



Choix éclairés, autonomie corporelle et justice reproductive :

Un guide pratique de formation destiné aux prestataires de soins de santé sexuelle et reproductive pour appliquer des approches inclusives en matière de handicap, dans le cadre des processus de consentement éclairé et de protection

Sommaire

Remerciements	5
Acronymes	8
Introduction	9
Planification de la formation	10
L'importance de la planification	10
Identifier des formateur-trice-s compétent-e-s.....	10
Trouver un lieu adapté	12
Inviter les participant-e-s	14
Préparer les supports de formation	15
Préparer la salle de formation	18
Videos YouTube	19
Vue d'ensemble du module de formation	21
Exemple de programme de formation pour un atelier de 4 jours	23
Jour 1 : Introduction à l'inclusion du handicap	28
1.1 Accueil des participants.....	28
1.2 Règles de base	30
1.3 Personnes en situation de handicap : une petite minorité ?	31
1.4 Approches du handicap.....	34
1.5 La Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies (2006).....	46
1.6 Le langage du handicap	48
1.7 Obstacles à l'inclusion des personnes en situation de handicap.....	52
1.8 Différents groupes de handicaps.....	58
1.9 Équité en matière de santé pour les personnes en situation de handicap	68
1.10 Exigences en matière de santé des personnes en situation de handicap	71
Fin du jour 1	74
Jour 2 : L'équité en matière de santé pour les personnes en situation de handicap...	75
2.1 Accueil et récapitulatif de la journée précédente	75
2.2 Les personnes en situation de handicap sont confrontées à des problèmes de santé plus graves	76

2.3 Le droit des personnes en situation de handicap à la norme la plus élevée de santé	79
2.4 La santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) des personnes en situation de handicap.....	84
2.5 Politiques, législations et directives inclusives en matière de SDSR.....	89
2.6 Résultats des personnes en situation de handicap en matière de SDSR	92
2.7 Promouvoir l'équité en matière de santé pour les personnes en situation de handicap.....	94
2.8 Articles clés de la CDPH en matière de consentement éclairé et de protection au sein des services de SSR	98
Fin du jour 2	104
Jour 3: Le processus de consentement éclairé.....	105
3.1 Accueil et récapitulatif de la journée précédente	105
3.2 Le processus de consentement éclairé pour les client-e-s en situation de handicap.....	106
3.3 Consentement éclairé : concepts clés de la CDPH.....	108
3.4 Étape 1 du processus de consentement éclairé : Préparer.....	114
3.5 Étape 2 du processus de consentement éclairé : Méthodes de communication accessibles pour le partage d'informations.	119
3.6 Étape 3 du processus de consentement éclairé : Respect de la vie privée et de la confidentialité	130
3.7 Étape 4 du processus du consentement éclairé : vérifier la compréhension pour déterminer les besoins en matière de soutien à la prise de décision	133
3.8 Étape 5 du processus de consentement éclairé : faciliter la prise de décision soutenue par le/la client-e	139
Fin du jour 3	143
Jour 4 : Protéger les client-e-s en situation de handicap	144
4.1 Accueil et récapitulatif de la journée précédente	144
4.2 Étape 6 du processus de consentement éclairé : Agir conformément à la volonté et à la préférence de la cliente	145
4.3 Étape 7 du processus de consentement éclairé : documenter le processus.....	148
4.4 Protéger les client-e-s en situation de handicap.....	150
4.5 Protection : Préoccupations potentielles	152
4.6 Identifier les préoccupations en matière de protection	163

4.7 Soulever des préoccupations en matière de protection et dispenser des soins tenant compte des traumatismes	166
Fin de la formation.....	179
Références	180
Clause d'exonération de responsabilité	183

Remerciements

Ce guide pratique a été conçu par Sightsavers dans le cadre du programme de Santé sexuelle intégrée des femmes [Women's Integrated Sexual Health Programme] (WISH), avec le financement du Bureau des affaires étrangères, du Commonwealth et du développement. WISH est le programme phare du Ministère des affaires étrangères, du Commonwealth et du développement, consacré à la santé et aux droits sexuels et reproductifs (SDSR), qui a pour but de renforcer l'appui à la santé et aux droits sexuels et reproductifs dans les pays d'Afrique d'ici la fin de mars 2024.

Ce guide pratique de formation a été créé par Amalie Quevedo, Conseillère Technique en Santé et Droits Sexuels et Reproductifs Inclusifs.

Ce guide a bénéficié des contributions de membres suivants du personnel de Sightsavers :

Conseils techniques

Andrea Pregel, Responsable Technique Mondial – Santé Inclusive.

Production, conception et évaluation de l'accessibilité

Sightsavers

Caro Drysdale, Coordinatrice des Opérations et de la Planification ; Isabella Giorgio, Responsable de Projet ; Izzy Downing, Conceptrice de Publications ; Aria Kaloudi, Graphiste Junior ; Yuan Zhuang, Graphiste ; Mair Abram, Chargé de la Production en Matière d'Accessibilité.

Jo Parsons, Conceptrice Indépendante ; Suzanne Lindfors, Rédactrice Indépendante.

Comité d'appui technique

Nous sommes reconnaissant-e-s à l'égard des membres du comité d'appui technique présenté ci-dessous, pour leurs contributions au cours de la rédaction de ce guide pratique de formation. Ce groupe de travail était composé de :

Sightsavers

Ntsang Sharon Forbanjong, Conseillère en Protection.

MSI Reproductive Choices

Karine Penrose-Theis, Responsable des Programmes Mondiaux et de Philanthropie - Programmes du Ministère des affaires étrangères, du Commonwealth et du développement ; Amanda Couper, Directrice des Affaires Juridiques, de la Protection et de la Conformité avec les Règles des Bailleurs de Fonds ; Georgina Page, Cheffe du Changement Social et Comportemental & Inclusion Sociale ; Christine Ndung'u, Conseillère Senior en Politiques.

Thinkplace

Brittany Thurston, Directrice ; Inés Gortari, Responsable de la Conception Stratégique.

Advocacy for Women with Disabilities Initiative

Patience Ogolo-Dickson, Directrice Générale de Advocacy for Women with Disabilities Initiative.

Soutien technique aux parties prenantes

Sightsavers remercie par ailleurs les représentant-e-s d'organisations mondiales de personnes en situation de handicap qui ont apporté leur expertise technique pour la rédaction de ce guide pratique. Il s'agit des entités suivantes :

Inclusion International

Kimber Bialik, Directrice des Programmes & du Développement de Réseaux ; Ailis Hardy, Responsable de Programme de Mobilisation ; Clay Ballard, Responsable de la Communication.

Sense International

Kavita Prasad, Directrice de Sense International, Sarah Jane Dowling, Responsable de Programme et de Protection Globale.

