

Engagement communautaire pour la santé sexuelle et reproductive inclusive

**Un guide pour conduire des ateliers
avec les personnes en situation de
handicap**

Décembre 2020

En partenariat



Liste des acronymes

Acronyme	Mot
CEI	Client Exit Interview [Entretiens de sortie avec les client-e-s]
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
MSI	MSI Reproductive Choices
MSSL	MSI Sierra Leone
MSZ	MSI Zambia
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPH	Organisation de personnes en situation de handicap
PF	Planification familiale
SDSR	Santé et droits sexuels et reproductifs
SLUDI	Sierra Leone Union on Disability Issues
SSR	Santé sexuelle et reproductive
OMS	Organisation mondiale de la Santé
WISH	Women's Integrated Sexual Health [Santé sexuelle intégrée des femmes]

À propos de WISH

Le programme Women's Integrated Sexual Health (WISH) [Santé sexuelle intégrée des femmes] est le programme-phare du Gouvernement britannique qui a pour but de renforcer l'appui à la santé et aux droits sexuels et reproductifs dans les pays d'Afrique et d'Asie d'ici 2021.

Le but de ce programme est l'avènement d'un monde où chaque mère peut jouir d'une grossesse et d'un accouchement désirés et sans problème, où chaque enfant peut survivre au-delà de son cinquième anniversaire, et où chaque femme, chaque enfant et chaque adolescent peut prospérer pour réaliser son plein potentiel, qui génère des avantages sociaux, démographiques et économiques considérables.

Ce programme a pour but de contribuer à l'agenda « ne laisser personne de côté », en ciblant des femmes en situation de handicap dont les besoins n'ont, pour une grande part, pas été satisfaits par le biais de la prestation de services de planification familiale et de santé sexuelle et reproductive (SSR).

Comment utiliser ce guide

Une des principales composantes de WISH consiste à faire en sorte que les interventions du projet soient inclusives en termes de handicap, de manière à ce que les clientes en situation de handicap puissent avoir accès à la prestation de services de santé reproductive et fassent partie des stratégies de mobilisation. Ce rapport doit être utilisé par les partenaires WISH en tant que guide pour l'organisation d'ateliers d'engagement communautaire avec des client-e-s en situation de handicap et des organisations de personnes en situation de handicap, afin de renforcer les adaptations de projet.

Ce guide aidera les partenaires WISH à savoir comment:

- Mettre en œuvre un atelier d'engagement communautaire et savoir ce qu'il faut prendre en compte avant et le jour de l'atelier.
- Comprendre les différents éléments à inclure lors de l'organisation d'un atelier d'engagement communautaire.
- Explorer les études de cas tirées des ateliers d'engagement communautaire précédents, et les leçons apprises.
- Développer des plans d'action et les mettre en pratique.

Sommaire

Introduction	5
Mettre en œuvre un atelier d'engagement communautaire	9
Ce qu'impliquent les ateliers d'engagement communautaire	11
Leçons apprises	15
Développer des plans d'action en fonction des connaissances	17
Mettre les plans d'action en pratique	17
Annexe : Exemples et données probantes - Actions requises	18

Introduction

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2011), au sein de la population mondiale, 1 milliard (15%) de personnes sont atteintes d'un handicap (2011).¹ Ce chiffre passe à 19,2% pour les femmes et les filles, et jusqu'à 220 millions de jeunes personnes vivent avec un handicap. Les personnes en situation de handicap ont les mêmes besoins en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) que d'autres personnes. En revanche, elles sont souvent confrontées à des obstacles à l'accès aux informations et aux services. Ces obstacles sont fréquemment liés à l'ignorance et à des attitudes sociétales et individuelles négatives (notamment de la part des prestataires de soins), et ils peuvent aussi être liés à des niveaux élevés de pauvreté. À l'échelle mondiale, les personnes en situation de handicap sont probablement parmi les plus pauvres, le handicap étant à la fois une cause et une conséquence de la pauvreté.

« Pas de décision nous concernant sans que nous soyons consultés » est un principe clé pour les personnes en situation de handicap, et il est clairement reflété dans le texte de la Convention relative aux droits des personnes en situation de handicap des Nations Unies. Il souligne l'importance de l'inclusion des personnes en situation de handicap à toutes les étapes de l'élaboration de politiques, la planification et la mise en œuvre de programmes.

