant les protocoles de traduction recommandés (Washington Group 2003). Ce paragraphe se termine en analysant les difficultés que pose l'intégration des WG-SS dans les systèmes nationaux de gestion de l'information sanitaire, intégration qui permettrait d'améliorer l'inclusion des personnes handicapées.

« Les WG-SS sont fondamentales pour déterminer si nous interagissons effectivement avec des personnes handicapées, quels handicaps elles présentent, et comment, sur la base des résultats, nous pouvons modifier et adapter délibérément nos infrastructures d'offres de services ou nos supports d'information, d'éducation et de communication. » – Membre du personnel de l'IRC

Points essentiels

Le recueil de données désagrégées par handicap (comme stipulé dans la CDPH) devrait devenir systématique dans tous les systèmes de recueil de données et dans toutes les pratiques des partenaires et prestataires de SSRD.

Les acteurs de la santé concernés, comme les prestataires de services publics et privés devraient être sensibilisés à l'importance et à la pertinence du recueil de données désagrégées par handicap, et formés à l'utilisation des WG-SS.

Tous les enquêteurs devraient suivre une formation pour garantir l'intégration systématique et efficace des WG-SS dans les systèmes et les services.

La formation devrait être adaptée au contexte et devrait répondre à toutes les préoccupations des participants concernant l'utilisation des WG-SS.

Les WG-SS doivent être formulées dans la langue locale, après traduction selon les [directives de traduction](#) du WG afin de garantir la terminologie appropriée et de permettre

⁴ HI et le Washington Group ont collaboré pour développer une formation en ligne à l'utilisation des WG-SS. Cette formation est disponible sur : <https://www.washingtongroup-disability.com/resources/online-trainings-and-webinars/>

aux participants de la formation de s'entraîner à poser les questions (Washington Group 2003).

Il pourrait être nécessaire de fournir un appui continu et de renouveler les formations pour ancrer l'emploi des WG-SS et faire en sorte que les données recueillies soient analysées correctement.

Les données recueillies à partir des WG-SS peuvent et doivent être analysées et utilisées de manière appropriée pour améliorer les programmes, influencer les budgets, cartographier les enjeux et étayer les pratiques.

L'intégration des WG-SS dans les systèmes nationaux de gestion et de suivi des informations sanitaires constitue un enjeu à long terme qui nécessite l'implication des décideurs nationaux.

Bonne pratique 8 : renforcer les capacités via la formation à l'utilisation des questions du Washington Group (version courte) pour susciter leur adoption par les prestataires de services et les acteurs gouvernementaux et favoriser une utilisation efficace.

La difficulté : les WG-SS ne sont souvent pas bien intégrées chez les prestataires de services et dans les systèmes nationaux. La formation et l'appui sont nécessaires pour que ces questions soient utilisées avec efficacité.

Ce que nous avons fait : plusieurs équipes pays de HI ont dispensé une formation sur les WG-SS à une diversité d'acteurs, et plusieurs exemples d'adoption par les gouvernements et les prestataires de services sont positifs.

Impliquer les gouvernements

- En Éthiopie, un atelier de sensibilisation à l'utilisation des WG-SS aux fins d'un recueil de données inclusives du handicap a été organisé avec les hautes instances du gouvernement, atelier auquel a participé le Directeur Genre et Handicap qui a réalisé qu'il était important de recueillir des données sur le handicap et a demandé au personnel d'améliorer le travail dans ce domaine.
- Au Pakistan, les questions du WG ont été testées dans un district par HI, en partenariat avec l'équipe de santé du district. C'est un exemple positif de projet pilote qui démontre l'implication du gouvernement.

Impliquer les prestataires de services

- En Éthiopie, l'équipe a dispensé une formation sur les WG-SS dans neuf EDS publics qui utilisent désormais des carnets pour recueillir des données auprès des usagers de services via les WG-SS.
- En Ouganda, l'équipe a sélectionné des organisations de prestataires de services qu'elle a formées pour les encourager à intégrer les WG-SS. Reproductive Health

Uganda (RHU)⁵ intègre désormais ces questions dans son système informatique de données de routine et les utilise pour recueillir des données sur chaque client et pour alimenter ses rapports. RHU poursuit également la formation de son personnel dans les autres régions du pays.

- L'IPPF et l'IRC ont intégré les WG-SS dans les entretiens de sortie⁶ de leurs clients dans les pays suivants : Soudan du Sud, Malawi, Zambie, Mozambique, Soudan, Somalie, Éthiopie, Ouganda, Burundi, Tanzanie et Pakistan. Les entretiens de sortie des clients sont un outil de mesure de la qualité qui est utilisé chaque année pour évaluer la qualité de service et la satisfaction des clients. Les entretiens sont assez longs, puisque 50 questions peuvent être posées aux clients. L'IPPF est allée encore plus loin en ajoutant plusieurs questions spécifiques sur le handicap dans les entretiens de sortie.

Pourquoi cela a fonctionné : HI a développé une formation sur-mesure pour répondre aux besoins et renforcer la capacité des différents acteurs dans le domaine des WG-SS. Dans le cas de RHU, un accompagnement continu a été nécessaire pour aider cet acteur à intégrer les WG-SS dans son recueil de données de routine. HI a rencontré RHU régulièrement et a dispensé des formations individuelles à son personnel chargé du suivi et de l'évaluation.

« Les prestataires de services considéraient au départ que HI était totalement responsable des données relatives au handicap, mais ils comprennent aujourd'hui qu'ils doivent aussi les prendre en compte. » – Membre du personnel de HI en Ouganda

Étude de cas : se former à l'emploi des WG-SS à l'IRC

L'IRC utilise les WG-SS pour déterminer s'il répond aux besoins des personnes handicapées, pour adapter ses services en vue de mieux y répondre, et pour cartographier les besoins supplémentaires.

L'IRC a constaté que les questions étaient utiles pour comprendre les types de handicap qui étaient prédominants dans les différents contextes, et utilise ces informations pour modifier ses services. À titre d'exemple, l'IRC a constaté sur l'un de ses sites d'intervention, que 7 % de ses clients vivaient avec un handicap et que la plupart de ces handicaps étaient d'ordre intellectuel. L'IRC a également réalisé qu'il était important que les questions soient posées d'une manière standardisée, qu'elles soient traduites de façon appropriée afin que les clients les comprennent bien, et que tous les enquêteurs soient formés à leur utilisation.

⁵ Reproductive Health Uganda offre des services dans 29 districts du pays, à travers 768 points de prestations de services : 17 cliniques statiques, 74 centres mobiles, 35 cliniques associées et un réseau de centaines de distributeurs / services communautaires (IPPF 2021).

⁶ MSI et l'IRC utilisent également la version courte des questions du WG dans les entretiens de sortie de leurs clients, mais ils le faisaient déjà avant WISH2ACTION.

Bonne pratique 9 : adapter l'appui et l'assistance sur les questions du Washington Group (version courte) pour garantir l'applicabilité de cet outil dans différents contextes et pour différents objectifs.

La difficulté : les équipes pays de HI et les prestataires partenaires ont identifié des difficultés pour appliquer les WG-SS dans leur travail et leurs contextes.

Dans certains contextes, les enquêteurs étaient mal à l'aise à l'idée de poser ces questions si l'usager des services présentait un handicap visible. Les questions sur l'auto-prise en charge et la communication, en particulier, provoquaient de l'embarras. Beaucoup d'enquêteurs étaient également préoccupés par la durée des questions, faisant remarquer que cela prenait beaucoup de temps de poser les six questions ou de proposer tous les choix de réponse.

Ce que nous avons fait : ces difficultés ont été atténuées par la formation, les formateurs de HI expliquant que l'objectif des WG-SS étaient de comprendre les degrés de difficulté auxquels sont confrontées les personnes handicapées, d'identifier les personnes les plus à risques, et d'utiliser ces données pour améliorer les services. À Madagascar, un appui a été assuré pour garantir l'emploi d'un langage approprié et réaliser la traduction (voir étude de cas). Les organisations de prestataires de services ont constaté qu'il était préférable d'inclure ces questions dans les entretiens de sortie des clients afin d'avoir suffisamment de temps pour poser les questions correctement.

Pourquoi cela a fonctionné : l'approche sur-mesure a aidé les différents acteurs à appliquer les WG-SS dans leur travail avec efficacité. Les prestataires partenaires ont constaté que les WG-SS étaient utiles non seulement pour le recueil de données mais également à d'autres fins (ex. : les téléopérateurs à Madagascar pouvaient déterminer discrètement si une personne présentait un handicap et adapter leur service en fonction).

Étude de cas : traduction des questions du Washington Group (version courte) à Madagascar

La langue s'est avérée être un facteur important à Madagascar où les prestataires de services ont indiqué que la version malgache des questions était plus pertinente et plus pratique que la version française. La traduction devait être réalisée conformément aux protocoles de traduction recommandés par le Washington Group (Washington Group 2003).

Les questions en malgache ont été utilisées dans un jeu de rôle afin que les prestataires de services puissent s'entraîner, puis elles ont été entièrement intégrées dans le matériel didactique. Il a été utile de fournir à la fois la version française et la version malgache afin que les participants puissent comparer la signification des questions dans les deux langues.

Retour d'expérience 3 : l'amélioration du recueil de données nationales inclusives du handicap constitue un engagement à long terme et un enjeu constant.

Cela a été identifié comme un enjeu majeur dans les six pays. Les WG-SS n'étaient intégrées dans aucun des systèmes nationaux, et certains systèmes ne disposaient d'aucun indicateur national du handicap.

En général, les gouvernements utilisent un système national d'information pour la gestion de la santé, qui est actualisé environ tous les cinq ans. En raison de ce calendrier, il est difficile d'influencer les gouvernements pour qu'ils ajoutent des questions permettant de collecter des données inclusives du handicap. Il est d'autant plus difficile d'influencer les gouvernements nationaux que d'autres acteurs cherchent aussi à inscrire de nouvelles priorités sanitaires dans l'agenda.

L'une des difficultés identifiées a été le manque de qualité des données sur les personnes handicapées dans les systèmes nationaux de santé (absence de données collectées ou données manquantes). Au Bangladesh, les personnes handicapées pouvant bénéficier d'un soutien financier du ministère des Affaires sociales, les OPH ont aidé les personnes handicapées à faire une demande auprès des représentants du gouvernement pour en bénéficier (et grâce à cela, elles ont également été incluses dans les données nationales relatives aux personnes handicapées).

Le déploiement des WG-SS à l'échelle nationale présente un certain nombre de difficultés, notamment la formation de tous les enquêteurs pour qu'ils utilisent les questions correctement et systématiquement, l'investissement dans la formation et les systèmes, et les questions logistiques liées, par exemple, à l'envoi de supports papier. Un autre défi consiste à harmoniser les WG-SS avec d'autres données désagrégées par âge, sexe, genre et orientation sexuelle, par exemple, facteurs qui peuvent s'entrecroiser avec le handicap pour créer des obstacles supplémentaires à l'accès à la SSRD (HI 2021b). Bien que WISH2ACTION ait constaté que les WG-SS étaient une bonne pratique internationale, elles restent difficiles à mettre en œuvre à l'échelle nationale.

« Il n'y a pas de données ni de statistiques qui montrent le taux de violence liée au genre dont sont victimes les femmes handicapées. Si les populations de Juba souffrent, qu'en est-il des zones rurales ? Nous voulons en savoir plus et étudier cette question dans les zones rurales. Les données posent vraiment problème, nous ne disposons pas du nombre exact de personnes handicapées. » – Dirigeant d'une OPH, Soudan du Sud

5. Réseaux d'orientation

Ce paragraphe présente des bonnes pratiques et des retours d'expérience sur le thème de l'amélioration des réseaux d'orientation pour les personnes handicapées. L'orientation fait référence à la fois aux orientations de la communauté vers les services de SSR, et aux orientations des services de SSR vers d'autres types de services (réadaptation, kinésithérapie ou aides techniques).

Ce paragraphe traite de l'identification des lieux où les personnes handicapées peuvent accéder à des services de SSR pertinents et significatifs, souligne le rôle important que peuvent jouer les OPH dans l'amélioration des réseaux d'orientation et donne des exemples de réseaux d'orientation solides dans le cadre du programme WISH2ACTION.