Transforming Communities for Inclusion

Bhargavi Davar, Directrice Exécutive ; Richa Sharma, Chargée de Recherches & Plaidoyer.

Formation des participants

Les représentant-e-s des organisations de personnes en situation de handicap (OPH) suivantes ont contribué à la conception du guide pratique de formation en prenant part à une formation de formateurs qui a eu lieu au Nigeria en novembre 2023. Ces organisations sont :

Deaf Women Aloud Initiative, Advocacy for Women with Disabilities Initiative, Disability Resource Foundation of Nigeria, Women with Disability Self-Reliance Foundation, l'Association nigériane de personnes aveugles, Deaf Resource Centre, Joint National Association of Persons with Disabilities (JONAPWD), et la Down Syndrome Foundation Nigeria.

Des membres du personnel du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et du personnel de Ipas ainsi que MSI Nigeria Reproductive Choices ont aussi participé à la formation des formateurs. Quelques représentant-e-s d'OPH et du personnel de MSI Nigeria Reproductive Choices ont ensuite été sélectionné-e-s en tant que formateur-trice-s pour dispenser une formation pilote à 40 participants. Ces participant-e-s comptaient parmi eux des prestataires de soins de santé sexuelle et reproductive du secteur public et des responsables du Ministère de la Santé des États de Bauchi et de Sokoto.

Facilitateurs de formation

Nous sommes reconnaissant-e-s à l'égard des personnes qui ont assuré la formation :

Deaf Women Aloud Initiative

Hellen Beyioku-Alase, Directrice Exécutive.

Disability Resource Foundation Nigeria

Salisu Ibrahim, Directeur Exécutif.

Deaf Resource Centre

Christabel Chilaka, Responsable de Programmes.

Women with Disability Self-Reliance Foundation

Risikat Toyin Muhammed, Directrice Exécutive.

National Association for the Blind

Comfort Ekwo, membre de National Association for the Blind.

Advocacy for Women with Disabilities Initiative

Bilikisu Yakubu, Coordinatrice Nationale.

MSI Nigeria Reproductive Choices

Amarachi Ekwenye, Conseillère Qualité Clinique et Formation ; Modupe Dimka, Chargée de Formation Clinique ; Maryam Kamba, Chargée de Mobilisation Communautaire.

Référence à des publications existantes

En outre, le contenu de ce guide de formation relatif au consentement éclairé et à la protection a tiré parti d'un rapport conçu par Leonard Cheshire Disability et rédigé par Emma Bell, Fiona Hale et le Professeur Tom Shakespeare.

Enfin, pour les besoins de ce guide pratique de formation, certaines sections d'un kit de formation distinct de Sightsavers, créé par Inclusive Futures Initiatives financé par le Ministère des affaires étrangères, du Commonwealth et du développement, ont été sélectionnées, adaptées et reprises.

Pour toute question concernant ce guide de formation et la manière de mener cette formation auprès des prestataires de soins de santé et d'autres acteurs clés, veuillez contacter Amalie Quevedo, Conseillère Technique en Santé et Droits Sexuels et Reproductifs Inclusifs chez Sightsavers, à l'adresse suivante : aquevedo@sightsavers.org

Acronymes

CDPH	Convention relative aux droits des personnes handicapées
DIU	Dispositifs intra-utérins
DUDH	Déclaration universelle des droits de l'homme
FCDO	Ministère des affaires étrangères, du commonwealth et du développement du Royaume Uni
FNUAP	Fonds des nations unies pour la population
IEC	Information education et communication
MS	Ministère de la santé
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPHs	Organisations de personnes handicapées
SDSR	Santé et droits sexuels et reproductifs
SSR	Santé sexuelle et reproductive
VBG	Violence basée sur le genre
WISH	Santé sexuelle intégrée des femmes

Introduction

Ce guide pratique modulaire est destiné aux facilitateur-trice-s qui animent une formation de quatre jours en présentiel pour des prestataires de soins issus des secteurs public et privé, le ministère de la santé (MS), les responsables gouvernementaux officiant aux niveaux ministériel et étatique ainsi que le personnel du Fonds des Nations Unies pour la population.

Il est composé d'un manuel qui aborde les modalités de la formation de même que des sections sur chacune des activités et des sujets traités tout au long de la formation. Chaque section de ce manuel de formation comprend des informations sur les aspects suivants :

Durée	La durée de l'activité
Méthodologie	La méthodologie utilisée pour les besoins de l'activité
Ressources	Les ressources nécessaires à l'activité
Diapositives	Les diapositives PowerPoint qui contiennent des informations pertinentes par rapport au sujet abordé

Le guide pratique comprend également des **outils** et des **documents** pour la conduite des différentes activités. Il faudra les imprimer avant la formation.

Planification de la formation

L'importance de la planification

Pour garantir le succès de la formation, il est important de consacrer suffisamment de temps et de ressources à la préparation (Sightsavers, 2023a). Cette phase de préparation repose sur l'identification de formateur-trice-s compétent-e-s. Il convient aussi de trouver un lieu adapté, de procéder aux arrangements logistiques nécessaires, et de veiller à ce que les participant-e-s disposent des informations et des ressources requises pour prendre pleinement part à la séance de formation.

Identifier des formateur-trice-s compétent-e-s

Les bon-ne-s formateur-trice-s peuvent faire toute la différence entre une formation ennuyeuse et une expérience stimulante, efficace et enrichissante.

Pour une séance de formation de quatre jours, la présence d'un minimum de quatre formateur-trice-s est recommandée. Il est cependant possible (voire recommandé) d'identifier plus de facilitateur-trice-s, le cas échéant. Par exemple, deux facilitateur-trice-s peuvent diriger les quatre jours de formation, mais ils/elles peuvent inviter d'autres personnes à animer des présentations ou des activités de groupe qui portent sur des sujets spécifiques dont ils/elles sont expert-e-s.

Compte tenu du thème de cette formation - l'inclusion du handicap dans la promotion de la santé - il est vivement recommandé d'**identifier des formateur-trice-s en situation de handicap** qui jouissent d'une expérience de travail dans le secteur de la santé. L'implication de personnes en situation de handicap comme formateur-trice-s présente les avantages suivants :

- Cela peut s'avérer vraiment efficace pour défier les rapports de force existants et perçus.
- Cela peut aider à donner une image positive des personnes en situation de handicap et à les montrer comme des personnes dotées de compétences et d'une expérience précieuse.
- Cela contribuera à enrichir l'expérience de la formation. Les formateur-trice-s en situation de handicap peuvent être en mesure de partager les expériences personnelles de stigmatisation, de discrimination et d'obstacles rencontrés au sein de la société - de même que des exemples positifs d'environnements et de services accessibles et inclusifs.
- Cela permettra de garantir l'implication de personnes en situation de handicap dans la mise en œuvre d'une activité spécifique visant à promouvoir l'inclusion du handicap dans la société.