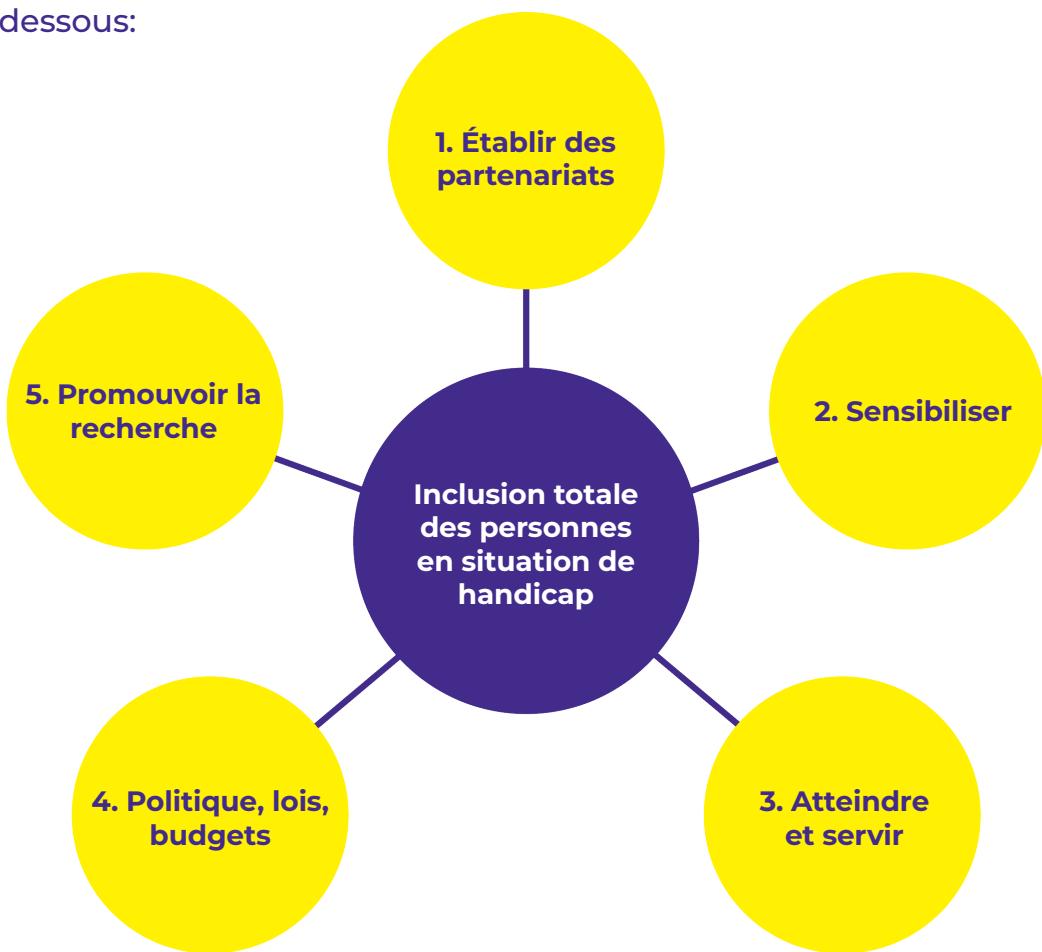
L'inclusion des personnes en situation de handicap est une composante importante pour nos bailleurs de fonds et l'agenda mondial « ne laisser personne de côté ». La programmation inclusive en termes de handicap est un concept relativement nouveau au sein du secteur de la santé sexuelle et reproductive. En tant que consortium WISH, nous entamons un processus visant à comprendre quelles interventions sont les plus efficaces pour servir les client-e-s en situation de handicap. L'OMS et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)² suggèrent que les interventions existantes peuvent facilement être adaptées aux besoins des personnes en situation de handicap. Cela exige néanmoins d'impliquer des personnes en situation de handicap dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation du programme pour veiller à ce que les messages, les services et les modèles soient en accord avec leurs besoins et les obstacles pouvant être rencontrés.

Selon les estimations de l'OMS, au sein de la population mondiale,

1 milliard

(15%) de personnes sont atteintes d'un handicap

Les personnes en situation de handicap sont souvent négligées ou exclues des processus de développement, ce qui entraîne la non-prise en compte de leurs besoins. C'est pourquoi, l'OMS et le FNUAP recommandent cinq actions en vue de l'inclusion de la santé sexuelle et reproductive des personnes en situation de handicap, comme indiqué ci-dessous:



Composantes du cadre de pleine inclusion:

- 1. Établir des partenariats:** Les politiques et les programmes sont de meilleure qualité quand les organisations de personnes en situation de handicap participent à leur élaboration.
- 2. Sensibiliser:** Les besoins des personnes en situation de handicap doivent faire partie intégrante de leur travail en cours. Les programmes séparés ou parallèles ne sont généralement pas nécessaires.
- 3. Atteindre et servir:** Adapter les programmes de santé et de droits sexuels et reproductifs pour atteindre et servir les personnes en situation de handicap. La plupart des personnes en situation de handicap peuvent bénéficier de l'inclusion des programmes de santé et de droits sexuels et reproductifs conçus pour la communauté en général.
- 4. Politique, lois et budgets:** Travailler avec les OPH pour faire en sorte que toutes les législations et les réglementations touchant à la SSR reflètent les besoins des personnes en situation de handicap.
- 5. Promouvoir la recherche:** Promouvoir la recherche sur les personnes en situation de handicap. Un corpus de données probantes plus solide permettra d'améliorer les programmes de SDSR destinés aux personnes en situation de handicap.