Points essentiels

Les personnes handicapées ont souvent des critères d'accessibilité ainsi que des préférences (voir Bonne pratique 10) qui déterminent le lieu où elles peuvent accéder à des services de SSR pertinents et favorables.

Les prestataires de services doivent comprendre et prendre en compte ces critères et ces préférences pour identifier les lieux où il est préférable d'orienter les personnes handicapées, les lieux où elles pourront accéder à des services de SSRD pertinents.

Les OPH ont gagné la confiance des personnes handicapées dans leur zone géographique et elles disposent d'un réseau solide de contacts qu'elles peuvent impliquer dans la SSRD.

Les prestataires de services devraient interagir et collaborer avec les OPH pour améliorer l'orientation vers les services de SSR.

Une approche intégrée de l'orientation implique que différents acteurs orientent les personnes handicapées vers les services appropriés dans des établissements accessibles.

Bonne pratique 10 : déterminer où les personnes handicapées peuvent accéder à des services pertinents et significatifs dans le domaine de la santé sexuelle et de la reproduction.

La difficulté : les personnes handicapées n'avaient pas les mêmes préférences en termes de lieux, ni les mêmes capacités pour accéder aux services de SSR.

Ce que nous avons fait : HI et les partenaires ont offert des services de SSR dans une diversité de configurations, dont des visites en porte-à-porte, des permanences dans les locaux d'OPH et des permanences dans des établissements de santé.

- Les visites en porte-à-porte ont été une première étape essentielle au Bangladesh pour expliquer les services de SSR dans un environnement sécurisé, puis orienter les femmes handicapées vers des EDS.
- À Madagascar, les personnes handicapées ont préféré l'approche qui consistait à héberger des prestataires de services dans les locaux des OPH.
- Une autre stratégie efficace a été de rassembler les OPH et les ASC autour de sessions d'information sur la SSRD au sein des communautés, pour stimuler une future demande auprès des EDS.
- Une autre approche a été le soutien des prestataires de services dans les EDS par des membres d'OPH, pour communiquer avec les clients handicapés.

Compte tenu de l'intersection du handicap et de la pauvreté, certaines personnes handicapées n'avaient pas les moyens de payer le coût du transport vers les EDS. Les OPH ont donc assuré directement le transport ou ont financé le déplacement.

Pourquoi cela a fonctionné : cette approche sur-mesure a contribué à identifier les besoins, les préférences et les critères d'accès des personnes handicapées dans différents contextes, et à améliorer l'accès des personnes handicapées aux services de SSRD. Dans certains contextes, les personnes handicapées préféraient, au départ, aller ailleurs que dans une EDS, mais une fois qu'elles avaient mieux compris quels services étaient disponibles dans les EDS, elles étaient disposées à s'y rendre. La FPAP a constaté qu'après les enseignements de WISH2ACTION, elle avait renforcé les services de proximité au Pakistan, notamment avec des journées de prestations de services ciblant spécifiquement les personnes handicapées (les OPH identifiant les personnes et les orientant vers ces événements de proximité).

Étude de cas : offrir des services de SSR dans les locaux d'OPH à Madagascar

À Madagascar, il a été efficace d'héberger des prestataires de services dans les locaux d'OPH afin qu'ils offrent des services de SSRD dans ce contexte familial. Un usager des services a indiqué qu'il préférerait cela aux centres de santé, car l'environnement était familial, confortable et accueillant. Cela a également permis aux personnes qui attendaient leur tour d'interagir avec d'autres personnes handicapées et de leur apporter un soutien de pair à pair (aidant les personnes anxieuses à l'idée d'une consultation de SSR, par ex.).

Les prestataires de services de Madagascar ont constaté que dans les locaux des OPH, ils avaient plus de temps pour offrir un service de qualité aux personnes handicapées, et cela leur a permis de parler et d'offrir d'autres services, comme le dépistage du cancer du col de l'utérus, par exemple.

Bonne pratique 11 : travailler avec des organisations de personnes handicapées pour atteindre les personnes handicapées et les amener à utiliser les services de SSR.

La difficulté : les OPH sont souvent bien placées pour atteindre les personnes handicapées de leur réseau, les sensibiliser, les orienter, et générer de la demande. Elles peuvent jouer un rôle fondamental dans l'orientation en dirigeant directement les personnes handicapées de leurs groupes ou de leurs réseaux vers les services de santé ou autres services d'accompagnement. Cependant, elles ne sont pas toujours en lien avec les services de SSRD ou impliquées dans ce domaine.

Ce que nous avons fait : HI et les prestataires partenaires ont travaillé en étroite collaboration avec les OPH pour améliorer l'orientation. En Ouganda, les OPH ont généré de la demande grâce à des dialogues communautaires qui ont encouragé les personnes handicapées à requérir des services de SSR, et les ont orientées vers ces services. Au Bangladesh, les OPH ont orienté les personnes handicapées vers les services de SSR proposés dans les établissements de santé, et vers le ministère des Affaires sociales afin qu'elles déposent une demande d'aide (plus de détails dans Bonne pratique 12).

Pourquoi cela a fonctionné : les OPH ont une grande expérience pour mobiliser les personnes handicapées, et tiennent à jour une liste des personnes handicapées de leur zone géographique, qui pourraient bénéficier des programmes ou être orientées vers des services. Elles ont surtout une bonne relation avec les personnes handicapées et ont gagné la confiance des membres de leur réseau.

« Grâce aux OPH, nous avons identifié des personnes handicapées, et nous travaillons en collaboration. Nous disposons désormais d'un budget pour financer les déplacements vers les formations et les remises à niveau. Elles réalisent que HI travaille pour leurs droits, et les familles les encouragent à venir. – Membre du personnel de HI au Pakistan

Étude de cas : travailler avec les OPH pour impliquer les personnes handicapées au Pakistan

L'équipe de HI au Pakistan a constaté, au départ, qu'il était difficile de trouver les personnes handicapées et de les amener à participer aux événements. Elle a également noté un manque de compréhension en ce qui concerne les bénéfices que les personnes pourraient tirer de ces événements, surtout qu'il était souvent compliqué d'organiser le transport et qu'un proche devait souvent les accompagner.

Les OPH ont joué un rôle important pour faire venir les personnes et encourager leur participation. Les personnes handicapées et les membres de leurs familles ont été désireux de venir lorsqu'ils ont réalisé que ces événements leur permettraient d'améliorer leurs connaissances sur les droits des personnes handicapées, la SSR, la planification familiale, l'accessibilité et les établissements. La participation des personnes handicapées aux événements communautaires les a amenées à accéder aux services de SSR.

Bonne pratique 12 : développer une approche intégrée de l'orientation chez les prestataires de services, les OPH et les autres acteurs.

La difficulté : il n'est pas évident de développer un réseau d'orientation intégré et solide pour les personnes handicapées en vue d'améliorer les services de SSRD et d'autres services d'accompagnement. Pour la réussite d'un réseau d'orientation, il est nécessaire d'impliquer de multiples acteurs.

Ce que nous avons fait : au Bangladesh, les OPH ont proposé des services de conseil et d'accompagnement aux couples, aux femmes et aux filles des communautés qu'ils ont orientés vers des centres de planification familiale pour répondre à leurs besoins en SSR. L'appui des établissements de santé communautaire était généralement suffisant mais il était possible de les orienter vers les hôpitaux de district lorsque cela était nécessaire. Les OPH ont également encouragé les personnes handicapées à déposer une demande d'aide auprès du ministère des Affaires sociales.

Les agents de santé communautaire ont également joué un rôle important dans l'orientation. Ils ont orienté les personnes handicapées de leur communauté vers les services de planification familiale des EDS, et ont établi une coordination régulière avec les prestataires

de services publics pour s'assurer que les personnes handicapées reçoivent des services de qualité une fois dans les EDS.

HI a également formé les prestataires de services publics et privés à l'orientation afin que ceux-ci puissent orienter les personnes handicapées depuis les services de SSR vers d'autres services d'accompagnement (ex. : professionnels de la réadaptation pour des séances de kinésithérapie ou des aides techniques).

Pourquoi cela a fonctionné : les orientations ont bien fonctionné au Bangladesh, car les OPH savaient quels services étaient disponibles dans les différents établissements et avaient compris les besoins des personnes handicapées en termes d'accès et d'accompagnement. Les OPH et les ASC ont construit une bonne relation et ont travaillé ensemble avec efficacité. Le développement d'une approche intégrée aide à créer un réseau d'orientation solide dans lequel différents acteurs peuvent orienter les personnes handicapées vers les services appropriés dans des établissements accessibles. L'orientation fait référence à la fois aux orientations de la communauté vers des services de SSR, et aux orientations des services de SSR vers d'autres types de services (réadaptation, kinésithérapie ou aides techniques).

6. Intégration des services (programmes et action humanitaire)

Ce paragraphe présente des bonnes pratiques et des retours d'expérience sur le thème de l'intégration des services et montre comment intégrer efficacement différents services (dont la SSR) pour les personnes handicapées. Cela comprend à la fois les programmes et l'action humanitaire.

Il présente des exemples de bonnes pratiques sur l'utilisation des directives de santé nationales pour mieux intégrer l'inclusion du handicap, et sur l'utilisation des systèmes existants pour augmenter le recours à la SSR par les personnes handicapées. Il présente également de nouvelles approches, notamment relier la SSR à d'autres services comme la vaccination.

Points essentiels Intégration des services

S'appuyer sur les directives et les services du secteur public pour intégrer la SSR inclusive des personnes handicapées dans les approches existantes.

Il peut être intéressant de sortir des schémas établis et de prendre en considération d'autres domaines d'exclusion des personnes handicapées comme la vaccination et la réadaptation.

La SSR pourrait servir de point d'entrée pour déployer plus largement l'inclusion des personnes handicapées au sein du système de santé, ou être reliée efficacement à différents services pour améliorer le réseau d'orientation.

Dans les situations d'urgence, il est important de plaider pour l'inclusion des personnes handicapées dans les groupes de coordination et de planification, d'adapter les services d'assistance téléphonique et d'utiliser les réseaux d'orientation avec efficacité.

Durant la pandémie de COVID-19, et dans l'action humanitaire en général, il est important de prendre en compte l'inclusion et de maintenir l'accès des personnes handicapées aux services de SSR.

L'inclusion dans l'action humanitaire

Les obstacles à l'accès aux services de SSR sont exacerbés dans les contextes humanitaires, notamment dans les situations de crise prolongée ou dans les camps de réfugiés. C'est encore plus difficile pour les personnes handicapées qui font face à des risques et des obstacles disproportionnés (HI 2020).

En raison des obstacles linguistiques, des critères d'accessibilité, de la stigmatisation et de l'évolution de la situation sécuritaire, il peut être particulièrement difficile pour les personnes handicapées d'accéder aux services de SSR dans les contextes humanitaires. De plus, les personnes handicapées sont davantage exposées aux risques, tels que la violence liée au genre et les grossesses non désirées. Il est donc essentiel de prendre en compte ces facteurs et d'assurer l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire.

Bonne pratique 13 : identifier les difficultés rencontrées par les personnes handicapées dans les contextes d'urgence et mettre en place des mesures pour maintenir leur accès aux services de SSR essentiels.

La difficulté : WISH2ACTION a constaté qu'il était urgent d'assurer l'inclusion des personnes handicapées et de maintenir leur accès aux services de SSR durant la pandémie de COVID-19. Dans certains contextes, un manque de compréhension a également été constaté en ce qui concerne l'appui supplémentaire que pourraient nécessiter les personnes handicapées durant les crises.

Ce que nous avons fait : les prestataires partenaires ont œuvré à l'amélioration de l'assistance téléphonique durant la COVID-19 afin que les personnes handicapées puissent accéder à un service de SSRD constant. À Madagascar, l'équipe a diffusé, sur une chaîne de télévision nationale, une vidéo expliquant la législation relative à la santé de la reproduction et le droit d'accéder à la SSR, en insistant sur la nécessité d'aider les personnes handicapées à accéder aux services durant la pandémie. Des prestataires de santé formés ont assuré une assistance téléphonique sur-mesure pour les personnes handicapées de Madagascar. Lorsqu'une personne devait être orientée vers un établissement de santé, l'opérateur identifiait l'EDS le plus accessible pour cette personne.

Au Bangladesh, les ASC ont maintenu une communication téléphonique régulière avec les personnes handicapées de leur zone (environ 4 000 personnes) et leur ont fourni des informations à la fois sur la SSR et sur la COVID-19 durant la pandémie.