Pour identifier des formateur-trice-s en situation de handicap compétent-e-s, penser à contacter les organisations de personnes en situation de handicap (OPH) locales et/ou nationales.

Lors de la sélection des formateur-trice-s en situation de handicap, tenez compte des aspects suivants :

- Choisir des personnes qui ont une expérience avérée dans la conduite des formations.
- Identifier des formateur-trice-s qui ont une expérience dans le secteur de la santé.
- Sélectionner des formateur-trice-s de sexes différents, et viser l'équilibre entre les sexes.
- Sélectionner des formateur-trice-s présentant différents handicap - comme un-e utilisateur-trice de fauteuil roulant ou une personne qui est sourde - car ils/elles pourront apporter différentes expériences personnelles à la formation.
- Demander s'ils/si elles ont besoin d'arrangements raisonnables (voir l'encadré).



Arrangements raisonnables

Les arrangements raisonnables sont des changements ou des ajustements qui doivent être mis en place pour faire en sorte que des personnes puissent participer à une activité spécifique sur un pied d'égalité avec d'autres personnes. Dans le cas de cette formation, les facilitateur-trice-s et les participant-e-s peuvent nécessiter des arrangements raisonnables. Voici quelques exemples :

- Une personne qui présente une déficience auditive peut nécessiter la participation d'un interprète en langue des signes à la formation, une personne en situation de surdité peut nécessiter un interprète en langue des signes tactile (dans ce cas, elle place ses mains sur celles de l'interprète pour suivre ce qui est dit, par le toucher et les mouvements) afin de participer à la formation. Garder à l'esprit le fait que l'interprétation en langue des signes peut être très fatigante ; c'est la raison pour laquelle il faut en général recruter deux interprètes en langue des signes, de manière à ce qu'ils puissent alterner et prendre des pauses.
- Une personne qui a des déficiences visuelles peut nécessiter des supports avec des formats accessibles, par exemple en braille ou en gros caractères.
- D'autres personnes en situation de handicap, comme les personnes en situation de handicap physique, de handicap intellectuel ou psychosocial peuvent avoir besoin de la présence d'assistant-e-s personnel-le-s dans des activités de formation. Dans de nombreux cas, elles disposeront d'assistant-e-s personnel-le-s et ces personnes devront être prises en compte lors de prévision des rafraîchissements et des déjeuners. Il est possible que des per diems ou des remboursements supplémentaires doivent être accordés.
- Certaines personnes en situation de handicap seront aussi exposées à des obstacles disproportionnés pour se rendre au lieu de la formation, en raison du manque de moyens de transports publics accessibles ou des frais supplémentaires pour utiliser des moyens de transport privés. Penser à aborder avec ces personnes la manière dont elles pourraient être aidées au mieux. Vous pourriez par exemple organiser des services de transport pour elles ou accorder des remboursements supplémentaires afin de prendre en charge les frais de transport.

Une fois que les formateur-trice-s auront été identifié-e-s, il est important de faire en sorte qu'ils aient suffisamment de temps et de ressources pour préparer la formation. Par exemple, veiller à ce que :

- Les formateur-trice-s aient accès à ce guide pratique de formation.
- Les formateur-trice-s contribuent à l'élaboration d'un plan de formation, par exemple le choix des dates, du lieu. etc.

Les formateur-trice-s expérimenté-e-s doivent être capables d'organiser et de faciliter les activités proposées dans ce manuel, et avoir suffisamment de temps pour examiner toutes les ressources. Cependant, dans certains cas, l'organisation d'une **formation de formateurs** peut s'avérer utile. Elle pourrait être menée par des formateur-trice-s expérimenté-e-s issu-e-s d'organisations de personnes en situation de handicap (OPH), pour permettre à des membres moins expérimentés de leurs organisations d'acquérir des compétences nécessaires à la conduite de cette formation. Elle pourrait aussi être menée par d'autres organisations expertes en matière d'inclusion du handicap, comme Sightsavers.

Trouver un lieu adapté

Une des premières tâches des organisateur-trice-s de la formation consiste à trouver un lieu où la formation sera dispensée.

Le nombre de participant-e-s attendu-e-s est un facteur important à prendre en compte : le lieu doit être **suffisamment spacieux** pour tous les accueillir pendant les activités de formation. Garder à l'esprit le fait que les participant-e-s ne resteront pas dans la même position assise pendant toute la durée de la formation ; on leur demandera plutôt de prendre part à des activités en petit groupe et à effectuer des exercices qui nécessiteront un espace adapté dans lequel ils-elles pourront se déplacer librement.

Il faut idéalement choisir un lieu qui dispose de **plusieurs salles disponibles**, de manière à ce que les personnes puissent se déplacer entre les différents espaces au cours de la journée, en particulier pour les pauses et les déjeuners.

Tenir compte des aspects liés à l'**éclairage, au son et à la ventilation** :

- S'il est demandé aux participant-e-s de passer la journée dans une salle obscure, ils/elles se fatigueront plus facilement. Choisir un lieu de formation qui dispose d'un bon éclairage et idéalement de lumière naturelle. Cet aspect est non seulement pertinent du point de vue de la fatigue, mais aussi si vous êtes en présence de formateur-trice-s/apprenant-e-s en situation de handicap, c'est-à-dire une déficience visuelle/une déficience auditive. Il est essentiel que les facilitateur-trice-s tiennent compte des exigences en termes d'accessibilité, par exemple, une personne qui a recours à la langue des signes devra avoir un éclairage suffisant pour voir l'interprète en langue des signes (qui doit être positionné-e avec un éclairage braqué sur lui/elle), une personne qui présente une déficience visuelle ou auditive peut nécessiter un meilleur éclairage pour voir ce qui se passe / être en mesure de voir les visages clairement pour être capable de lire sur les lèvres, etc.
 - Si la salle de formation a une mauvaise acoustique avec beaucoup de bruit de fond (provenant d'un générateur électrique, par exemple), les participant-e-s seront plus facilement distrait-e-s et auront du mal à bien entendre. Choisir une salle avec une bonne
-

acoustique, loin des bruits de fond. Penser à utiliser des microphones et des haut-parleurs à des fins d'accessibilité sonore pour tous. Cet aspect est aussi pertinent pour les formateur-trice-s ou les apprenant-e-s en situation de handicap (par exemple, surdité, déficience auditive, personnes qui utilisent des appareils auditifs).