Engager le dialogue avec les organisations de personnes en situation de handicap

« La meilleure façon de commencer à réfléchir sur les questions de SSR pour les personnes en situation de handicap est d'établir un dialogue avec les organisations locales au service des personnes en situation de handicap et d'autres organisations de plaidoyer travaillant pour les personnes en situation de handicap. »

Note d'orientation de l'OMS et du FNUAP, 2009³

Que sont les organisations de personnes en situation de handicap?

- Les organisations de personnes en situation de handicap (OPH) sont dirigées et gérées par les personnes qui vivent avec un handicap et plaident en faveur de l'égalité des droits et des changements systémiques.
- Elles sont présentes au niveau local, national et international.
- Elles peuvent représenter des groupes spécifiques (par exemple, les personnes qui vivent avec des handicaps physiques, pour les femmes en situation de handicap) et elles agissent en qualité d'organisations faîtières représentant plusieurs groupes.

Pourquoi travailler avec des organisations de personnes en situation de handicap?

- Elles comprennent les besoins et les priorités des groupes qu'elles représentent.
- Elles connaissent le contexte social et juridique des personnes qui vivent avec un handicap.
- Elles savent ce qui a été essayé avant, ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

Quels sont les rôles possibles des organisations de personnes en situation de handicap?

- **Conception** – guider le développement de propositions, de supports et de messages.
- **Planification** – cartographie/sélection de site, coordination de formations/d'ateliers, justification des budgets.
- **Intervention** – sensibilisation/mobilisation communautaire, formation, pré-test des supports.
- **Évaluation** – assistant-e-s de recherche, informateur-trice-s clés, client-e-s mystères.
- **Plaidoyer** – des membres actifs du comité consultatif de plaidoyer, appuyés pour participer aux Groupes de travail technique consacrés à la SDSR.

Pourquoi l'engagement communautaire fonctionne

Les client-e-s en situation de handicap sont divers-e-s et ils-elles subissent des obstacles croisés en raison de leurs déficiences et du contexte social dans lequel ils-elles vivent. C'est pourquoi les ateliers d'engagement communautaire constituent une étape initiale essentielle pour générer des idées contextuelles afin de guider les adaptations potentielles de notre programmation pour qu'elle soit plus inclusive à l'égard des client-e-s en situation de handicap.

Ateliers d'engagement communautaire:

- Fournir une plateforme qui fait en sorte que les personnes en situation de handicap puissent s'exprimer et être consultés sur les interventions qui les toucheront.
- Créer une occasion pour obtenir des informations approfondies sur les réalités vécues par les personnes en situation de handicap.
- Sensibiliser les participant-e-s en situation de handicap à notre travail et en même temps, sensibiliser notre personnel aux difficultés subies par les personnes en situation de handicap.
- Appuyer le développement d'interventions qui sont fondées sur des données probantes et non sur des hypothèses concernant la vie des personnes en situation de handicap.
- Nous permettre d'identifier l'importance des compétences et de l'expertise des personnes en situation de handicap, qui peuvent améliorer la qualité des interventions développées.

La note d'orientation de l'OMS et du FNUAP⁴ souligne que les politiques et les programmes à tous les niveaux, sont systématiquement de meilleure qualité quand les OPH participent à la planification dès le début. En réalité, les leçons apprises des évaluations participatives comme la **conception axée sur la personne** montrent que les idées tirées des consultations avec le public cible facilitent la conception des messages, des services et des modèles qui sont en accord avec leurs besoins réels et les obstacles auxquels il est confronté.

La conception axée sur la personne est : « l'idée selon laquelle les solutions doivent être définies avec la contribution et l'empathie des utilisateur-trice-s finaux-ales qui vont en bénéficier. »⁵

En Ouganda, pour appuyer l'augmentation des méthodes contraceptives et « limiter les conséquences négatives sur le plan sanitaire, social et économique, de la forte fécondité »,⁶ MSI a déployé des efforts pour impliquer les personnes en situation de handicap pendant la conception et la mise en œuvre du projet. Cela a conduit à une augmentation du nombre de personnes en situation de handicap ciblées par l'intermédiaire des prestataires de service mobile. Ces prestataires de service (les personnes comme le personnel infirmier formé qui est médicalement qualifié pour offrir des services de SSR) se rendent par la route dans les communautés pour dispenser des services aux communautés marginalisées dans des zones difficiles à atteindre ou des zones où les services de SSR ne sont pas disponibles.