L'orientation a également été utilisée pour améliorer l'accompagnement. Au Bangladesh, les OPH et HI ont orienté les personnes handicapées vers les autorités locales afin qu'elles puissent être incluses dans la liste des bénéficiaires prioritaires de l'aide d'urgence supplémentaire, durant la crise de la COVID-19 et les futures urgences. Cela a permis aux femmes enceintes handicapées de bénéficier d'une aide supplémentaire pour un accouchement sans risques.

Pourquoi cela a fonctionné : l'appui a été adapté aux besoins des personnes handicapées, et un soutien supplémentaire a été apporté lorsqu'un besoin était identifié. Il a également été important d'utiliser des approches inclusives pour communiquer auprès des personnes handicapées sur l'accès aux services de SSR et la protection contre la COVID-19 (Pour plus d'informations, voir *Bonne pratique 17*).

Étude de cas : inclure directement les personnes handicapées dans la planification de l'action d'urgence en Ouganda

En Ouganda, une collaboration entre HI et les OPH a permis de plaider en faveur de l'inclusion des personnes handicapées dans les groupes de travail sur la COVID-19 des districts. Cela a pu se faire grâce à l'implication continue des représentants des autorités des districts.

L'inclusion des personnes handicapées a découlé sur l'augmentation des articles de secours d'urgence fournis aux personnes handicapées ainsi que sur l'amélioration des communications. Grâce à leur inclusion dans les groupes de travail, les OPH ont eu de nouvelles opportunités de s'exprimer dans des émissions radiophoniques et de mettre en avant certains problèmes, tels que l'augmentation de la violence liée au genre (VLG) à l'encontre des femmes et des filles handicapées durant la pandémie.

Autre résultat positif découlant de ce travail : les équipes de HI ont utilisé cela quelque temps après pour faciliter l'implication des personnes handicapées à plus long terme dans les comités de gestion de la santé (voir *Bonne pratique 7*).

Étude de cas : intégrer la SSRD inclusive du handicap dans l'action d'urgence au Bangladesh

Au Bangladesh, l'IPPF, MSI, HI, le Fonds des Nations Unies pour la population et d'autres partenaires ont collaboré à l'élaboration d'un manuel de formation sur la SSRD en situation d'urgence, comprenant un module sur les services inclusifs préparé avec la contribution technique de HI. Ce manuel a été développé pour la crise de la COVID-19 mais s'applique également à d'autres urgences humanitaires. Ce manuel de formation sera utilisé par tous les prestataires de services publics et privés du Bangladesh et favorise l'inclusion des personnes handicapées au-delà du programme WISH2ACTION.

Bonne pratique 14 : intégrer des approches inclusives du handicap dans les directives, services et systèmes nationaux pour favoriser la pérennité et la généralisation de l'inclusion du handicap.

La difficulté : l'intégration généralisée de l'inclusion du handicap requiert d'utiliser les approches existantes, telles que les directives, services et systèmes publics. Cela est particulièrement compliqué pour un domaine de travail relativement nouveau comme la SSR inclusive des personnes handicapées.

Ce que nous avons fait : au Bangladesh, l'équipe de HI a tiré parti des espaces de bien-être familial mis en place dans les EDS (composante de la stratégie nationale pour les adolescents) pour mieux intégrer les personnes handicapées. Ces espaces sont destinés à attirer les personnes susceptibles de trouver que l'accès aux services conventionnels est difficile, ils sont donc bien adaptés aux personnes handicapées. HI a formé des agents de santé à rendre ces espaces inclusifs des personnes handicapées en impliquant des référents handicap (voir Bonne pratique 5). Suite à cela, HI a constaté une augmentation du nombre de jeunes personnes handicapées venant utiliser les services de SSR.

En Ouganda, l'utilisation des directives existantes relatives aux comités de gestion de la santé est un exemple efficace pour mettre les EDS devant leurs responsabilités en vertu de ces directives nationales et plaider pour l'intégration des personnes handicapées au sein des comités (voir Bonne pratique 7).

Pourquoi cela a fonctionné : les directives, services et systèmes nationaux ont constitué un fondement important sur lequel WISH2ACTION s'est appuyé pour intégrer les approches de la SSR inclusive des personnes handicapées. Ils constituent également une plateforme pour assurer la pérennité et l'intégration généralisée de l'inclusion des personnes handicapées au-delà des projets.

Bonne pratique 15 : relier les services de santé sexuelle et de la reproduction à d'autres services comme la vaccination.

La difficulté : relier les personnes handicapées aux campagnes de vaccination au Bangladesh ne faisait pas initialement partie du programme mais cet axe de travail est apparu comme un point d'entrée pour amener les personnes handicapées à accéder aux services de SSR. HI et les partenaires ont constaté que de nombreuses jeunes femmes handicapées ne connaissaient pas le vaccin contre le tétanos et sa pertinence pour la SSR. La plupart des filles reçoivent le vaccin à l'école mais de nombreuses personnes handicapées n'ont pas été scolarisées ou n'y ont pas eu accès. Par conséquent, il était pertinent de sensibiliser les jeunes femmes et les filles handicapées à l'importance de la protection contre le tétanos, et de faciliter leur vaccination.

Ce que nous avons fait : au Bangladesh, une approche ciblée a utilisé le conseil individuel pour informer les jeunes femmes handicapées sur le vaccin contre le tétanos et les

encourager à se faire vacciner. Cette approche a découlé sur une augmentation de la couverture vaccinale.

Pourquoi cela a fonctionné : les agents de santé communautaire ont développé une bonne relation avec les prestataires de services et ont orienté les jeunes femmes handicapées vers les établissements de santé, parfois en les accompagnant dans les EDS pour qu'elles se fassent vacciner. L'équipe de HI a constaté que les services reçus directement dans les établissements de santé avaient contribué à réduire la stigmatisation des femmes handicapées.

Ce type de lien entre la SSR et d'autres services de santé n'a été créé que dans un seul pays de WISH2ACTION mais c'est un exemple probant, illustrant comment la SSR peut être reliée au système de santé plus général pour améliorer l'inclusion des personnes handicapées dans les autres services comme la vaccination. Cet exemple rejoint également le travail réalisé sur les réseaux d'orientation au Bangladesh (voir Bonne pratique 12).

7. Communication pour le changement comportemental et social

Ce paragraphe présente des bonnes pratiques et des retours d'expérience sur le thème du recours à la communication pour le changement comportemental et social (CCCS) aux fins d'influencer les connaissances, les attitudes et les normes sociales. Il porte principalement sur la CCCS relative aux personnes handicapées et sur la SSR inclusive des personnes handicapées. Les domaines de la CCCS qui sont traités sont la communication interpersonnelle, les médias et la mobilisation communautaire.

Les principaux enseignements ont trait ici au rôle essentiel des référents communautaires dans l'évolution des normes sociales, aux moyens de développer des supports de communication inclusifs des personnes handicapées, et à la prise en compte du contexte dans l'élaboration des communications.

Points essentiels

Identifier des référents communautaires et des décisionnaires influents, et les impliquer dans la SSR.

Utiliser des approches appropriées de l'implication communautaire pour atteindre les groupes cibles dans la communauté et pour comprendre les croyances et les idées reçues largement répandues.

Les approches efficaces de l'implication communautaire varient en fonction du contexte. Il peut s'agir de groupes de discussion (focus-groups) avec les jeunes, de visites en porte-à-porte aux familles comprenant une personne handicapée, ou de réunions de dialogue communautaire incluant des personnes handicapées.

Réfléchir à la meilleure manière d'inclure et d'impliquer les hommes et les jeunes dans les projets, programmes et services de SSRD.

Adapter le format des communications pour améliorer l'accessibilité pour les personnes présentant différents types de handicap, c'est-à-dire adapter les supports pour les personnes présentant un handicap visuel (contraste des couleurs et gros caractères, norme DAISY⁷ [Digital Accessible Information System]), pour les personnes présentant un handicap intellectuel (images et langages simples) et pour les personnes présentant un handicap auditif (interprétation en langue des signes). Voir *Tableau 1* pour des exemples.

Les réunions de dialogue communautaire et les focus-groups ont été des outils importants pour la sensibilisation aux services de SSR et aux droits des personnes handicapées. Ils ont été organisés en partenariat avec des membres d'OPH, des interprètes en langue des signes et des traducteurs afin de garantir l'inclusivité des communications.

La SSR peut être un sujet sensible, il convient donc de réfléchir à la manière la plus acceptable de présenter les messages relatifs à la SSR au niveau communautaire.

Utiliser les croyances et les idées reçues pour orienter les sessions de sensibilisation communautaire, les formations, les posters, les activités régulières sur les médias de masse, telles que les messages et émissions à la radio et à la télévision, et tout autre support de CCCS.

« Il n'est pas facile de briser la stigmatisation et de faire évoluer les normes fortement enracinées, mais nous nous y sommes attelés. Une fois qu'il y aura des normes, des règles et des lois, il sera plus facile pour nous d'opérer lentement un changement. » – Prestataire partenaire

Bonne pratique 16 : impliquer les membres et référents des communautés pour faire évoluer les normes sociales sur la SSR et améliorer l'accès des personnes handicapées à la SSR.

La difficulté : l'accessibilité des services de SSRD a été considérée comme un défi majeur par plusieurs équipes de HI et prestataires de services. Pour relever ce défi, il est important d'impliquer les personnes qui ont une forte influence sur les décideurs en matière de SSR, notamment les aidants, les maris, les belles-mères et les grands-parents (en fonction du contexte). Dans plusieurs contextes, il a été constaté que les hommes pensaient parfois que la SSR relevait principalement de la responsabilité des femmes et qu'eux-mêmes n'avaient pas besoin de participer aux sessions d'information.

⁷ DAISY **D**igital **a**ccessible **i**nformation **s**ystem (DAISY) est une [norme technique](#) pour les [livres audio](#) numériques, les [publications périodiques](#) et les textes numérisés. La norme DAISY est conçue pour créer des substituts audio intégraux des supports imprimés, et elle est spécifiquement destinée aux personnes qui sont « en incapacité » de lire des documents imprimés, notamment les personnes aveugles, les personnes présentant une [déficience visuelle](#) et les personnes [dyslexiques](#). Voir [https://fr.wikipedia.org/wiki/Daisy_\(livre_audio\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Daisy_(livre_audio))

Ce que nous avons fait : dans chaque contexte, HI et les partenaires ont impliqué directement les membres influents des communautés, comme les chefs religieux, les leaders communautaires, les aidants, les membres des familles de toutes les générations, les hommes, les femmes, les jeunes et les personnes handicapées elles-mêmes. Au Soudan du Sud, il a été important d'inclure les chefs et les leaders religieux dans les réunions de dialogue communautaire. De la même manière, en Ouganda, l'équipe a impliqué les conseils locaux et les leaders communautaires des villages et des districts pour renforcer le soutien communautaire.

Certaines équipes de HI ont cherché à impliquer spécifiquement les hommes étant donné que ceux-ci jouent souvent un rôle important dans la prise de décision en matière de SSR. Au Bangladesh, des sessions spécifiques ont été organisées en plein air pour les hommes, ainsi que des visites à domicile et des discussions dans des lieux publics comme les marchés.

Pourquoi cela a fonctionné : la présence de proximité, au sein de la communauté et en face-à-face, a constitué le moyen le plus approprié et le plus efficace d'atteindre les membres, leaders et référents des communautés. Étant donné que la SSR peut être un sujet tabou, il est essentiel d'identifier et d'impliquer les personnes qui sont influentes pour améliorer l'acceptabilité de la SSRD dans les communautés. Certaines équipes ont réalisé qu'elles auraient pu prendre en compte et impliquer certains groupes clés plus tôt, notamment les chefs religieux, les enseignants et les hommes.

Étude de cas : implication des membres des familles au Bangladesh

Au Bangladesh, les visites en porte-à-porte ont constitué une approche efficace pour impliquer l'ensemble des familles, et il a été constaté que les maris et les belles-mères étaient particulièrement importants, notamment dans les zones rurales où la stigmatisation des personnes handicapées est plus prononcée.