- Si les participant-e-s ont trop chaud ou trop froid, ils/elles ne seront pas en mesure de se concentrer sur la formation. Veiller à ce que la température soit suffisante (ni trop élevée et humide, ni trop froide en raison de l'utilisation excessive de climatiseur).
- Si la salle de formation est trop exiguë ou bondée, cela ne facilitera pas les déplacements en particulier pour ceux et celles qui ont du mal à se déplacer y compris les personnes qui ont des déficiences visuelles. Veiller à ce que la salle soit agencée avec suffisamment d'espace pour faciliter les déplacements. Éviter de positionner les tables et les chaises près des principaux points d'entrée et de sortie.
- Il faudra aussi veiller à ce qu'il y ait une bonne visibilité directe entre le/la/les facilitateur-trice-s et les participant-e-s. Éviter les salles de réunion qui peuvent (par exemple) avoir un pilier au milieu de la salle, ce qui pourrait obstruer la visibilité.

Un des aspects fondamentaux à prendre en compte est l'**accessibilité du lieu**. Les participant-e-s tout comme les facilitateur-trice-s, de même que les personnes qui appuient la logistique de la formation peuvent être des personnes en situation de handicap, des personnes âgées ou des personnes nécessitant d'autres conditions d'accessibilité. Le choix d'un lieu accessible est une condition préalable pour faire en sorte que toutes les personnes impliquées aient une expérience positive dans un cadre inclusif.

En envisageant de choisir un lieu de formation potentiel, demander au propriétaire quels sont les dispositifs d'accessibilité en place. Par ailleurs, visiter le site et vérifier si le lieu est suffisamment accessible et si des aménagements sont nécessaires. Par exemple, examiner les aspects suivants :

- Le lieu dispose-t-il de places de parking accessibles ?
- L'entrée principale de l'immeuble est-elle accessible ? S'il y a des marches, y a-t-il une rampe d'accès (c'est-à-dire une rampe qui n'est pas pentue) ? Dans le cas contraire, y a-t-il d'autres entrées accessibles au niveau du bâtiment ?
- Le parcours de l'entrée vers les salles de formation est-il accessible (par exemple des chemins sans obstacles, absence de marches, etc.) avec un affichage clair ?
- La salle de formation est-elle accessible (par exemple un espace sans obstacles pour que les utilisateur-trice-s de fauteuil roulant puissent se déplacer, l'éclairage est-il suffisant, etc.) ?
- Y a-t-il des toilettes accessibles pour des personnes en situation de handicap (par exemple des portes de toilette larges pour que les utilisateur-trice-s de fauteuil roulant puissent accéder à des toilettes équipées de barres d'appui, dotées d'un espace sans obstacle près du siège du toilette, d'un lavabo plus bas, etc.) ?

Gardez à l'esprit le fait que même si vous connaissez les formateur-trice-s et les participant-e-s, **tous les handicaps ne sont pas visibles**, et les personnes peuvent choisir de ne pas révéler leur handicap. Chaque formateur-trice a le droit de participer aux activités de formation sur un pied d'égalité par rapport à d'autres personnes dans un environnement accessible.

Une fois qu'un lieu convenable a été identifié, confirmer les dates de formation avec les propriétaires et s'assurer que le lieu soit bien réservé.

Inviter les participant-e-s

Une fois que le lieu et les dates de formation ont été confirmés, envoyer une invitation à chaque participant-e avec suffisamment de préavis pour qu'ils/elles puissent planifier leur présence. Dans certains cas, il se peut qu'il faille envoyer les invitations à une autorité spécifique, qui sera ensuite chargée de transmettre l'invitation à son personnel et de l'inciter à participer. Il est toujours utile de demander aux personnes de confirmer leur participation, afin de planifier la formation dans de bonnes conditions.

Lorsque vous envoyez les invitations, **communiquez des informations claires sur des détails clés** comme la **date, l'heure et l'adresse**. Utilisez un langage simple et des supports accessibles pour ce faire. Vous pouvez aussi préciser s'il y a une tâche qui doit être effectuée avant la formation, ou des supports que les participant-e-s sont censé-e-s apporter.

Il est très important de demander aux participant-e-s s'ils/si elles ont besoin d'arrangements raisonnables (voir l'encadré précédent).

Préparer les supports de formation

Avant la séance de formation, les organisateur-trice-s et les facilitateur-trice-s devront préparer les supports et les équipements.

Cela peut impliquer de vérifier si des outils comme un projecteur, des tableaux à feuilles mobiles, des marqueurs, des post-its seront fournis par le site de formation, ou s'ils doivent être fournis séparément.

Les ressources suivantes devront être imprimées avant la séance de formation :

Liste d'outils
Outil 1: Profils de personnage
Outil 2a: Cartes d'activités : affirmations relatives à la SDRS inclusifs en termes de handicap
Outil 2b: Notes des facilitateur-trice-s : affirmations relatives à la SDRS inclusifs en termes de handicap
Outil 3: Recette de l'équité sanitaire
Outil 4: Brochure accessible sur les méthodes contraceptives
Outil 5a: Étude du cas d'Adana
Outil 5b: Étude du cas de Promise
Outil 6a: Script de Chioma (Cliente)
Outil 6b: Script du Dr Babatunde (Prestataire de service)
Outil 6c: Script de Gladys (Mère)
Outil 6d: Script du Dr. Ayala (Superviseur)
Outil 7a: Étude du cas de Chibundo
Outil 7b : Étude du cas d'Umukoko