Mettre en œuvre un atelier d'engagement communautaire

Avant d'adapter les stratégies de mobilisation ou de prestation de services pour qu'elles soient plus inclusives à l'égard des personnes en situation de handicap, nous vous recommandons de mener des ateliers d'engagement avec les personnes en situation de handicap et les OPH pour vous aider à façonnez vos interventions.

Ce qu'il faut prendre en compte avant le jour de l'atelier

Qui doit être impliqué: Inviter des participant-e-s issu-e-s d'un éventail divers d'organisations de défense des personnes en situation de handicap, de lieux (ruraux et urbains) et, qui ont différents handicaps – y compris les handicaps physiques, sensoriels (visuels et auditif) et intellectuels. Prendre contact avec les OPH pour les identifier et se mettre d'accord sur la représentation.

Quelle devrait être la durée d'un atelier d'engagement communautaire: Il est recommandé que les ateliers d'engagement communautaire soient divisés en sessions en fonction des différents handicaps, afin de permettre des discussions significatives et des discussions adaptées aux besoins des participants. Il est recommandé de prévoir un jour par groupe.

Qui peut conduire des activités d'engagement communautaire: Un groupe de facilitateur-trice-s y compris un-e responsable du handicap, le/la responsable du marketing, le/la responsable de programme et le/la/les représentant-e- des OPH. Il est recommandé de prévoir un-e traducteur-trice si les participant-e-s vont s'exprimer dans une langue que les facilitateur-trice-s ne parlent pas couramment, et un-e interprète en langue des signes pour les groupes qui comptent des participant-e-s atteint-e-s de déficiences auditives parmi eux-elles.

Ce qu'il faut budgéter pour un atelier d'engagement communautaire: La planification avec une OPH permettra de réfléchir au budget requis. Vous devrez envisager:

- L'ajout d'un budget déplacement pour les assistant-e-s, interprètes et les modes de transport adaptés pour rejoindre le site (par exemple, certain-e-s participant-e-s peuvent avoir besoin d'un taxi plutôt qu'un bus local).
- Les interprètes en langue des signes et d'autres aides à la communication - la bonne pratique consiste à avoir au moins deux interprètes (pour permettre de prendre une pause). Demandez aux participant-e-s de recommander les interprètes auxquel-le-s ils/elles font appel et font confiance.
- Prévoyez un budget pour une grande salle. Si vous avez 15 participant-e-s - réservez un local pour 25 personnes (cela permettra d'avoir de la place pour des dispositifs d'assistance, par exemple, les béquilles et les fauteuils roulants).



Avant l'atelier, prévoir:

L'accessibilité

- Veillez à ce que les conditions d'accessibilité soient prises en compte dans le budget de votre activité. Les participant-e-s peuvent avoir besoin d'un-e assistant-e ou d'un-e interprète.
- Prenez contact avec les OPH pour recommander des sites accessibles - réservez une grande salle pour faciliter la circulation.

Maximiser la participation

- Demandez conseil aux participant-e-s et aux OPH à propos de ce qui est requis pour garantir une participation active.
- Développez des activités qui ne reposent pas sur la lecture ou l'écriture pour la participation.
- Donnez la possibilité aux participant-e-s de faire part de leurs commentaires de la manière la plus aisée pour eux-elles - cela peut se faire sous la forme orale, de jeu de rôle, de dessin ou de langue des signes, etc.

Ce qu'il faut prendre en compte le jour de l'atelier

Accessibilité

- Minimisez les obstructions, retirez les tables, les sièges et les câbles électriques inutiles, etc.
- Respectez l'espace personnel des personnes, qui comprend les dispositifs d'assistance (ne déplacez pas ou ne touchez pas les fauteuils roulants, les béquilles, etc. sans demander la permission au préalable).
- Prévoyez une pause à chaque heure pour permettre aux participant-e-s de se reposer et de se déplacer le cas échéant.

Maximiser la participation

- Clarifiez les conditions de communication et d'accessibilité au début par exemple, accord du groupe - cela aidera les participant-e-s et les facilitateur-trice-s.
- Veillez à toujours vous adresser directement aux participant-e-s (pas à leur assistant-e ou à leur interprète).