Les membres des familles des personnes handicapées n'étaient pas toujours réceptifs à l'idée de les laisser accéder aux services de SSR. Il était donc important de leur apporter directement des conseils sur cette question sensible, et de leur expliquer les droits des personnes handicapées. L'équipe du Bangladesh a constaté que le taux de personnes handicapées accédant aux services de SSR avait augmenté après les activités de sensibilisation.

« La principale difficulté résidait dans le fait que les aidants n'étaient pas toujours conscients des droits des personnes handicapées en ce qui concerne la SSRD et ne voulaient pas parler de ce sujet en raison de son caractère tabou. Pour atténuer ce problème, nous avons formé des membres d'OPH à comprendre cela et avons renforcé leur capacité afin qu'ils puissent prodiguer des conseils au niveau communautaire. » – Dirigeant d'une OPH au Bangladesh

« La plupart des programmes ont tendance à laisser les hommes de côté, pensant qu'ils ne font pas partie des programmes. Pourquoi vous concentrez-vous uniquement sur les

femmes alors que nous sommes leurs maris ? » – Homme participant à une réunion de dialogue communautaire en Ouganda

Bonne pratique 17 : faire en sorte que le format et le contenu des supports de communication sur la santé sexuelle et de la reproduction soient inclusifs et accessibles par les personnes handicapées.

La difficulté : les supports de communication sur la SSR ne sont pas toujours développés dans un format accessible, ce qui signifie que des personnes handicapées peuvent être exclues des services de SSR et de l'information.

Ce que nous avons fait :

Implication communautaire : HI et les partenaires ont organisé des réunions de dialogue communautaire pour sensibiliser les communautés sur les services de SSR et les droits des personnes handicapées. Il a été important de travailler avec des membres d'OPH, des interprètes en langue des signes et des traducteurs. Un membre d'OPH a indiqué que les messages devaient être diffusés dans la langue locale, mais qu'il était également important d'utiliser une terminologie simple et non technique étant donné que de nombreuses personnes handicapées n'ont pas eu l'opportunité d'accéder à une éducation formelle.

Nourrir la réflexion sur les supports de CCCS : les OPH et HI ont organisé des focus-groups avec des personnes présentant différents types de handicap pour aider les experts de la CCCS à savoir comment développer des messages inclusifs. Les messages ont été adaptés pour répondre aux besoins des personnes handicapées, puis testés au préalable par les OPH : adaptation des messages audio pour les personnes présentant un handicap auditif (interprétation en langue des signes) et adaptation des supports audiovisuels pour atteindre les personnes présentant un handicap visuel (contraste des couleurs, gros caractères) et les personnes présentant un handicap intellectuel (langage imagé, clair et simple).

L'équipe du Bangladesh a créé des tableaux de présentation, des brochures et des prospectus inclusifs sur le sujet de la SSR aux fins des sessions de plein air organisées pour la communauté. Ces supports étaient inclusifs parce que le format était conçu pour répondre aux besoins des personnes présentant différents types de handicap. Au Bangladesh, HI a également développé des supports numériques utilisant le Braille pour accompagner les personnes présentant un handicap visuel. Le tableau 1 présente les constats de HI sur les formats efficaces selon le type de handicap.

Médias de masse : au Soudan du Sud, HI et le groupe de travail d'une OPH ont utilisé des créneaux réguliers dans les émissions radiophoniques pour aborder différentes questions relatives à la SSR inclusive des personnes handicapées, sensibiliser les auditeurs et les relier aux services de SSR. En Éthiopie, la radio communautaire a également été utilisée pour diffuser des messages. En Ouganda, la langue des signes a été incluse dans les messages télévisés durant la pandémie de COVID-19. La télévision a également été utilisée avec efficacité à Madagascar (voir Bonne pratique 9).

Pourquoi cela a fonctionné : cette approche a été concluante parce que HI et les OPH ont adapté et testé les messages pour s'assurer qu'ils étaient inclusifs et accessibles par les personnes présentant différents types de handicap. Il a également été efficace de combiner la communication interpersonnelle, la mobilisation communautaire et le recours aux médias de masse, et de faire en sorte que les messages soient adaptés au contexte culturel (voir Bonne pratique 18). Le tableau 1 donne des idées simples pour communiquer avec les personnes présentant différents types de handicap.

Étude de cas : rendre les tableaux de présentation accessibles au Bangladesh

HI a développé un tableau de présentation sur la SSR inclusive, dont l'utilisation a été validée pour les sessions de conseil et les sessions de plein air organisées par les prestataires de services publics. Pour rendre les informations accessibles aux personnes présentant un handicap visuel, HI a développé une version DAISY (Digital Accessible Information System) du tableau de présentation. DAISY est une norme technique pour les livres audio, conçue pour développer des substituts aux supports imprimés, totalement accessibles par les personnes présentant un handicap visuel.

La nouvelle présentation accessible a été créée en partenariat avec [Young Power in Social Action](#). Les prestataires de services publics recevront une courte formation et participeront à une session d'orientation sur la version DAISY afin qu'ils puissent l'utiliser avec efficacité dans les sessions de conseil qu'ils organisent dans les établissements de santé pour les personnes présentant un handicap visuel.

Tableau 1 : idées de base sur les méthodes de communication à employer avec les personnes handicapées

Il s'agit d'un recueil de suggestions d'OPH concernant les méthodes de communication avec les personnes handicapées.

	Personnes présentant un handicap visuel	Personnes présentant un handicap auditif	Personnes présentant un handicap intellectuel	Personnes présentant un handicap physique
Radio	Oui	-	Oui, langage simple	Oui
Télévision	Pour contenu audio	Pour contenu visuel	Oui, langage simple et images	Oui
Supports imprimés : posters, panneaux d'affichage et brochures (selon le niveau d'alphabétisation)	En Braille	Oui	Messages simplifiés basés sur des illustrations	Oui
Théâtre	Pour contenu parlé	Pour contenu visuel	Oui, langage simple	Oui

Groupes de discussion	Oui	Avec interprétation en langue des signes	Si simplifié et accepté par les membres du groupe	Oui
-----------------------	-----	--	---	-----

Bonne pratique 18 : faire en sorte que les approches de la communication visant à fournir des informations sur la santé sexuelle et de la reproduction, et sur les droits connexes, soient acceptables et appropriées dans le contexte.

La difficulté : la SSR reste un sujet généralement sensible et tabou dans de nombreux contextes, particulièrement pour les personnes handicapées.

Ce que nous avons fait : HI et les partenaires ont organisé des focus-groups et des dialogues communautaires pour identifier les croyances erronées et les idées reçues. Cela a permis d'orienter les formations, les posters, les messages radiophoniques, les sessions de sensibilisation communautaire et les messages télévisuels. La formation des agents de santé communautaire a été importante pour connaître leurs points de vue, et pour leur donner les moyens de sensibiliser les communautés et de faire évoluer les attitudes négatives (voir Bonne pratique 6).

Au Pakistan et au Bangladesh, il était difficile pour HI de sensibiliser les communautés directement sur ce sujet. Il a été préférable de l'intégrer parmi les différents sujets abordés dans les sessions d'aptitudes à la vie quotidienne ou d'utiliser un sujet, tel que la gestion de l'hygiène menstruelle, pour présenter la SSR. Au Soudan du Sud, les discussions avec les jeunes des focus-groups ont été utiles pour parler des obstacles et pour identifier les messages appropriés à transmettre dans les sessions de sensibilisation communautaire.

Pourquoi cela a fonctionné : les approches de la communication ont été basées sur une analyse contextuelle, notamment sur les évaluations des obstacles et des facteurs favorables réalisées par HI et sur la recherche formative conduite par DMI. Cela a permis de produire des communications pertinentes et appropriées dans chaque contexte, puisque la CCCS est plus efficace lorsqu'elle est adaptée au contexte.

« La marginalisation est exacerbée pour les femmes handicapées. Les conséquences de la guerre, de la discrimination et des cultures négatives entravent la participation des femmes handicapées. Les jeunes filles sont particulièrement victimes d'une grande discrimination. À cause de la culture négative et du manque de compréhension, elles ne connaissent pas l'éducation sexuelle ou ne savent pas comment accéder aux services de planification familiale. On considère que les femmes handicapées restent à la maison et qu'elles n'ont pas besoin d'aller à l'école ni d'être formées, elles sont regardées comme des désœuvrées » – Dirigeante d'une OPH pour femmes, Soudan du Sud

8. Partenariats et collaboration

Ce paragraphe présente des bonnes pratiques et des retours d'expérience sur le thème du développement des partenariats et des moyens de faciliter une collaboration efficace entre les organisations pour améliorer les services de SSR et l'exercice des droits des personnes handicapées. Les enseignements concernant la coordination entre acteurs sont présentés au paragraphe [Coordination](#).

Ce paragraphe traite du développement des relations entre les prestataires et les organisations de personnes handicapées, et de l'apport d'un appui technique et financier approprié pour renforcer et autonomiser les OPH. Il souligne également le rôle fondamental des OPH, et insiste sur le fait que les prestataires et les gouvernements devraient développer des partenariats avec les OPH pour garantir des services de SSRD pérennes pour les personnes handicapées, et assurer la redevabilité.

Ce paragraphe évoque également les difficultés et les réussites des partenariats établis au sein du consortium WISH2ACTION, notamment des relations de travail empreintes d'un esprit d'ouverture, la communication et la collaboration autour de l'intégration de l'inclusion du handicap au niveau organisationnel.

Points essentiels

Les organisations de personnes handicapées sont des partenaires essentiels pour aider les prestataires de services à garantir l'inclusion des personnes handicapées dans les projets et à plus long terme.

Les OPH jouent un rôle important pour sensibiliser, orienter, générer de la demande, et atteindre efficacement les personnes handicapées de leur zone géographique.

La SSR étant souvent un sujet nouveau pour les OPH, la formation et l'appui sont nécessaires. Les OPH sont désireuses de travailler dans ce domaine et reconnaissent son importance pour les personnes handicapées.

Un renforcement des capacités et un appui technique doivent être apportés aux OPH afin qu'elles puissent mieux s'établir en tant qu'organisations indépendantes.

Les OPH ont également besoin d'un soutien financier et d'investissements pour se développer, accéder à leurs propres fonds et élargir leur portée.

Les OPH pourraient avoir besoin d'un appui logistique et d'une aide aux déplacements pour mettre en œuvre les activités liées à la SSRD.

Les partenaires du consortium devraient travailler en partenariat pour intégrer les différentes composantes de l'inclusion des personnes handicapées dans la conception et la mise en œuvre des programmes.

Bonne pratique 19 : les prestataires de services (publics et privés) et les ONG devraient cartographier, identifier et sélectionner les organisations de personnes handicapées (OPH), et développer des relations avec elles.

La difficulté : les OPH ont de bonnes relations avec les personnes handicapées dans leur zone géographique, mais les prestataires et les ONG devraient se mettre en lien pour trouver les OPH et collaborer avec elles.

Ce que nous avons fait : HI a utilisé différentes approches pour identifier et sélectionner les organisations de personnes handicapées (OPH) et établir des relations avec elles. La plupart des équipes pays ont entrepris un travail de cartographie pour identifier les OPH présentes aux niveaux local et national, et déterminer leurs capacités et leur axe de travail.

Certains pays disposaient de syndicats nationaux de personnes handicapées ou d'organisations faîtières ayant des divisions au niveau des districts. Les OPH étaient souvent organisées par type de handicap, avec des OPH distinctes pour représenter les personnes aux différents types de handicap. Il y avait souvent des OPH spécifiques pour les femmes handicapées ou les jeunes handicapés, et ces OPH jouaient un rôle important.

Certaines équipes pays de HI ont pu s'appuyer sur les relations de longue date qu'elles avaient avec les OPH. Les équipes pays ont analysé les lacunes des OPH en termes d'expérience et de connaissances dans la SSRD inclusive des personnes handicapées, puis ont développé des formations et un appui technique adaptés. Certains pays ont utilisé des critères de sélection pour identifier les OPH ayant de l'expérience dans le domaine de la SSRD, des services de proximité ou du leadership des femmes. Les équipes de HI et les partenaires techniques ont constaté que le protocole d'entente (MoU) constituait un outil utile pour clarifier les rôles et les responsabilités des OPH et établir de bonnes relations de travail.