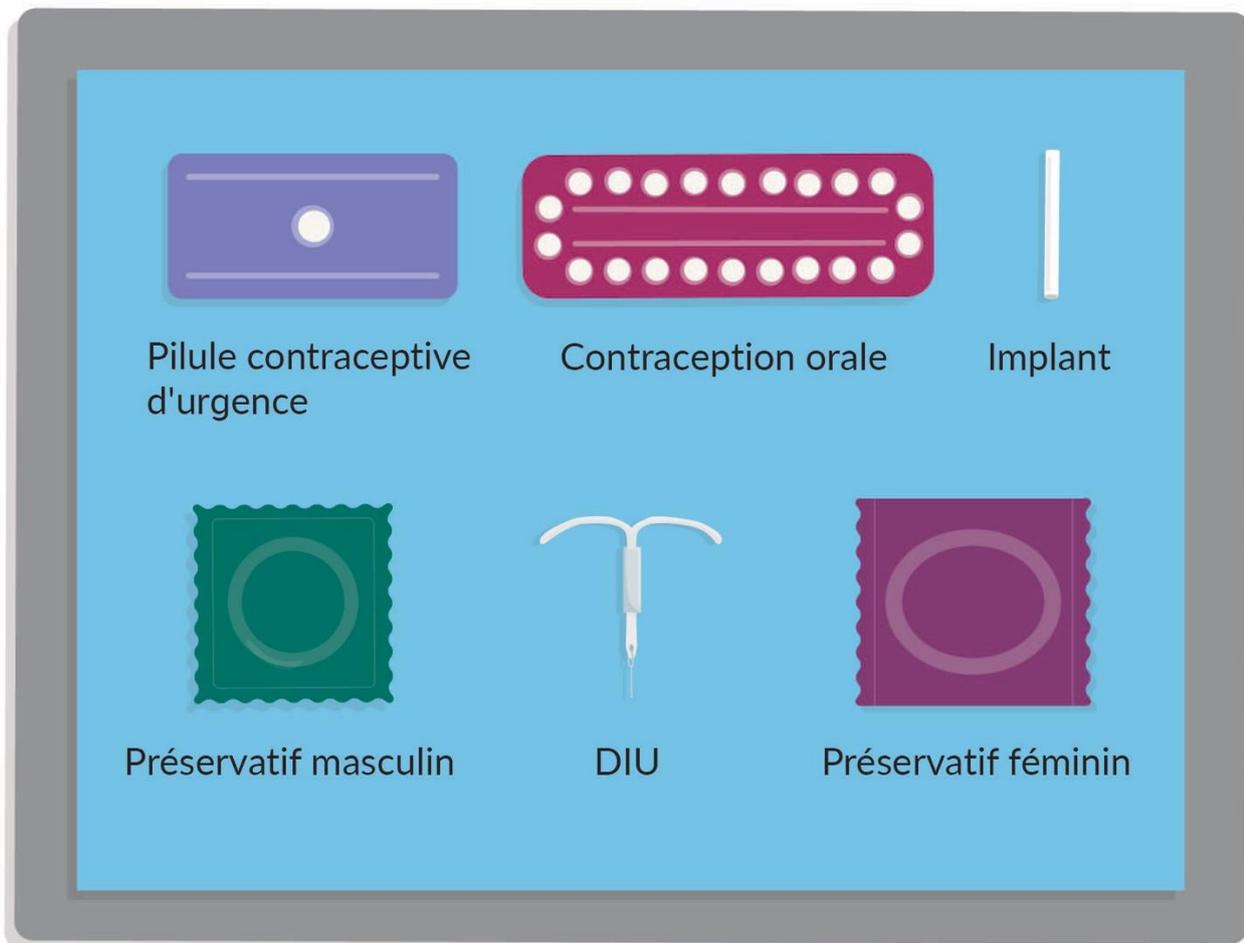
Liste de documents
Document 1 : Terminologie positive ou négative sur le handicap
Document 2 : Vue d'ensemble des groupes de handicap
Document 3 : Méthodes de communication pour différents types de handicaps : Choses à faire et à ne pas faire
Document 4 : Vérifier la compréhension pour déterminer les besoins en matière de prise de décision
Document 5 : Déterminer les besoins en matière de soutien à la prise de décision et solliciter le consentement
Document 6 : Fiche-conseils pour le prestataire de soins sur le consentement éclairé & les questions de protection & de soins tenant compte des traumatismes

Par ailleurs, certaines activités du kit de formation nécessiteront un travail préparatoire au préalable. Le tableau ci-dessous présente les sections et les titres du kit de formation qui contiennent des activités pour lesquelles une préparation sera requise avant l'activité. Le tableau comprend également les ressources/supports nécessaires :

Section	Titre de la section	Ressources/Supports requis
2.4	La santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) des personnes en situation de handicap	<ul style="list-style-type: none"> • Outil 2.a • Outil 2.b • Ciseaux
2.7	La recette de l'équité sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • Outil 3 • Feuille de tableau à feuilles mobiles • Marqueurs • Ciseaux
3.3	Consentement éclairé : Concepts clés de la CDPH	<ul style="list-style-type: none"> • 8 feuilles de tableau à feuilles mobiles • Marqueurs • Post-its jaunes • Post-its verts • Ruban adhésif
3.4	Étape 1 du processus de consentement éclairé : Préparer	<ul style="list-style-type: none"> • 4 feuilles de tableau à feuilles mobiles • Marqueurs
3.5	Étape 2 du processus de consentement éclairé : Méthodes de communication accessibles pour le partage d'informations	Veiller à ce que le kit de choix soit disponible
4.2	Étape 6 du processus de consentement éclairé : Agir conformément à la volonté et à la préférence du/de la client-e	Veiller à ce que le kit de choix soit disponible
4.5	Protection : Préoccupations potentielles	<ul style="list-style-type: none"> • 4 feuilles de tableau à feuilles mobiles • Marqueurs
4.7	Soulever les préoccupations en matière de protection et dispenser des soins tenant compte des traumatismes	Veiller à ce que le kit de choix soit disponible

Pour les besoins des exercices de jeu de rôle qui figurent dans le guide pratique de formation, il sera vivement recommandé que les facilitateur-trice-s préparent à l'avance et mettent à disposition un **Kit de choix**.

Il s'agit d'un kit qui présente toutes les méthodes contraceptives qui sont habituellement disponibles dans les centres de SSR, comme (mais pas seulement) : les préservatifs masculins et féminins, les dispositifs intrautérins (DIU), les implants, la pilule, la pilule contraceptive d'urgence, etc. Ce kit est essentiel aux activités de jeu de rôle et constitueront une ressource idéale pour faciliter la réflexion et la discussion des différentes méthodes contraceptives.



Un exemple de ce que le kit de choix pourrait comprendre.

En outre, les facilitateur-trice-s peuvent bénéficier d'une **copie imprimée de ce manuel de formation** et sont encouragé-e-s à utiliser le **jeu de diapositives** qui figure dans ce kit de formation.

Préparer la salle de formation

Les différentes dispositions des sièges peuvent impacter l'expérience de formation.

La **disposition des sièges sur le modèle des salles de réunion** est communément utilisée pour les séances de formation. Dans ce scénario, les chaises et les bureaux sont rangés en forme de U. Les participant-e-s s'assoient autour des bureaux et regardent vers l'intérieur, tout le monde se fait face. Les facilitateur-trice-s peuvent aussi s'asseoir autour des bureaux et se lever occasionnellement pour faire des présentations ou pour des activités spécifiques.

Cet arrangement présente quelques avantages. Tout d'abord, les participant-e-s se font face, ce qui rend le contexte plus inclusif. De plus, le fait d'être assis-e-s à un bureau facilite la prise de notes pour les participant-e-s et contribue à ce que l'eau et les rafraîchissements soient à portée de main. Cet agencement des sièges est aussi utile pour les participant-e-s qui peuvent avoir besoin de dispositifs d'accessibilité comme les lecteurs de braille. Cet agencement des sièges est très courant. Les participant-e-s, notamment ceux et celles qui ont des fonctions plus importantes, connaîtront et sauront à l'aise avec cet agencement qui rassemble tout en préservant un certain espace personnel.

Néanmoins, cette disposition présente aussi des désavantages. Les participant-e-s peuvent conserver leurs ordinateurs portables, leurs tablettes et leurs téléphones devant eux, ce qui pourrait finir par être une source de distraction pendant la séance. En outre, cet agencement est très formel et pas particulièrement dynamique ; les participant-e-s ne peuvent pas se déplacer aisément pour les activités de groupe, et leur position statique peut facilement entraîner une fatigue.