Ce qu’impliquent les ateliers d’engagement communautaire

Un outil et des activités de facilitation ont été développés pour guider la discussion avec les participant-e-s. Les activités ont été conçues pour permettre la participation active de l’ensemble des participant-e-s à l’aide de travail de groupe, de scénarios et d’images visuelles pour maximiser le partage d’informations.

Les composantes à mettre en œuvre pour l’atelier sont:

- **Activités préliminaires:** Cela permet aux participant-e-s de comprendre le but des ateliers et de la structure, d'accorder le consentement et de faire part des attentes, et d'accepter les règles de participation et de bien-être.
- **Personnage de l’activité:** Les personnes participant à un atelier sont affectées à des groupes et il leur est demandé de créer des personnages réalistes de femmes en situation de handicap qui pourraient accéder aux services de santé ou non. La logique de cette activité est de connaître les détails sur la vie de la personne, pas seulement sur son handicap – de manière à ce que les facilitateur-trice-s et les membres de l’atelier puissent comprendre son expérience. Cette activité sert de point d’entrée pour explorer les sources de motivation et les barrières sociales et culturelles pour accéder aux services.
- **Activité sur le parcours du/de la client-e:** Pour explorer les expériences positives et négatives que les personnages peuvent rencontrer en rapport avec le parcours de soins des client-e-s et commencer à explorer des solutions.
- **Prioriser les obstacles:** Utiliser les images visuelles et un système de classement pour permettre aux participant-e-s d’interagir et de prioriser leurs obstacles à l'accès aux soins.

Adapter les activités à différents groupes

Les participant-e-s atteint-e-s de déficience visuelle bénéficieront de sessions durant lesquelles les activités sont adaptées pour faire en sorte que les codes visuels ne soient pas requis pour participer à ces activités et que des supports soient disponibles pour être touchés, par exemple les méthodes contraceptives. Un lieu tranquille facilitera l’écoute et la concentration. Les participant-e-s atteint-e-s de déficiences auditives bénéficieront d’activités de stimulation visuelle, par exemple le dessin et les jeux de rôle.



Exemples et données probantes

Étude de cas 1: Sierra Leone

À Marie Stopes Sierra Leone (MSSL), un effort concerté a été déployé pour améliorer l'inclusion du handicap grâce à la collaboration avec Sierra Leone Union on Disability Issues (SLUDI). En février 2020, MSSL, appuyé par Leonard Cheshire, a conduit des ateliers d'engagement communautaire avec des responsables d'OPH et des responsables communautaires travaillant sur le handicap (y compris, 25 participant-e-s qui ont des déficiences physiques et 10 participant-e-s atteint-e-s de déficiences auditives).

- Des ateliers distincts ont eu lieu avec un groupe de personnes ayant des déficiences physiques et un groupe de personnes atteintes de déficiences auditives, en raison de l'anticipation des obstacles qu'elles rencontrent, qui pourraient être différents et nécessiter une analyse séparée.
- À l'aide d'approches participatives et expressives, les participant-e-s ont parcouru les activités de l'atelier pour avoir une image approfondie des vies et des relations des femmes en situation de handicap et examiner les obstacles auxquels elles sont confrontées quand elles accèdent aux services de santé reproductive.

Perspectives: Étude de cas de la Sierra Leone

Participant-e-s atteint-e-s de handicaps physiques



Exercice sur les personnages (détails sur une femme fictive qui vit avec un handicap): Premier accouchement précoce – 13/14/15 ans, a une famille nombreuse, a honte des familles nombreuses, a des relations secrètes, forte dépendance, rapports de force, faible connaissance et utilisation des services de SSR en particulier la planification familiale.

Parcours de la cliente: Les difficultés portaient sur les premières étapes du parcours de la cliente, elles étaient liées à la mobilisation, la localisation de la prestation de services et à la connaissance des sites de prestation de services.

Prioriser les obstacles: Les obstacles à la prestation de service, le coût des transports, l'accessibilité du site, les attitudes négatives de la part des prestataires de services.

Participant-e-s atteint-e-s de déficiences auditives



Exercice sur les personnages (détails sur une femme fictive qui vit avec un handicap): Les accouchements plus tardifs (au cours de la vingtaine en général), les familles nombreuses, les relations avec les hommes ayant des handicaps similaires, le fait d'avoir suivi un enseignement primaire (école pour personnes sourdes), aspirations davantage tournées vers le commerce/les compétences, les supports de leur choix en anglais plutôt qu'en langue locale, meilleure connaissance/utilisation des services de SSR mais avec des expériences et des perceptions négatives en matière de planification familiale (PF).

Parcours de la cliente: La plus grande difficulté a été de surmonter les obstacles à la communication et les attitudes des prestataires à l'arrivée dans le service.