Pourquoi cela a fonctionné : le fait de travailler avec les OPH a aidé les prestataires de services à prendre conscience des lacunes en termes de services pour les personnes handicapées, et à comprendre le rôle important des OPH pour entrer en relation avec les personnes handicapées. Le processus de cartographie a été important pour déterminer les capacités et les expériences. L'IPPF a constaté que le fait de collaborer avec les OPH était un changement important dans sa façon de travailler, qui a été facilité par l'appui et les réseaux de HI. L'association prévoit de continuer à travailler avec les OPH en s'appuyant sur les MoU et les relations établies dans le cadre de WISH2ACTION.

Étude de cas : création d'un groupe d'intervention multi-OPH au Soudan du Sud

Dans chaque zone géographique, l'équipe du Soudan du Sud a constitué une équipe d'intervention composée de plusieurs OPH pour réaliser des activités communautaires et travailler avec les prestataires de services. Les équipes d'intervention, composées de différentes OPH axées sur différents handicaps, ont été formées à la SSRD inclusive, à la CCCS et au plaidoyer.

Cette approche s'est révélée concluante : chaque membre avait une expérience différente, les divers handicaps étaient représentés, les responsabilités étaient réparties avec efficacité, les représentants des équipes d'intervention se sont appropriés le projet, et les représentants de chaque OPH pouvait transmettre les informations directement à leurs membres. La gestion de la communication au sein du groupe a posé quelques difficultés en raison des différents types de handicaps visuels et auditifs.

Bonne pratique 20 : les OPH ont besoin de formation sur la SSR qui est souvent un sujet nouveau pour elles.

La difficulté : les OPH avaient généralement de bonnes connaissances sur les droits des personnes handicapées et d'autres sujets affectant les personnes handicapées. Beaucoup d'OPH avaient une grande expérience dans la défense des droits des personnes handicapées et l'accompagnement des personnes handicapées. Cependant, la SSR était un sujet nouveau pour de nombreuses OPH impliquées dans WISH2ACTION.

Ce que nous avons fait : HI, en coopération avec les prestataires partenaires, a organisé une formation sur la SSRD inclusive pour les OPH dans six pays. Au Bangladesh, les OPH ont réalisé l'importance de la formation à la SSRD, des apprentissages sur les conseils à donner aux familles, et de l'amélioration de leur compréhension concernant les services de planification familiale disponibles pour les personnes handicapées. Une OPH bangladaise a pris conscience qu'elle n'avait jamais travaillé dans la SSR auparavant et que, par conséquent, les personnes handicapées de sa région avaient été privées de services de SSR.

Pourquoi cela a fonctionné : les OPH ont acquis de nouvelles connaissances et ont réalisé l'importance des services de SSR pour leurs membres. Au Bangladesh, certaines OPH ont indiqué qu'elles continueraient à diffuser des informations sur la SSR et à orienter leurs membres vers des services de SSR au-delà du programme WISH2ACTION. La dirigeante d'une OPH pour femmes au Soudan du Sud a souligné qu'une partie du travail relevait des agents de santé et qu'une partie relevait des OPH, et d'ajouter que l'apprentissage sur la SSR a été d'une grande importance pour son OPH et pour les femmes handicapées qui en sont membres.

Bonne pratique 21 : les prestataires et les ONG doivent fournir un appui technique pour renforcer la capacité des organisations de personnes handicapées, et former des partenariats équitables.

La difficulté : le renforcement des capacités a constitué un enjeu fondamental et une opportunité identifiée à la fois par les équipes de HI, les prestataires et les OPH elles-mêmes. Les OPH ont souvent des ressources et des financements limités mais elles sont impliquées, enthousiastes et compétentes en matière de sensibilisation.

Ce que nous avons fait : l'appui technique aux OPH a été un élément important de WISH2ACTION, et une formation a été dispensée sur différents sujets. Au Bangladesh, les OPH ont indiqué que la formation de HI sur le leadership, les finances et la gestion

organisationnelle a été bénéfique pour développer leurs organisations et renforcer leurs capacités. Le dirigeant d'une OPH a précisé qu'une grande partie des membres du personnel des OPH avait été exclus de l'éducation formelle et nécessitaient donc un appui et un renforcement des capacités pour développer leurs compétences et mieux accompagner les personnes handicapées de leur région. Un prestataire a fait remarquer que les OPH connaissent leurs propres besoins et devraient donc toujours être consultées sur les processus de renforcement des capacités. HI et les partenaires ont également joué un autre rôle, celui d'introduire les OPH dans les réseaux.

Pourquoi cela a fonctionné : cette approche a été importante pour renforcer la capacité des OPH, mais il est difficile de soutenir les OPH à plus long terme. Les OPH n'avaient pas toujours mis de stratégie en place, car les activités peuvent dépendre de projets à court terme dirigés par d'autres organisations. L'équipe du Soudan du Sud a suggéré que les ONG aident les OPH à développer leur capacité afin qu'elles deviennent des organisations bien établies capables de définir leur propre programme. Ce constat était partagé par les OPH du Soudan du Sud elles-mêmes, qui ont indiqué qu'elles souhaitent participer pleinement à des projets, être impliquées de la conception à l'évaluation, et devenir des partenaires sur une base d'égalité.

« Ce n'est que grâce à ce projet que nous apprenons nous-mêmes la planification familiale, et que nous sommes formées à la manière d'informer et d'atteindre d'autres personnes handicapées. Nous pensons que rien ne sera fait pour nous sans nous. Si vous souhaitez que nous fassions partie de votre projet, apprenez-nous et donnez-nous une chance de voir le travail que nous pouvons accomplir. » – Dirigeant d'une OPH

Retour d'expérience 4 : les OPH ont besoin à la fois d'un soutien financier et d'un appui technique.

Les attentes ont parfois été divergentes, HI fournissant un appui technique alors que les OPH recherchaient un soutien financier. WISH2ACTION s'est concentré sur le renforcement des capacités et le plaidoyer, mais le soutien financier constituait un enjeu pour les OPH.

Déplacements et logistique : les OPH ont indiqué qu'elles avaient des difficultés à se rendre dans les zones rurales en raison de la limitation des ressources, des budgets et des transports, mais elles ont également mis en avant ce besoin, étant donné que les personnes handicapées des zones rurales subissent souvent plus de discrimination que celles des zones urbaines. La logistique pose une réelle difficulté aux OPH qui dépendent souvent des ONG pour les véhicules et les frais de déplacement. De nombreuses OPH souhaitent se développer dans les zones rurales mais manquent de ressources financières ou d'appui logistique pour cela.

Finances et financement : il est difficile pour les OPH de recevoir des financements de la part de projets d'organisations non gouvernementales internationales (ONGI). L'équipe d'Ouganda a suggéré que les futurs projets envisagent de financer davantage les OPH et de les engager comme sous-traitants pour réaliser des activités, car les OPH manquent souvent

de ressources. Les OPH ont indiqué que malgré les indemnités de déplacement dont elles bénéficiaient, le temps qu'elles consacraient à la communication et à la coordination n'était souvent pas pris en compte. Au Bangladesh, les OPH ont indiqué qu'elles avaient du mal à trouver et à conserver du personnel compétent en raison du manque de sécurité financière ou de financement à long terme. Les OPH ont également souligné qu'il était difficile de demander ou de recevoir des financements internationaux et que cela limitait leur potentiel d'expansion. Au Soudan du Sud, le dirigeant d'une OPH a confié que la question de la pérennité devrait être prise en compte pour que les OPH puissent continuer à travailler avec les personnes handicapées au-delà de la durée du projet.

Retour d'expérience 5 : les organisations de personnes handicapées jouent un rôle important pour sensibiliser, orienter, générer de la demande, et atteindre efficacement les personnes handicapées.

WISH2ACTION a formé des OPH aux moyens de générer de la demande, à la CCCS et à la sensibilisation, renforçant leurs capacités dans ces domaines. Les OPH se sont ensuite impliquées directement auprès des personnes handicapées et de la communauté dans son ensemble pour diffuser des messages sur les services de SSR et les droits en matière de santé de la reproduction, et pour orienter les individus vers des prestataires de services de SSR.

Les équipes de HI et les prestataires ont constaté que les OPH étaient très désireuses de s'impliquer dans ce travail. En raison de leurs points forts et de leurs réseaux, il est essentiel d'impliquer les OPH, de les former correctement, et de leur apporter un appui adapté. Cet enseignement s'applique aux projets et programmes de SSRD, mais sert également à plus long terme pour garantir aux personnes handicapées un accès pérenne aux services de SSRD. Les différents prestataires de services ont constaté qu'il était particulièrement important de cartographier les OPH et de collaborer avec elles, y compris au stade de conception et non uniquement durant la mise en œuvre.

« La contribution qu'elles ont apportée à la conception initiale du programme a été vraiment importante... nous ne pouvons pas laisser les personnes handicapées de côté, elles doivent participer au processus décisionnel. Nous devons impliquer les OPH dans nos réflexions sur la conception des projets, les droits, les prestations de services et le plaidoyer... » – Prestataire de services

Retour d'expérience 6 : les experts techniques devraient aider les organisations n'œuvrant pas dans le domaine du handicap à intégrer l'inclusion des personnes handicapées.

Les équipes de HI ont constaté que leur priorité était l'inclusion des personnes handicapées et que leur rôle consistait à fournir un appui technique dans ce domaine, mais que les autres partenaires avaient leurs propres objectifs et leurs propres domaines d'intervention. L'intégration de l'inclusion était donc parfois considérée par les organisations très occupées comme un problème supplémentaire à prendre en compte, et cela a compliqué notre travail. Par ailleurs, l'inclusion du handicap était intégrée à des rythmes différents, selon la période

de démarrage des partenariats nationaux avec HI, et elle a parfois été ralentie pour des questions de renouvellement du personnel.

La formation et le renforcement des capacités réalisés en partenariat avec les OPH ont contribué à rendre l'inclusion des personnes handicapées plus tangible pour les prestataires de services. Autre exemple de bonne pratique pour intégrer l'inclusion du handicap : des partenaires techniques ont consulté HI pour s'assurer que l'inclusion du handicap était intégrée dans leurs actions, notamment dans les campagnes nationales de plaidoyer (Options).

Réflexions pour les futurs programmes :

- Certains partenaires ont réfléchi à la manière d'intégrer l'inclusion du handicap à plus long terme au sein de leur organisation. Cela a soulevé des questions sur la manière dont les prestataires de services pourraient intégrer au mieux l'inclusion du handicap dans leur travail, questions traitées plus en détail à la section « Recommandations » du présent document.
- Un partenaire technique a constaté que la difficulté aurait pu être atténuée si l'inclusion avait été incorporée dans les plans de travail de tous les prestataires et partenaires techniques au lieu d'être considérée comme un domaine technique. Un autre partenaire a indiqué qu'il aurait été souhaitable de mettre davantage l'accent sur l'inclusion du handicap en tant que thème transversal durant la phase de conception des projets, obligeant ainsi tous les partenaires du consortium à intégrer l'inclusion du handicap dans les programmes et les budgets.
- Un prestataire de services a suggéré que l'inclusion du handicap devienne un indicateur clé de performance dans les futurs projets pour faire en sorte que ce soit une priorité.
- Un autre prestataire a suggéré que l'ensemble du personnel des futurs consortiums soit familiarisé à l'inclusion du handicap (via des webinaires) de façon à être à l'aise pour parler d'inclusion, gérer l'inclusion et mettre en œuvre l'inclusion.

Étude de cas : amélioration de l'inclusion des personnes handicapées à l'IRC

L'IRC a indiqué que WISH2ACTION avait fourni un cadre pour améliorer la mise en œuvre de l'inclusion des personnes handicapées. Sur le plan international, sa nouvelle stratégie mondiale accorde une priorité à l'inclusion et au fait de ne laisser personne de côté, et l'IRC développe actuellement des indicateurs de qualité des programmes incluant le handicap.

Au niveau national, l'IRC cherche à recueillir de meilleures informations auprès des clients en utilisant des outils comme les WG-SS et en développant des dispositifs de rétro-information plus solides dans les centres de santé pour garantir un retour d'informations effectif. L'IRC indique également que l'inclusion fait partie de ses nouvelles propositions de financement afin que les futures prestations de services et les futurs établissements soient accessibles, positifs et inclusifs des personnes handicapées.