La disposition en **demi-cercle sans bureau** est un autre type de disposition. Dans cette configuration, les sièges sont rangés en demi-cercle, chacun se faisant face et le facilitateur-trice se trouvant face à ce demi-cercle.

Un des avantages du demi-cercle est qu'il est beaucoup plus participatif et dynamique. Les participant-e-s n'ont pas de bureau devant eux/elles, et les sièges peuvent être facilement réagencés pour les activités de groupe, en formant des cercles plus petits. Par ailleurs, dans cette configuration, les participant-e-s ne pourront pas garder leurs ordinateurs, ce qui aurait pu les distraire et ils/elles peuvent par conséquent se concentrer davantage sur les activités et les conversations. Dans cette configuration, tout le monde est sur un pied d'égalité et les participant-e-s sont plus encouragé-e-s à se consacrer aux activités de formation.

Cet arrangement présente quelques inconvénients. Les participant-e-s peuvent être légèrement moins à l'aise, car ils/elles ne pourront pas garder l'eau et les rafraîchissements à proximité, et ils/elles ne pourraient pas avoir de surface sur laquelle ils/elles pourraient s'appuyer. Les aménagements raisonnables peuvent aussi être nécessaires pour les participant-e-s qui ont recours à des appareils fonctionnels. Cette configuration réduira l'espace personnel et rapprochera les participant-e-s. Cela n'est en soi pas un inconvénient, mais certain-e-s participant-e-s peuvent le trouver moins pratique.

Videos YouTube

Les vidéos incluses dans ce kit de formation devront être accédées via www.YouTube.com

Section	Titre de la video	Lien vers la video
1.4	We the 15	https://www.youtube.com/watch?v=RXWC4msbj50&list=PL6CBAXPeBajkrs2JPK9c19jG3P-i7Kg5k&index=11
1.4	Vidéo sur la formation à la sensibilisation au handicap	https://www.youtube.com/watch?v=Gv1aDEFIXq8&t=28s
1.8	Vivre enchaîné : L'enchaînement des personnes en situation de handicap psychosocial dans le monde entier	https://www.hrw.org/report/2020/10/06/living-chains/shackling-people-psychosocial-disabilities-worldwide#:~:text=Human%20Rights%20Watch%20research%20across,traditional%20or%20religious%20healing%20centers
2.2	L'expérience des personnes en situation de handicap en matière d'accès aux soins de santé	www.youtube.com/watch?v=TKzgi5jmgQM
2.6	L'expérience des personnes en situation de handicap en matière d'accès aux informations médicales et aux services de SDSR	https://www.youtube.com/watch?v=LFzBcwC2qqg
3.6	Témoignage sur le respect de la vie privée et de la confidentialité	https://www.youtube.com/watch?v=hhlQWwZldt8&t=261s
3.8	Témoignage sur le consentement éclairé	https://www.youtube.com/watch?v=6R5gcYtMwwl
4.5	Introduction vers les soins tenant compte des traumatismes	https://www.traumainformedcare.chcs.org/trauma-informed-champions-from-treaters-to-healers/

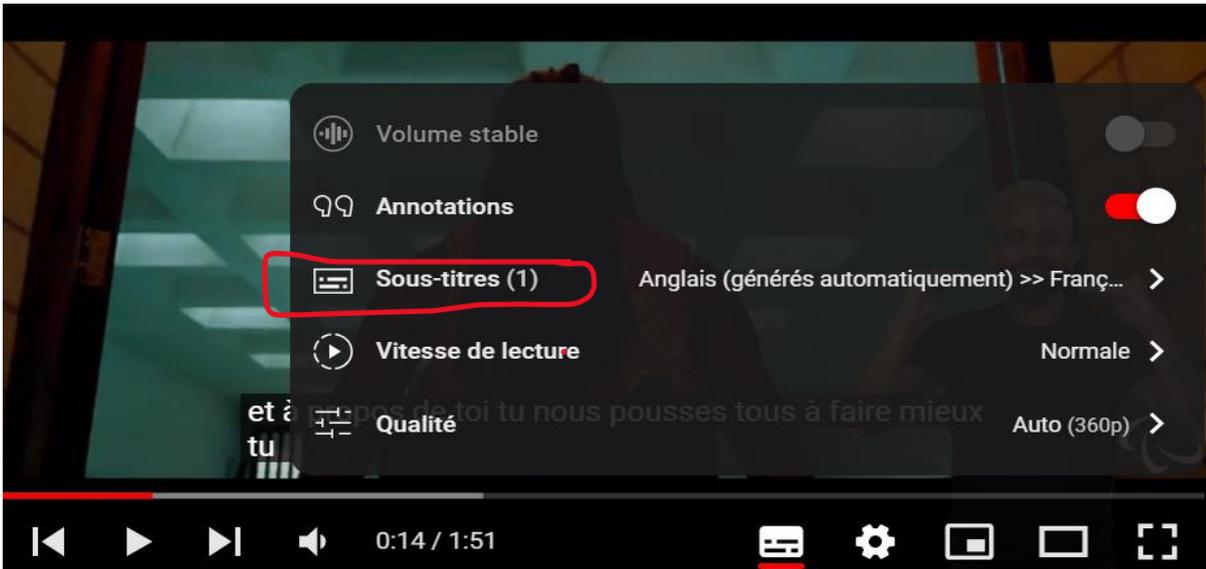
Les facilitateurs devront cliquer sur les liens vers les vidéos et les télécharger à l'avance. Le contenu de ces vidéos sera en anglais, mais des sous-titres codés peuvent être automatiquement générés en français pour permettre aux participants de lire et de comprendre la vidéo. Pour ce faire, les animateurs devront suivre les étapes suivantes :

- 1) Assurez-vous que la fonction de sous-titrage est activée. Le signe « cc » est souligné en rouge quand la fonction est activée.



- 2) Cliquez sur "paramètres" et cliquez sur "sous-titres/cc".





- 3) Sélectionnez "traduction automatique" et choisissez le français comme langue dans laquelle vous souhaitez que les sous-titres soient affichés.



Vue d'ensemble du module de formation

Participants pour cette formation

Ce module a été conçu pour former les prestataires de soins de santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et les responsables du ministère de la santé.

Modalités

En personne / face à face

Facilitateur-trice-s

Il est recommandé d'impliquer au moins cinq personnes en situation de handicap (y compris des femmes en situation de handicap) comme facilitateur-trice-s. Il est important d'établir une parité des sexes entre les facilitateurs et les facilitatrices.

Durée

Idéalement quatre jours, mais étant donné qu'il s'agit d'une formation modulaire, elle peut être divisée en deux séances de 2 jours ou 4 séances d'une journée - en fonction des circonstances locales, de la disponibilité des agents de santé et de leurs besoins.