Prioriser les obstacles: Manque d'interprètes en langue des signes et attitudes des prestataires de service.

Note: En général, les participant-e-s issu-e-s de communautés urbaines avaient une meilleure connaissance des services de PF/SSR que les participant-e-s venant de 12 milieux ruraux.

Étude de cas 2: Zambia

En juillet 2020, Marie Stopes Zambie (MSZ) a conduit des ateliers d'engagement communautaire en s'appuyant sur l'expérience et les enseignements de MSSL. En Sierra Leone, les connaissances des participant-e-s sur la planification familiale et les services offerts par Marie Stopes étaient plus limitées que ce qui avait été anticipé par les facilitateur-trice-s.

Pour y remédier, MSZ a procédé aux adaptations suivantes:

- Ajouter une session de conseils en groupe, pour sensibiliser les participant-e-s aux méthodes de planification familiale.
- Des ateliers distincts ont été organisés avec des responsables d'une OPH zambienne, Zambia Agency for Persons with Disabilities (ZARP) et des clientes en situation de handicap, pour donner l'occasion de recueillir des informations au sein de la communauté des personnes en situation de handicap.

Perspectives: Étude de cas sur la Zambie

Participant-e-s atteintes de déficience visuelle



Exercice sur les personnages (détails sur une femme fictive qui vit avec un handicap): Aspirations davantage tournées vers la famille et l'éducation, craintes à l'égard des prestataires de service critiques, manque de confidentialité, crainte d'actes de violence sexuelle en raison du manque de compétences en matière de protection, manque d'accès à des informations correctes sur la SSR en raison des mythes et des idées fausses au sein de la communauté, manque de connaissances concernant les endroits où on peut accéder aux services de SSR.

Parcours de la cliente: Les besoins sont plus tournés vers le fait de surmonter les difficultés de communication pendant le processus de soins, de participation et de confidentialité de la cliente.

Prioriser les obstacles: Vie privée et confidentialité, où accéder aux services, longues files d'attente dans les établissements.

Participant-e-s atteint-e-s de handicaps physiques



Exercice sur les personnages (détails sur une femme fictive qui vit avec un handicap): Les aspirations sont plus tournées vers la famille et les compétences, le jugement et la stigmatisation de la part des prestataires, la crainte d'être cataloguée par la communauté, les attentes de la famille, les établissements de santé inaccessibles, le manque de connaissances sur l'accès aux services de SSR sécurisés.

Parcours de la cliente: Dans cette rubrique, les besoins sont transversaux et tournés vers le fait de surmonter les problèmes d'accessibilité physique et à l'information, le jugement/la stigmatisation de la part des prestataires, les perceptions négatives de la communauté.

Prioriser les obstacles: Immeubles inaccessibles, attitudes des prestataires.

Participant-e-s atteint-e-s de déficiences auditives



Exercice sur les personnages (détails sur une femme fictive qui vit avec un handicap): Les aspirations sont plus tournées vers la famille, l'éducation et la stabilité économique, la crainte d'obstacles à la communication avec les prestataires de service, l'absence d'interprète en langue des signes, le manque de confidentialité, les longues heures d'attente, le manque d'implication dans le processus de soins.

Parcours de la cliente: Comme en Sierra Leone, les besoins sont davantage tournés vers le fait de surmonter les difficultés de communication pendant le processus de soins.

Prioriser les obstacles: Difficulté pour communiquer avec les prestataires, vie privée et confidentialité, localisation des sites.

Perspectives: Étude de cas sur la Zambie - atelier séparé avec des responsables d'OPH

La consultation des responsables d'OPH a été concentrée sur la cartographie, la priorisation et l'identification des solutions possibles. En général, les obstacles prioritaires étaient semblables à ceux ayant été identifiés pendant les consultations avec les bénéficiaires de leurs segments respectifs et priorisaient les obstacles y compris les solutions possibles.

Recommandations des responsables d'OPH:

- Remédier aux obstacles comportementaux avec les agents de santé et les communautés.
- Inclusion de personnes en situation de handicap dans le développement des politiques et des programmes de SDSR.
- S'associer aux organisations locales de handicap pour améliorer l'accessibilité.
- Adapter l'approche des éducateur-trice-s de pairs pour développer la sensibilisation à la PF/à la SDSR parmi les personnes en situation de handicap.
- Développer les messages et les supports qui ont un rapport avec les divers besoins des personnes en situation de handicap (qu'ils soient enregistrés vocalement, ou écrits en gros caractères, en braille et en format facile à lire, etc.).
- Doter les agents de santé de compétences de base en langue des signes (pour mettre les clients à l'aise, et non dans le but de prodiguer des conseils, ce qui nécessiterait des compétences poussées).