Étude de cas : déploiement de la SSRD inclusive des personnes handicapées au sein de l'IPPF

L'IPPF a indiqué qu'elle avait assimilé les enseignements de WISH2ACTION et qu'elle réfléchissait désormais à la manière de les appliquer plus largement dans son travail, notamment en révisant les politiques pour garantir l'inclusivité dans toutes les prestations de services et dans tous les plans de travail des partenaires techniques. Les associations membres de l'IPPF ont tiré des leçons du projet, et certaines d'entre elles atteignent désormais les personnes handicapées et forment du personnel en dehors du domaine du projet.

HI a proposé des webinaires à tous les membres du consortium, y compris en dehors des six pays. Ces webinaires ont été suivis par le personnel de l'IPPF au Malawi, qui a appris comment tirer parti des discussions communautaires pour susciter un changement dans les normes sociales autour des personnes handicapées et des services de SSRD. L'IPPF a ensuite animé des dialogues avec des responsables communautaires en partenariat avec une OPH du Malawi, et entend commencer à modifier les attitudes et à ouvrir le débat sur la SSRD inclusive des personnes handicapées dans ce nouveau contexte.

9. Politiques et plaidoyer

Ce paragraphe présente des bonnes pratiques et des retours d'expérience sur le thème des politiques et du plaidoyer aux fins de favoriser l'adoption de la SSR inclusive des personnes handicapées aux niveaux local et national. Options a également travaillé sur les politiques et le plaidoyer dans le cadre du Lot 1 et du Lot 2 du programme WISH, et devrait produire d'autres enseignements sur ce thème.

Ce paragraphe du rapport se concentre donc sur des bonnes pratiques et des enseignements ayant émergé du travail de HI dans les domaines des politiques et du plaidoyer aux fins d'une SSRD inclusive des personnes handicapées. Il porte principalement sur le rôle des OPH dans les activités de plaidoyer et sur la manière dont les ONG peuvent impliquer efficacement les acteurs gouvernementaux aux différents niveaux.

Points essentiels

Les OPH sont bien placées pour mener des actions de plaidoyer, car elles peuvent travailler efficacement au niveau local, au niveau des districts et au niveau national, et sont motivées pour faire valoir les droits en matière de SSR.

La formation des OPH sur les droits, les lois et les déclarations en matière de SSRD permet de développer leur confiance pour faire valoir et défendre les droits des personnes handicapées dans le domaine de la SSRD.

Pour influencer la société et progresser vers une société plus inclusive des personnes handicapées, il est important d'impliquer les acteurs gouvernementaux à de multiples niveaux.

Le fait de collaborer avec d'autres parties prenantes et acteurs de la SSR autour du plaidoyer, par le biais de groupes de travail ou d'autres types de partenariat, contribue à renforcer l'efficacité du plaidoyer et à élargir sa portée.

Il est efficace de travailler avec les gouvernements pour ancrer des approches inclusives des personnes handicapées dans leurs politiques, leurs directives et leurs stratégies, et pour faire comprendre que la SSR inclusive des personnes handicapées repose sur les engagements des gouvernements.

La portée et la durée des projets et des programmes sont toujours limitées, il est donc important d'impliquer des acteurs influents comme les gouvernements, les partenaires de développement et les donateurs pour créer des partenariats.

« Nous devons réaliser un plaidoyer auprès du gouvernement afin qu'il comprenne le handicap. La culture autour des personnes handicapées est négative et l'on se heurte à une opinion selon laquelle les personnes handicapées ne peuvent pas contribuer au développement de la nation. Mais donnez-leur une éducation, apportez-leur un soutien et elles pourront contribuer. Éliminez les obstacles pour faciliter leur participation, et leur accès aux informations et aux services, et elles pourront acquérir des compétences et contribuer. » – Dirigeant d'une OPH au Soudan du Sud

Bonne pratique 22 : les OPH doivent être soutenues afin qu'elles puissent mener des actions de plaidoyer, à l'échelle locale et à l'échelle nationale, en faveur de la mise en œuvre de la CDPH, notamment des droits des personnes handicapées à accéder aux services de santé sexuelle et de la reproduction.

La difficulté : les OPH sont bien placées pour s'impliquer dans le plaidoyer et défendre les droits des personnes handicapées mais elles peuvent avoir besoin de soutien pour renforcer leurs capacités ou leurs relations dans ce domaine.

Ce que nous avons fait : le plaidoyer est un domaine crucial sur lequel ont travaillé les OPH dans le cadre de WISH2ACTION, avec le soutien de HI et d'autres partenaires. Le fait d'avoir formé les OPH sur les droits à la SSR, sur la CDPH et sur la législation nationale concernée a contribué à renforcer leur capacité à plaider en faveur d'une meilleure inclusion des personnes handicapées (voir Bonne pratique 20). Leur participation dans les comités de santé a également constitué une plateforme utile pour l'inclusion durable des personnes handicapées dans les programmes de santé et de SSRD (voir Bonne pratique 7).

La structure des OPH a influencé la manière dont elles se sont impliquées dans le plaidoyer. Dans certains contextes, il y avait des OPH œuvrant au niveau national qui se concentraient

davantage sur les politiques et le plaidoyer auprès du gouvernement, et des OPH intervenant à l'échelle communautaire qui étaient davantage impliquées dans les services de proximité. Dans d'autres contextes, il y avait des OPH faitières ayant des divisions au niveau des districts, qui remontaient les informations au niveau de l'organisation nationale.

Au Bangladesh, les OPH étaient impliquées dans le plaidoyer en faveur de services inclusifs des personnes handicapées au niveau communautaire et au niveau des établissements de santé. Une OPH du Bangladesh a déclaré qu'elle a pu développer une relation étroite avec les services gouvernementaux locaux concernés par le biais de WISH2ACTION, malgré le fait qu'elle n'avait jamais travaillé avec eux auparavant. Une autre OPH a indiqué qu'elle avait amélioré sa participation à la vie politique grâce à WISH2ACTION.

Pourquoi cela a fonctionné : le fait de comprendre comment sont structurées les OPH dans chaque contexte (via la cartographie mentionnée dans la Bonne pratique 20) a permis aux équipes de HI d'aider les OPH dans leur travail de plaidoyer. L'équipe de HI en Ouganda a indiqué que son travail était initialement réalisé en grande partie via des partenaires, mais qu'elle avait réalisé qu'il était important d'impliquer les OPH qui pouvaient être efficaces au niveau local pour défendre les besoins des personnes handicapées.

« Nous sommes désormais armés pour mener des activités générant de la demande, de plaider auprès du gouvernement, et de défendre les besoins en SSR des personnes handicapées à un niveau supérieur. » – Dirigeant d'une OPH au Bangladesh

Bonne pratique 23 : impliquer les acteurs gouvernementaux à de multiples niveaux pour améliorer l'inclusion des personnes handicapées aux niveaux local, régional et national.

La difficulté : pour susciter un changement à plus long terme et favoriser l'intégration des services en vue d'améliorer l'inclusion du handicap, il est important d'impliquer les acteurs gouvernementaux à tous les niveaux.

Ce que nous avons fait : WISH2ACTION a impliqué le **niveau national** de plusieurs façons : diffusion d'informations, participation dans des forums et des groupes, engagement bilatéral avec les ministères concernés, et organisation de formations et d'événements de plaidoyer. En Éthiopie et au Bangladesh, HI a orienté et sensibilisé le personnel ministériel du gouvernement national sur la SSRD inclusive des personnes handicapées, car ces personnes sont susceptibles d'inciter les prestataires de services à agir.

WISH2ACTION a également impliqué les prestataires de services publics et les équipes ministérielles locales au **niveau des districts**, et a collaboré avec d'autres organisations susceptibles d'influencer le gouvernement (comme les syndicats nationaux d'OPH et les agences des Nations Unies).

Les équipes de HI ont constaté qu'il était important de **travailler avec les gouvernements** pour ancrer les approches inclusives du handicap dans leurs politiques, leurs directives et leurs stratégies, et surtout, pour souligner que la SSR inclusive des personnes handicapées

repose sur des engagements gouvernementaux. Un exemple de cela est l'harmonisation du travail avec le [comité du Family Planning 2020 du Soudan du Sud](#) qui s'engage à améliorer l'accès aux informations sur la santé de la reproduction pour les [personnes handicapées](#). À Madagascar, la loi nationale de 2017 sur la santé de la reproduction a été un outil essentiel utilisé par HI et le gouvernement pour sensibiliser sur les droits.

Pourquoi cela a fonctionné : une approche à plusieurs niveaux a permis d'impliquer différents niveaux du gouvernement dans la SSRD inclusive des personnes handicapées et d'établir des relations à plus long terme avec les organes gouvernementaux pour les projets futurs. Certaines équipes de HI ont constaté qu'elles avaient développé des relations solides au niveau du district mais qu'elles auraient pu faire davantage au niveau national en parallèle. Un prestataire de services a constaté qu'une des grandes difficultés était d'impliquer le gouvernement au-delà du secteur de la santé, dans d'autres secteurs comme l'éducation et la protection sociale, afin de garantir une approche intégrée de l'inclusion.

Étude de cas : collaborer avec le gouvernement du Bangladesh

Au Bangladesh, l'équipe a signé un MoU avec la Direction générale du planning familial (DGPF) et a organisé un atelier sur l'inclusion du handicap pour les représentants du gouvernement à qui elle a présenté différentes études.

Grâce à WISH2ACTION, un groupe de travail sur la SSRD inclusive des personnes handicapées a été créé en partenariat avec la DGPF. Ce groupe comprend HI, l'IPPF, des agences des Nations Unies, des ONG, des OPH et d'autres acteurs intéressés. Cette approche porte ses fruits puisque l'inclusion du handicap fait désormais partie du plan opérationnel de la DGPF, ce qui signifie qu'un budget lui sera alloué et que ce travail peut s'intensifier.

De plus, le groupe de travail développe actuellement une procédure opérationnelle permanente inclusive pour les prestataires de services de planification familiale, qui s'appliquera à tous les prestataires du Bangladesh (publics et privés).

Retour d'expérience 7 : impliquer les décideurs au plus tôt.

Plusieurs partenaires du consortium ont constaté que seuls les gouvernements avaient la portée et le pouvoir de déployer efficacement la SSRD inclusive à l'échelle nationale. Les programmes comme WISH2ACTION peuvent tester et développer des bonnes pratiques pour l'inclusion des personnes handicapées mais leur portée et leur durée sont toujours limitées. À titre d'exemple, WISH2ACTION intervient de manière exhaustive dans 2 des 450 sous-districts du Bangladesh.

Les principales parties prenantes (gouvernements, partenaires de développement, donateurs et autres acteurs influents) pourraient être impliquées dès le début des programmes pour développer de meilleurs partenariats et établir les fondements d'un déploiement à plus grande échelle du travail effectué au niveau communautaire. Bien qu'il soit essentiel

d'impliquer le niveau communautaire et de développer les prestations de services, le niveau politique pourrait être impliqué en parallèle. Cela pourrait se faire par le biais du plaidoyer pour influencer les lois et les politiques sur l'inclusion du handicap ou grâce à une meilleure collaboration avec les gouvernements et les autres acteurs.

Une autre solution consiste à adopter une approche transversale de la mise en œuvre avec l'ensemble des acteurs, ce qui pourrait créer des opportunités d'apprentissage. D'autres acteurs intervenant au niveau national ou au niveau des districts pourraient tirer les leçons de projets pilotes concluants ou de centres d'excellence établis dans certains districts, ce qui faciliterait la formation, le partage d'expérience et le mentorat entre districts.

« Nous travaillons beaucoup sur l'inclusion des personnes handicapées sur le terrain et auprès des organisations locales et communautaires. Nous ne sommes pas tellement intervenus au niveau national, et nous en tirons la leçon. L'inclusion du handicap doit être adoptée au plus haut niveau. En tant que consortium, nous aurions pu nous impliquer davantage et de façon plus systématique avec les décideurs »
– Prestataire de services

Des enseignements aux recommandations

WISH2ACTION comprenait une forte composante d'apprentissage. Le programme a produit des outils, des stratégies et des documents d'apprentissage, a contribué à des groupes de travail technique, a diffusé des enseignements, et a intégré des événements au niveau du consortium, en interne et à l'international. Des outils ont notamment été créés pour capitaliser et analyser l'expérience à l'échelle nationale, et des webinaires et autres événements d'apprentissage internationaux ont été organisés pour faciliter la conversation et le dialogue. Les retours d'expérience, les études de cas, les témoignages, les bonnes pratiques et les analyses après action ont été des approches utiles.