Exemple de programme de formation pour un atelier de 4 jours¹

Jour 1

Durée	Horaire	Sujet
25 minutes	9h00 – 9h25	1.1 Accueil des participants
10 minutes	9h25 – 9h35	1.2 Règles de base
25 minutes	9h35 – 10h00	1.3 Personnes en situation de handicap : une petite minorité ?
1 heure et 5 minutes	10h00 – 11h05	1.4 Approches du handicap
15 minutes	11h05 – 11h20	Pause
10 minutes	11h20 – 11h30	1.5 Convention relative aux droits des personnes handicapées
30 minutes	11h30 – 12h00	1.6 Le langage du handicap
20 minutes	12h00 – 12h20	1.7 Obstacles à l'accès à la prestation de services de santé reproductive pour les personnes en situation de handicap
1 heure	12h20 – 13h20	Déjeuner
1 heure et 30 minutes	13h20 – 14h50	1.8 Différents groupes de handicaps
1 heure	14h50 – 15h50	1.9 Équité en matière de santé pour les personnes en situation de handicap
20 minutes	15h50 – 16h10	Pause
20 minutes	16h10 – 16h30	1.10 Exigences en matière de santé et résultats de santé des personnes en situation de handicap

¹Il se peut que le programme nécessite des ajustements pour les participant-e-s et les formateur-trice-s sourd-e-s et les personnes en situation de surdicécité qui ont recours à des interprètes, car l'interprétation prend du temps et les personnes concernées ont besoin de prendre des pauses plus régulièrement (en général, toutes les 20-30 minutes pour alterner les interprètes ou pendre une pause)

10 minutes	16h30 – 16h40	Fin du jour 1
---------------	---------------	---------------

Jour 2

Durée	Horaire	Sujet
40 minutes	9h00 – 9h40	2.1 Accueil et récapitulatif de la journée précédente
20 minutes	9h40 – 10h00	2.2 Les personnes en situation de handicap sont confrontées à des problèmes de santé plus graves
30 minutes	10h00 – 10h30	2.3 Le droit à la norme la plus élevée de santé pour les personnes en situation de handicap
1 heure et 15 minutes	10h30 – 11h45	2.4 La santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) des personnes en situation de handicap
15 minutes	11h45 – 12h00	Pause
30 minutes	12h00 – 12h30	2.5 Politiques inclusives en matière de SDSR
1 heure	12h30 – 13h30	Déjeuner
15 minutes	13h30 – 13h45	2.6 Résultats de SDSR des personnes en situation de handicap
1 heure et 30 minutes	13h45 – 15h15	2.7 Promouvoir l'équité en matière de santé pour les personnes en situation de handicap
20 minutes	15h15 – 15h35	Pause
30 minutes	15h35 – 16h05	2.8 Articles clés de la CDPH pour le consentement éclairé et la protection au sein des services de SSR
15 minutes	16h05 – 16h20	Fin du jour 2

Jour 3

Durée	Horaire	Sujet
30 minutes	9h00 – 9h30	3.1 Accueil et récapitulatif de la journée précédente
5 minutes	9h30 – 9h35	3.2 Le processus de consentement éclairé pour les client-e-s en situation de handicap
1 heure	9h35 – 10h35	3.3 Consentement éclairé : concepts clés de la CDPH
45 minutes	10h35 – 11h20	3.4 Étape 1 du processus de consentement éclairé : Préparer
10 minutes	11h20 – 11h30	Pause
2 heures	11h30 – 13h30	3.5 Étape 2 du processus de consentement éclairé : Méthodes de communication accessibles pour le partage d'informations
45 minutes	13h30 – 14h15	Déjeuner
20 minutes	14h15 – 14h35	3.6 Étape 3 du processus de consentement éclairé : Respect de la vie privée et confidentialité
1 heure et 45 minutes	14h35 – 16h20	3.7 Étape 4 du processus du consentement éclairé : vérifier la compréhension pour déterminer les besoins en matière de soutien à la prise de décision
10 minutes	16h20 – 16h30	Pause
20 minutes	16h30 – 16h50	3.8 Étape 5 du processus de consentement éclairé : faciliter la prise de décision soutenue par le/la client-e
10 minutes	16h50 – 17h00	Fin du jour 3

Jour 4

Durée	Horaire	Sujet
30 minutes	9h00 – 9h30	4.1 Accueil et récapitulatif de la journée précédente
1 heure et 45 minutes	9h30 – 11h15	4.2 Étape 6 du processus de consentement éclairé : la volonté et la préférence du/de la client-e
10 minutes	11h15 – 11h25	Pause
15 minutes	11h25 – 11h40	4.3 Étape 7 du processus de consentement éclairé : documenter le processus
5 minutes	11h40 – 11h45	4.4 Protéger les client-e-s en situation de handicap
1 heures et 30 minutes	11h45 – 13h15	4.5 Protection : Préoccupations potentielles
1 heure	13h15 – 14h15	Déjeuner
15 minutes	14h15 – 14h30	4.6 Identifier les problèmes de protection
2 heures et 30 minutes	14h30 – 17h00	4.7 Soulever des préoccupations en matière de protection et dispenser des soins tenant compte des traumatismes
5 minutes	17h00 – 17h05	Fin de formation

Jour 1 : Introduction à l'inclusion du handicap

1.1 Accueil des participants

Durée	25 minutes
Méthodologie	Présentations + Présentation PowerPoint
Ressources	Badges
Diapositives	3-8

Passer à la diapositive PowerPoint n° 3

Au début de cette section, les facilitateur-trice-s se présentent et accueillent les participant-e-s. Les participant-e-s sont ensuite invité-e-s à se présenter un-e par un-e

Ensuite donner un aperçu du but et des objectifs de la formation.

Objectif d'ensemble

Passer à la diapositive PowerPoint n° 4

Préciser que le but général de cette formation est de renforcer les capacités des acteur-trice-s de la SDSR et des prestataires de soins à mettre en œuvre des pratiques d'inclusion du handicap dans le secteur de la santé sexuelle et reproductive et lors des interventions de programme, en ce qui concerne la protection et le consentement éclairé.

Objectifs de formation

Passer à la diapositive PowerPoint n° 5

Inviter les participant-e-s à évoquer leurs attentes par rapport à cette formation. Quels aspects souhaitent-ils/elles voir traiter pendant la formation ?