Leçons apprises

Tandis que les expériences des femmes qui vivent avec un handicap sont uniques aux contextes dans lesquels elles vivent, les éléments tirés des ateliers d'engagement communautaire peuvent être synthétisés dans des thèmes communs.



1. L'expérience de la stigmatisation et des attitudes sociétales négatives influençant l'accès aux services.

Pour les femmes qui vivent avec des handicaps, la stigmatisation existe au:

- a. **niveau individuel** (auto-stigmatisation).
- b. **niveau interpersonnel** (interactions entre elles et le prestataire de soins).
- c. **niveaux structurels** (conditions sociétales, normes culturelles).

La crainte de jugement en tant qu'obstacle pour accéder aux services, du fait des attitudes sociétales a été un thème récurrent des consultations.

Attitudes sociétales négatives influençant l'accès aux services

Les femmes en situation de handicap ne peuvent pas/ne doivent pas avoir de relations sexuelles

Les relations sexuelles qui ne sont pas appuyées par une relation sociale ouverte sont souvent tenues secrètes. Cela contribue à la faible estime de soi/rapports de force limités.

Désapprobation des enfants en dehors du mariage

Les femmes en situation de handicap peuvent utiliser la grossesse comme une stratégie pour garder une relation (dans une grande mesure, infructueuse) - donnant lieu à des enfants issus de différentes relations.

Les femmes en situation de handicap ne sont pas physiquement capables d'élever des enfants

Plutôt que le handicap, il est plus probable que leur statut social/économique constitue la plus grande difficulté quand elles élèvent des enfants. Il est fréquent que les enfants vivent avec leur famille élargie.

2. Accès aux informations

Le manque d'informations impacte le niveau de sensibilisation et de connaissance des femmes en situation de handicap en ce qui concerne leurs options en matière de SSR. Les femmes en situation de handicap ont un accès limité aux réseaux de confiance, lié aux différentes dimensions de la stigmatisation.

Les informations sur la SSR sont communiquées dans des formats limités

Les informations sur la SSR ne sont pas disponibles sous de multiples formats pour répondre aux besoins des clientes qui vivent avec un handicap.

Les obstacles à la communication entre le prestataire de services et la cliente

Le fait de garantir la compréhension totale des choix disponibles et du consentement est un obstacle à la prestation de services de qualité.

Faible exposition

Le manque d'informations partagées sous des formats accessibles et la probabilité plus faible d'une éducation élémentaire réduisent la possibilité que les personnes en situation de handicap aient des notions de base sur leur corps, la santé etc. (particulièrement probable parmi les clientes atteintes de déficiences auditives).

Réseaux communautaires consacrés au handicap

Ils sont une source fiable et souhaitée d'informations.

3. Accès physique

Les clientes ayant un handicap physique sont confrontées à des obstacles environnementaux et physiques pour accéder de manière indépendante aux sites de prestation de services.

Files d'attente

Les clientes en situation de handicap s'inquiètent des files d'attente aux centres de santé. Il y a des craintes d'être prises en charge en dernier et d'être vues ou jugées pendant l'attente.

Frais de transport

Ils sont souvent chers pour les personnes en situation de handicap, ce qui limite leur capacité à se rendre dans les centres de santé pour les services de SSR. Les frais plutôt que la distance ou les transports accessibles constituent l'obstacle le plus important.

Développer des plans d'action en fonction des connaissances

Questions clés à poser pendant l'analyse et la planification d'action:

1. Quelles solutions les participant-e-s des ateliers priorisent-ils-elles?
2. Que faisons-nous déjà qui pourrait être adapté pour répondre aux problèmes soulevés? Tenez compte des expériences avec les groupes vulnérables, par exemple les adaptations effectuées pour les adolescent-e-s.
3. Quelles sont les possibilités qui permettent d'essayer quelque chose de nouveau et d'innovant?
4. De qui avons-nous besoin pour faire avancer cela? Envisagez à quels moments poursuivre le dialogue avec les OPH au niveau local et national.
5. Qu'est-ce qui peut être fait dans le cadre des budgets et des capacités existants? Que faut-il planifier dans le plan d'affaires de l'année prochaine?



Mettre les plans d'action en pratique

Voici quelques exemples de la manière dont les éléments collectés pendant les ateliers d'engagement communautaire ont été mis en pratique:

Adapter les ressources existantes

Des animations de marketing existantes / qui existaient auparavant ont été utilisées pendant les consultations de groupe avec des personnes malentendantes. Elles ont été jugées très utiles mais il fallait qu'elles soient plus accessibles en incluant des légendes. Les animations pour informer les clientes à propos des méthodes de PF comprennent maintenant des légendes qui rendent ces animations inclusives à l'égard des personnes malentendantes.