Quelques pratiques d'apprentissage concluantes sont présentées en détail ci-dessous.

- L'équipe de HI au Pakistan a constaté que les analyses après action (introduits durant WISH2ACTION) constituaient des outils précieux pour la redevabilité, qui l'avaient encouragée à prendre des mesures pour améliorer les activités. L'équipe commence à utiliser cet outil pour d'autres projets.
- HI a régulièrement organisé des sessions techniques de renforcement des capacités, animées par l'équipe technique. Ces sessions, destinées à l'ensemble du personnel national, ont permis de garantir la qualité technique de la programmation. Elles ont également et surtout mis à niveau et amélioré les compétences du personnel sur la SSRD inclusive des personnes handicapées, un domaine relativement nouveau pour HI.
- Plusieurs partenaires du consortium ont constaté que les webinaires techniques régulièrement organisés par HI étaient utiles pour partager les bonnes pratiques et faciliter l'apprentissage sur l'inclusion du handicap. Ceux-ci ont souvent été ouverts aux collègues travaillant dans des pays où HI n'intervenait pas, ou à des collaborateurs en dehors du consortium, pour renforcer la capacité organisationnelle.
- Le fait de travailler en ligne (une difficulté créée initialement par les restrictions liées à la COVID-19) a constitué une occasion d'organiser plus d'événements inclusifs avec des représentants d'OPH locales, et de recevoir des participants plus diversifiés comme, par exemple, les ministères de la Santé. Un partenaire a souligné que les événements en ligne étaient bien planifiés et bien organisés, d'une manière qui facilitait les discussions, les interactions et la réflexion.

Le fait de prioriser l'apprentissage a permis d'intégrer cette composante dans le travail du consortium et fourni des occasions régulières d'engager une réflexion, des adaptations et des améliorations. Il était particulièrement important de mettre l'accent sur l'apprentissage au sein de HI et de l'ensemble du consortium étant donné que WISH2ACTION aborde un axe de travail innovant et se focalise sur un changement d'état d'esprit et sur l'évolution des normes sociales.

Cette section du recueil passe des enseignements aux recommandations. Elle présente des recommandations émanant des bonnes pratiques et des retours d'expérience présentés dans ce recueil. Ces recommandations ciblent trois différents groupes d'acteurs :

- **Humanité & Inclusion** – Neuf recommandations
- **Partenaires de SSRD** (prestataires de services et experts techniques) – Six recommandations
- **Donateurs et décisionnaires** – Sept recommandations

1. Recommandations pour Humanité & Inclusion (ou autres organisations axées sur le handicap)

1. Développer des partenariats avec les OPH pour améliorer leur capacité par un appui financier et technique : WISH2ACTION a démontré que les OPH et autres organisations de la société civile étaient des acteurs majeurs pour progresser vers l'exercice des droits humains inclusifs dans le domaine de la santé, et favoriser la redevabilité. Les organisations comme HI peuvent jouer un rôle important pour aider les OPH à assumer ce rôle, en leur apportant des connaissances sur la SSRD, en renforçant leur capacité, en leur facilitant l'accès aux réseaux, et en soutenant les acteurs de la SSRD dans le cadre d'une coopération à long terme. Les OPH ont un énorme potentiel pour amener les personnes handicapées vers la SSRD mais aussi vers d'autres questions affectant les personnes handicapées. Les projets doivent trouver un équilibre entre satisfaire les besoins pratiques des OPH, notamment en termes de logistique et de ressources financières, et leur apporter formation et appui technique. Le recrutement de membres d'OPH comme acteurs dans les systèmes nationaux de santé (ex. : agents de santé communautaire) peut encore renforcer l'accès des personnes handicapées aux services de santé.

2. Offrir un appui technique aux prestataires de services afin qu'ils intègrent l'inclusion du handicap : à plus long terme, pour assurer la pérennité, il serait utile d'intégrer l'inclusion du handicap au sein des organisations de prestataires. Les ONGI et les ONG qui sont des experts techniques du handicap peuvent jouer un rôle important dans le développement des compétences, l'appui technique et organisationnel, et l'autonomisation des organisations afin que l'inclusion du handicap soit intégrée dans les programmes et les services de SSR. Cela peut inclure des programmes de formation de formateurs (s'ils sont associés à du mentorat et à des directives spécifiques sur le handicap), un appui technique et un appui suivi et d'évaluation pour une approche organisationnelle intégrée. Cela pourrait exiger une meilleure appropriation de la question de l'inclusion du handicap par les prestataires de services, et nécessiter de les aider à développer leurs propres modules ou outils de formation sur-mesure.

3. Renforcer la capacité des prestataires et du gouvernement pour un recueil de données inclusif du handicap : WISH2ACTION a renforcé la capacité des prestataires et des gouvernements en les formant à l'utilisation des WG-SS, mais a constaté qu'il restait beaucoup à faire pour généraliser les données inclusives du handicap. HI devrait continuer à renforcer la capacité des gouvernements, des prestataires de services et des autres ONG afin que ceux-ci utilisent les WG-SS avec efficacité dans le recueil, la gestion et l'analyse des données. Cela peut se faire en contribuant au développement des WG-SS dans les langues locales, en soutenant la création de modules de formation nationaux, en proposant des formations et des stages de remise à niveau sur-mesure, et en offrant un appui technique continu. HI devrait également prendre en compte la façon dont les données relatives au

handicap s'entrecroisent avec d'autres facteurs de vulnérabilité comme la pauvreté, le genre et l'âge (jeunes et personnes âgées).

4. Collaborer avec les prestataires pour évaluer et améliorer les établissements de santé : WISH2ACTION a procédé aux premières évaluations d'EDS au Bangladesh et en Éthiopie, et cette approche a découlé sur des plans d'action pour améliorer l'inclusion des personnes handicapées dans les EDS. HI pourrait jouer un rôle important en offrant un appui technique aux EDS et aux prestataires dans d'autres pays en vue d'évaluer et d'améliorer les EDS. La mise à disposition d'outils d'évaluation simples peut aider les comités ou autres organes de gouvernance d'EDS à mettre en place des plans d'action pour améliorer l'inclusion des personnes handicapées dans leurs établissements⁸.

5. Soutenir le développement d'un critère de qualité des services de SSRD (prise en charge globale et centrée sur le client) : HI devrait aider les prestataires et les acteurs publics à développer une compréhension des critères de qualité de l'OMS et à les traduire en pratiques inclusives des personnes handicapées (OMS 2010). Il est nécessaire de garantir l'accessibilité des services, une prise en charge globale, et des services d'orientation solides pour permettre aux personnes handicapées d'accéder à tous les services ordinaires, et également de prendre en compte les besoins spécifiques des personnes handicapées (identification précoce du handicap, services de santé mentale et de soutien psycho-social accessibles et inclusifs des personnes handicapées, fourniture d'aides techniques, accès aux activités de subsistance et dispositifs d'accompagnement social).

6. Innover en impliquant des acteurs de différents secteurs pour améliorer l'inclusion des personnes handicapées au sein de la société : WISH2ACTION a généré des exemples solides d'implication d'architectes au Pakistan et de journalistes à Madagascar. Les réflexions innovantes sur les acteurs intersectoriels à impliquer peuvent contribuer à améliorer l'inclusion des personnes handicapées au sein de la société. Cela pourrait nécessiter de sortir du secteur de la santé et d'impliquer des acteurs d'autres secteurs, comme l'éducation, la protection sociale, le bâtiment ou les médias, et d'entrer en relation avec des OSC pertinentes (ex. : organisations de femmes ou de jeunes). Cela pourrait également nécessiter de travailler en étroite collaboration avec les acteurs des technologies de l'information, comme l'illustre l'utilisation du système DAISY au Bangladesh (voir *Bonne pratique 17*). Cela pourrait demander à HI et aux partenaires d'établir des passerelles et de développer des relations, au niveau des politiques, avec différents secteurs afin d'améliorer la pérennité de l'inclusion.

7. Réfléchir à la meilleure manière de faciliter l'apprentissage national via les programmes de HI (de district à district, ou de district au niveau national) : Les équipes de HI ont adopté beaucoup d'approches ascendantes dans WISH2ACTION, comme plaider pour la représentation des OPH dans les comités de santé des villages ou des districts. Cela pourrait être renforcé en adoptant une approche transversale de l'apprentissage, de pays à pays ou

⁸ Pour consulter l'outil d'évaluation des EDS, veuillez contacter Humanité & Inclusion : jane.newnham@hi.org ou info@hi.org.

de cluster à cluster, approche dans laquelle des acteurs intervenant au niveau des districts ou du pays pourraient tirer les enseignements de projets pilotes concluants ou de centres d'excellence établis dans certains districts. Cette manière de travailler encouragerait la formation et le mentorat entre districts. Une autre possibilité serait d'adopter une approche multi-niveaux intégrée qui impliquerait à la fois le niveau des districts et le niveau national dès le début des projets (voir Retour d'expérience 8).

8. Encourager les systèmes de santé nationaux à intégrer l'inclusion du handicap dans les programmes de formation des agents de santé : WISH2ACTION a offert une formation approfondie sur l'inclusion du handicap à différents acteurs mais cette approche pose un problème de pérennité. L'intégration de l'inclusion du handicap (y compris de l'utilisation des WG-SS) dans les programmes de formation nationaux pourrait favoriser la pérennité au-delà des projets et faire en sorte qu'une part importante des prestataires de services et des agents de santé soit compétente en matière d'inclusion du handicap. HI a déjà commencé ce travail à Madagascar et au Bangladesh, et pourrait s'appuyer sur cette expérience en collaborant avec d'autres gouvernements pour proposer un appui technique à l'incorporation d'un module sur l'inclusion du handicap éclairée par les droits humains, dans les programmes de formation des agents de santé communautaire, des prestataires et autres professionnels de la santé.

9. S'engager dans le plaidoyer à plus long terme pour améliorer l'inclusion au niveau national : à plus long terme, HI devrait travailler en coopération avec d'autres acteurs nationaux et internationaux, notamment les OPH et d'autres organisations comme Options, pour mener des actions de plaidoyer visant à intégrer le handicap et les critères d'accessibilité dans les programmes nationaux d'évaluation de la qualité et de contrôle qualité. HI pourrait également travailler en partenariat pour soutenir l'amélioration de la coordination entre les différents organismes et systèmes publics. L'objectif de ce travail pourrait être l'existence de services accessibles pour tous à l'échelle nationale : veiller à ce que les bâtiments publics respectent les normes d'accessibilité nationales et internationales, créer des systèmes de transport accessibles, et s'assurer que les systèmes de protection prennent en compte la SSRD.

2. Recommandations pour les partenaires de SSRD (prestataires de services et experts techniques)

1. Intégrer l'inclusion au niveau organisationnel : WISH2ACTION a œuvré pour créer une culture plus inclusive au sein des organisations partenaires, mais ce travail devrait se poursuivre pour intégrer pleinement l'inclusion. L'inclusion doit être intégrée à tous les niveaux des organisations (de la direction aux équipes support) et dans tous les domaines programmatiques (planification, budgétisation, mise en œuvre, suivi et évaluation, gestion de la qualité, partenariats, politiques de protection) avec l'aide d'experts techniques qui pourraient apporter un appui et des compétences, et assurer un mentorat. Cela pourrait nécessiter de former tous les prestataires et agents de santé communautaire à l'inclusion afin de balayer les idées reçues sur le handicap et la SSR, d'informer sur les droits à la SSR, et de développer leur confiance en matière de communication avec les groupes exclus. Cela est également lié aux recommandations qui suivent en matière de recueil de données, de création de services inclusifs des personnes handicapées et d'implication communautaire pour garantir la participation significative des personnes handicapées.

2. Améliorer le recueil de données afin qu'il inclue le handicap : WISH2ACTION a produit de nombreux enseignements sur les difficultés d'une collecte de données inclusive du handicap et sur la nécessité de former les acteurs à l'utilisation efficace des WG-SS. Les prestataires devraient réfléchir à la meilleure manière d'intégrer les WG-SS, veiller à ce que tous les enquêteurs soient formés aux WG-SS et s'engager à améliorer les données relatives aux personnes handicapées au niveau de leur organisation. Cela leur permettrait de mieux comprendre les besoins des personnes handicapées, les lacunes en matière de prestations de services et de budget, et d'œuvrer pour des services plus inclusifs des personnes handicapées.