Conception et test des adaptations

Les éléments issus des consultations d'engagement communautaire ont été utilisés comme preuve pour identifier les difficultés, régler les problèmes et concevoir de nouvelles activités de sensibilisation qui sont plus inclusives.

Pouvoir du partenariat

En Sierra Leone, nous avons poursuivi le dialogue avec les OPH au niveau local pour appuyer la mobilisation des clientes.

Annexe : Exemples et données probantes - Actions requises

Guidés par le cadre de changement comportemental de MSI, les équipes de Sierra Leone et de Zambie ont recensé les actions suivantes pour améliorer les soins inclusifs en termes de handicap.

Domaines du changement de comportement	Obstacles/besoins prioritaires	Actions requises
Individuel	Manque d'information sur la PF/SSR et les points de service	<ul style="list-style-type: none">■ S'associer aux OPH pour la sensibilisation communautaire (formation et directives requises).■ Exploiter les structures locales existantes par exemple, groupe WhatsApp pour les client-e-s sourd-e-s, réunions OPH.
Interpersonnel	Manque d'interprètes en langue des signes	<ul style="list-style-type: none">■ Explorer les approches pour faciliter la communication prestataire/client-e pendant le processus de soins (par exemple, utiliser des interprètes, des animations, des images).
	Stigmatisation, attitude et préjugés des prestataires	<ul style="list-style-type: none">■ Former les prestataires de services sur l'inclusion du handicap.■ Inclure les personnes en situation de handicap dans le formations des prestataires de service.
	Vie privée et confidentialité (présence de tiers)	<ul style="list-style-type: none">■ Demander l'approbation du/de la client-e pour impliquer les tiers dans le processus de soins.

Domaines du changement de comportement	Obstacles/besoins prioritaires	Actions requises
Communautaire	Perception négative de la communauté sur le handicap dans la SSR	<ul style="list-style-type: none"> ■ S'associer avec les OPH dans la sensibilisation communautaire sur les besoins et les droits en SSR des personnes en situation de handicap. ■ Fournir des recommandations et des services discrets. ■ Former les personnes en situation de handicap comme agents de changement.
Institutionnel	Coût du transport pour se rendre sur les sites de service	<ul style="list-style-type: none"> ■ Capitaliser les modèles de service mobile par exemple, les prestataires de service individuel, équipes de sensibilisation mobile.
	Lieux de service inaccessibles	<ul style="list-style-type: none"> ■ Co-planifier la prestation de services avec des réunions d'OPH. ■ Travailler avec les OPH pour cartographier, sélectionner et partager les sites de service.
	Longues files d'attente sur les sites de service	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identifier les client-e-s en situation de handicap et donner la possibilité d'être prioritaire s'ils/si elles le souhaitent.

Notes de fin de texte

1. Rapport mondial sur le handicap, OMS et Banque mondiale, 2011.
Disponible via: www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
2. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities [Promouvoir la santé sexuelle et reproductive des personnes en situation de handicap], OMS et FNUAP, 2009.
Disponible via: www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/srh_for_disabilities.pdf
3. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities [Promouvoir la santé sexuelle et reproductive des personnes en situation de handicap], OMS et FNUAP, 2009, p 15.
Disponible via: www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/srh_for_disabilities.pdf
4. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities [Promouvoir la santé sexuelle et reproductive des personnes en situation de handicap], OMS et FNUAP, 2009.
Disponible via: www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/srh_for_disabilities.pdf
5. Human-centred design builds disaster resilience in Myanmar [Conception axée sur la personne renforce la résilience aux catastrophes au Myanmar], ThinkPlace.
Disponible via: www.thinkplaceglobal.com/work/human-centred-design-builds-disaster-resilience-myanmar
6. Projet financé par le Ministère des Affaires étrangères, du Commonwealth et du développement : Reducing high fertility rates and improving sexual reproductive health outcomes in Uganda [Réduire les taux de fécondité élevés et améliorer les résultats en matière de santé reproductive en Ouganda].
Disponible via: devtracker.fcdo.gov.uk/projects/GB-1-204633

This material has been funded with UK aid from the UK Government.

Leonard Cheshire Disability is a registered charity no: 218186 (England & Wales) and no: SC005117 (Scotland), and a company limited by guarantee registered in England no: 552847. Registered office: 66 South Lambeth Road, London SW8 1RL

Pour des informations complémentaires, veuillez contacter:

Leonard Cheshire

66 South Lambeth Road, London, SW8 1RL

+44 (0)20 3242 0200

info@leonardcheshire.org

Visitez: leonardcheshire.org