3. Évaluer et améliorer les établissements de santé : WISH2ACTION a constaté que l'évaluation des EDS était un outil efficace pour créer des plans d'action permettant d'améliorer l'inclusion. Les prestataires devraient travailler conjointement avec les ONG et les OPH pour évaluer l'inclusion des personnes handicapées dans les établissements de santé, et envisager d'utiliser les résultats pour faire pression sur les gouvernements en vue d'une amélioration des infrastructures à plus grande échelle. À plus long terme, les prestataires devraient collaborer durablement avec les OPH et autres acteurs de la SSRD pertinents autour du plaidoyer, pour faire en sorte que le handicap et les critères d'accessibilité soient intégrés dans les programmes nationaux d'évaluation de la qualité et de contrôle qualité.

4. Faciliter l'accès à des services de SSR inclusifs des personnes handicapées : WISH2ACTION a recueilli plusieurs bonnes pratiques sur l'amélioration de l'inclusion des personnes handicapées dans les services de SSR, et les prestataires devraient envisager de mettre en œuvre les mesures suivantes :

- Les prestataires devraient être sensibilisés aux obstacles comportementaux, tels que la discrimination, qui empêchent les personnes handicapées, notamment les femmes et les jeunes, d'accéder aux services de SSRD.
- Les prestataires devraient travailler avec les OPH pour comprendre où les personnes handicapées peuvent accéder à des services de SSR dans lesquels elles se sentent à l'aise, en vue d'augmenter ces lieux de prestation.
- L'inclusion du handicap devrait être intégrée dans tous les services de SSR, et les adaptations appropriées doivent être réalisées pour répondre aux besoins des personnes handicapées (ex. : visites à domicile, événements accessibles, télé Santé).
- Les prestataires devraient travailler avec les membres des OPH, les experts de la CCCS, les interprètes en langue des signes et les traducteurs pour veiller à ce que les services de SSR soient inclusifs des personnes handicapées et pour adapter le format des supports de communication en fonction des besoins des personnes handicapées (à la fois aux niveaux des communautés et des EDS).
- Les personnes handicapées devraient être impliquées dans la planification, le suivi et la redevabilité (ex. : entretiens de sortie des clients).
- Les prestataires devraient également envisager de recruter et de former des personnes handicapées et des OPH comme agents de santé communautaire et professionnels de la santé.

5. Établir des partenariats équitables et collaborer avec les OPH : le rôle important des OPH dans la mise en place de systèmes pérennes pour l'inclusion du handicap est un enseignement essentiel de WISH2ACTION. Les prestataires devraient travailler avec les OPH locales et les inclure afin de garantir l'inclusion du handicap dans les services de SSRD. Les OPH peuvent être incluses dans différents domaines, tels que la génération de la demande ou les réseaux d'orientation. Les prestataires devraient aider les OPH à renforcer leur capacité technique dans le domaine de la SSRD et soutenir leurs besoins pratiques, notamment en termes de logistique et de ressources financières. Pour garantir la pérennité de la SSRD inclusive, il convient de réfléchir à la participation significative des OPH et leur responsabilisation.

6. S'impliquer avec les communautés et travailler avec les référents des communautés : WISH2ACTION a souligné l'importance de l'implication auprès des communautés et des organisations à base communautaire pour comprendre les normes sociales et balayer les idées reçues en vue d'améliorer la portée des services de SSR et leur utilisation. Les prestataires devraient identifier les principaux acteurs communautaires et les impliquer sur la question des droits à la SSR (hommes, responsables communautaires, chefs religieux, belles-familles, grands-parents et autres acteurs clés selon le contexte). L'implication de ces membres des communautés est essentielle pour améliorer l'acceptation de la SSR pour les personnes handicapées et modifier les attitudes négatives et les normes sociales préjudiciables. Les OPH et les ONG locales pertinentes, comme les organisations de femmes ou de jeunes, devraient également être accompagnées dans l'inclusion du handicap et considérées comme informateurs essentiels sur les droits à la SSR pour tous.

3. Recommandations pour les donateurs et les décideurs politiques

1. Investir dans les OPH : WISH2ACTION a constaté que les OPH étaient essentielles dans la mise en œuvre, l'appui et la pérennité de l'accès des personnes handicapées à la SSR. Malgré cela, les OPH manquent de financements et de ressources, et luttent pour s'établir en tant qu'organisations indépendantes recevant leurs propres financements. Les donateurs devraient financer des projets qui contribuent à renforcer la capacité des OPH, qui consolident les réseaux nationaux d'OPH et qui aident les OPH à mener des actions de plaidoyer conjointes sur l'inclusion du handicap.

2. Investir dans l'amélioration des données inclusives du handicap : WISH2ACTION a produit de nombreux enseignements sur les difficultés de recueillir des données inclusives du handicap au niveau national. Les donateurs devraient intégrer le recueil de données désagrégées par handicap dans les critères de suivi et de reporting, et financer des projets qui peuvent intégrer efficacement les questions du Washington Group (version courte) dans les systèmes nationaux de données. L'utilisation durable et à long terme des WG-SS nécessite une action des décideurs politiques, afin que les WG-SS soient disponibles dans la langue locale et que tous les enquêteurs du système de santé puissent utiliser correctement cet outil.

3. Intégrer l'inclusion du handicap dans les exigences des donateurs : l'inclusion du handicap était un domaine technique et un thème transversal dans WISH2ACTION. Cependant, cette question n'était pas pleinement intégrée dans les plans de tous les membres du consortium. Les donateurs pourraient faire en sorte que le handicap soit totalement intégré et ancré dans les futurs programmes qu'ils financent, en exigeant davantage d'activités stratégiques ainsi que l'inclusion du handicap dans le budget, les programmes, le suivi et l'évaluation de tous les partenaires durant la phase de conception, avec des étapes jalons et des indicateurs de réussite. Ils pourraient également imposer des indicateurs clés de performance (KPI) ou des paiements conditionnels. La vérification par un auditeur externe pourrait également ajouter un caractère prioritaire à l'inclusion du handicap et améliorer les progrès.

4. Utiliser l'évaluation des obstacles pour orienter les programmes et les services de SSRD : WISH2ACTION a constaté que l'évaluation des obstacles était un outil précieux pour identifier et éliminer les obstacles que rencontrent les personnes handicapées dans l'accès aux services de SSRD. Les décideurs politiques et les donateurs pourraient chercher à identifier, à évaluer et à réduire les obstacles, potentiellement avec l'appui technique d'experts et de chercheurs. Cette approche pourrait être poussée plus loin en étudiant de façon plus approfondie les obstacles qui affectent les groupes particulièrement marginalisés comme les femmes et les filles handicapées.

5. S’engager à défendre les droits : WISH2ACTION a souligné l’importance des droits, et a désigné la CDPH comme le fondement de toute action menée autour de la SSR inclusive des personnes handicapées. Après la ratification de la CDPH, les gouvernements et les organisations internationales de développement ont l’obligation légale et le devoir de défendre les droits des personnes handicapées à accéder à la SSR, et de mettre en œuvre les politiques et les engagements existants sur l’inclusion du handicap. Les donateurs et les organismes internationaux devraient faire appel à la responsabilité des gouvernements à tenir leurs engagements et veiller à ce que tout projet, programme ou service de SSR soit inclusif. Les gouvernements et les donateurs devraient également veiller à ce que l’inclusion soient suffisamment budgétisée pour que les personnes handicapées puissent accéder facilement aux soins de santé et faire valoir leurs droits, en affectant entre 2 et 7 % de leur budget aux mesures d’inclusion (Bruijn 2020).

6. Exiger la représentation des personnes handicapées dans les structures nationales de santé : WISH2ACTION a constaté que la participation des OPH dans les comités de santé des villages et des districts permettait aux personnes handicapées de faire entendre leur voix en vue d’orienter les prises de décisions et de garantir la prise en compte de l’inclusion. Les gouvernements devraient développer des directives et des politiques exigeant que les OPH soient représentées dans les comités de santé au niveau local et au niveau des districts. Cette approche devrait prévoir la budgétisation de l’accessibilité des infrastructures sanitaires et de l’équipement, et des coûts et dépenses de transport pour que les personnes handicapées puissent participer. Cela devrait également s’appliquer aux structures de l’action humanitaire afin que les interventions et les communications soient inclusives des personnes handicapées et que personne ne soit laissé de côté.

7. Intégrer la SSR dans d’autres domaines de la santé : WISH2ACTION a produit des exemples de bonnes pratiques dans lesquels la SSR était reliée à d’autres aspects de la santé aux fins d’une meilleure intégration des services et d’une meilleure orientation. Les donateurs et les décideurs politiques devraient réfléchir à la manière de mieux intégrer la SSR dans d’autres domaines de la santé (ex. : vaccination, réadaptation) ou services pertinents (ex. : éducation) pour améliorer l’inclusion des personnes handicapées.

Références

Better Evaluation, 2016, Le tri de cartes hiérarchique, https://www.betterevaluation.org/en/evaluation-options/hierarchical_card_sorting, consulté en ligne le 21 juin 2021.

Bruijn, P, 2020, *Disability Inclusion in Universal Health Coverage*, Présentation de KIT Royal Tropical Institute, octobre 2020.

Development Media International, 2021, Santé sexuelle intégrée des femmes (WISH2ACTION), page Internet : <https://www.developmentmedia.net/project/wish/>, consulté en ligne le 25 mai 2021.

Humanité & Inclusion, 2015, *Gender and Disability: A way forward to overcoming multiple discriminations*, https://humanity-inclusion.org.uk/sn_uploads/document/2015-briefing-gender-and-disability-handicap-international.pdf

Humanité & Inclusion, 2020, *La COVID-19 dans les contextes humanitaires : aucune excuse pour laisser les personnes handicapées de côté ! Données issues des opérations de HI dans des contextes humanitaires*, <https://reliefweb.int/report/world/la-covid-19-dans-les-contextes-humanitaires-aucune-excuse-pour-laisser-les-personnes>

Humanité & Inclusion, 2021a, *Le handicap à l'échelle mondiale*, page Internet : <https://humanity-inclusion.org.uk/en/action/disability-the-global-picture>, consulté en ligne le 28 mai 2021.

Humanité & Inclusion, 2021b, *Practical Guide: Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Disability inclusion from theory to practice* (document provisoire consulté le 18 juin 2021, publication prévue en juillet 2021).

Humanité & Inclusion et Leonard Cheshire Foundation, 2016, *Disability Data Collection: A summary review of the use of the Washington Group Questions by development and humanitarian actors*, https://humanity-inclusion.org.uk/sn_uploads/document/2018-10-summary-review-wgg-development-humanitarian-actors.pdf

IPPF, 2021, *Santé de la reproduction en Ouganda*, page Internet : <https://www.ippf.org/about-us/member-associations/uganda>, consulté en ligne le 11 juin 2021.

Options, 2021, *Programme de santé sexuelle intégrée des femmes*, page Internet : <https://options.co.uk/work/women%E2%80%99s-integrated-sexual-health-programme>, consulté en ligne le 25 mai 2021.

Nations Unies (ONU), 2006, *Convention relative aux droits des personnes handicapées*, <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 2021, *Tableau de bord interactif sur l'état des ratifications*, page Internet : <https://indicators.ohchr.org/>, consulté en ligne le 25 mai 2021.

Washington Group, 2003, *Annexe 2 : Protocole de traduction*, page Internet : https://www.cdc.gov/nchs/data/washington_group/meeting6/appendix2_translation.pdf, consulté en ligne le 11 juin 2021.

Washington Group, 2015, *Série de vidéos HI/WG 2015*, page Internet : <https://www.washingtongroup-disability.com/resources/online-trainings-and-webinars/>, consulté en ligne le 29 juin 2021.

Washington Group, 2021, *version courte des questions du Washington Group*, web Internet : <https://www.washingtongroup-disability.com/resources/frequently-asked-questions/short-set/>, consulté en ligne le 4 juin 2021.

Organisation mondiale de la santé et Fonds des Nations Unies pour la population, 2009, *Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities*, Note d'orientation OMS/FNUAP, <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/9789241598682/en/>.

Organisation mondiale de la santé, 2010, *Monitoring the Building Blocks of Health Systems*, Chapitre 1 : *La prestation des services de santé*, https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_section1_web.pdf