Passer à la diapositive PowerPoint n° 6

Une fois que les participant-e-s ont évoqué leurs attentes par rapport à ce cours, préciser que d'ici la fin de la formation, ils/elles seront capables de :

- Se familiariser avec la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH)

- Acquérir plus de connaissances sur les obstacles à la prestation de services de SSR auxquels sont confrontées les personnes en situation de handicap et ce qui peut être fait pour surmonter certains de ces obstacles.
- Se familiariser avec le concept d'équité sanitaire, comme décrite dans le Rapport mondial sur l'équité en santé pour les personnes handicapées de l'OMS

Passer aux diapositive PowerPoint n° 7 et 8

- Comprendre les exigences en matière de SDSR et les résultats de SDSR des personnes en situation de handicap
- Comprendre les obstacles auxquels sont confrontées les personnes en situation de handicap dans l'exercice de leur consentement éclairé et de leur autonomie corporelle lorsqu'elles accèdent à des services de SDSR
- Identifier des modalités pratiques pour éliminer ou atténuer les obstacles au consentement éclairé et à la protection des client-e-s en situation de handicap dans la prestation de services de santé sexuelle et reproductive et pour appuyer les client-e-s dans le cadre du processus de consentement éclairé.



1.2 Règles de base

Durée	10 minutes
Méthodologie	Discussion en plénière
Ressources	Feuilles de tableau à feuilles mobiles Marqueurs
Diapositives	9

Passer à la diapositive PowerPoint n° 9

Inviter les participant-e-s à convenir d'un ensemble de règles de base que ils/elles doivent suivre pendant la formation. Les participant-e-s sont invité-e-s à partager leurs idées en plénière et les facilitateur-trice-s les écrivent sur le tableau ou le tableau à feuilles mobiles qui seront visibles pendant toute la durée de la formation.

Parmi les règles en matière d'accessibilité figurent les suivantes :

- Veiller à assurer des pauses régulièrement.
- Parler clairement et de façon concise.
- Dire son nom avant de commencer à parler, de manière à ce que les personnes qui ont des déficiences visuelles et les interprètes en langue des signes sachent qui participe à la discussion.
- Lors des séances en petits groupes, si certain-e-s participant-e-s ont des déficiences auditives et visuelles ou d'autres handicaps, il se peut que vous deviez désigner une personne chargée de la transcription pour faire en sorte que leurs idées puissent être notées.
- Décrire les diagrammes et les images qui peuvent être utilisées, ainsi que le tableau à feuilles mobiles.
- S'assurer de ne pas parler en même temps de manière à ce que l'interprète en langue des signes puisse communiquer clairement (les participant-e-s peuvent avoir besoin de ralentir la conversation de sorte qu'il puisse y avoir une communication claire et que chacun puisse participer en utilisant n'importe quel moyen nécessaire pour garantir une participation égale).

Préciser aux participant-e-s que plusieurs outils et documents ont été produits pour appuyer les activités qui auront lieu pendant la formation. Pour réduire le nombre d'impressions, un certain nombre de copies des outils ont été imprimées pour que les participant-e-s se les partagent. Un nombre suffisant de copies de chaque document sera néanmoins imprimé de manière à ce que chaque participant-e puisse disposer d'une copie à laquelle se référer pendant et après la formation.

Préciser qu'à la fin de chaque journée, les participant-e-s auront besoin de rendre aux facilitateur-trice-s les outils qu'ils/elles ont utilisés pour les activités de groupe ; cependant, chaque participant devra prendre soin de ses documents personnels et devra les apporter chaque jour.

1.3 Personnes en situation de handicap : une petite minorité ?

Durée	25 minutes
Méthodologie	Discussion en plénière
Ressources	-
Diapositives	10 -12

Passer à la diapositive PowerPoint n° 10

Expliquer que les personnes en situation de handicap sont souvent considérées comme une petite minorité et de ce fait, elles sont souvent négligé-e-s (Sightsavers, 2023a).

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), environ 16 pour cent de la population mondiale vit avec un handicap - ce qui équivaut à 1,3 milliard de personnes (une personne sur six).

Le nombre de personnes en situation de handicap a vocation à augmenter en raison de l'interaction de nombreux facteurs comme le vieillissement et une augmentation du nombre de cas de maladies non transmissibles. Près d'une personne sur trois âgées de plus de 60 ans vit avec un handicap, et le handicap est plus prévalent chez les femmes que chez les hommes.

L'OMS estime que près de 80 % des 1,3 milliard de personnes en situation de handicap vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans la région africaine, la prévalence est estimée à 12,8 pour cent, mais il convient de souligner que le sous-diagnostic et le sous-signalment peuvent aboutir à une sous-estimation dans beaucoup de pays.



Activité : Établir le contact avec un-e client-e en situation de handicap

Passer à la diapositive PowerPoint n° 11

Demander aux prestataires de soins de penser à la première fois qu'un-e client-e en situation de handicap s'est présenté-e à leur consultation. Demandez-leur de noter :

1. Le type de handicap-s que la personne présentait (physique, intellectuel...)
2. Ce que les prestataires de soins ont pensé et ressenti lorsqu'ils l'ont vue et pourquoi ?
3. Comment le prestataire de soins l'a traitée ? Comme d'habitude, ou a-t-il/elle fait quelque chose différemment par rapport à la manière dont il/elle a mené sa consultation avec la personne en situation de handicap?

Les encourager à être honnêtes (ceci est un espace sûr), si nécessaire, en tant que facilitateur-trice (et si vous êtes prestataire de soins sans handicap) vous pouvez, dans un premier temps, vous porter volontaire pour partager votre expérience de façon sincère. Cela rassurera les participant-e-s quant au fait que la discussion a lieu dans un espace sûr. Vous pouvez dire aux participant-e-s que vous avez eu peur/été surpris-e/nerveux-se et pourquoi.

Après avoir partagé votre histoire, vous pouvez demander aux participant-e-s de penser à la première fois que vous vous êtes occupé-e d'une personne en situation de handicap. Par exemple, avez-vous eu peur ? Avez-vous été surpris-e ? Nerveux-se ? Encourager les participant-e-s à écrire leurs réponses avec une affirmation débutant par « Je ».

Par exemple :

- « J'ai eu peur car je ne savais pas comment traiter la personne »
- « j'ai été surpris-e parce que je ne savais comment la personne réagirait face à moi »
- « j'ai été surpris-e parce que je ne pensais même pas que les personnes en situation de handicap avaient déjà eu besoin d'accéder aux services de SSR »

(Si les participant-e-s n'ont jamais pris en charge un handicap, ils peuvent évoquer ce dont ils ont le plus peur, ce qui les rendrait le plus nerveux etc.).

Regrouper les prestataires de soins par paires ou groupes de trois et leur demander de partager leurs expériences. Les encourager à continuer à se demander « pourquoi » ? de telle sorte qu'ils/elles analysent les causes profondes de leur peur et de leur sentiment d'intimidation.

Demander aux prestataires de soins de résumer 3-4 des points essentiels en plénière.

Passer à la diapositive PowerPoint n° 12



Message clé à retenir

Le message à retenir est qu'il faut reconnaître que les personnes sans handicap sont souvent en proie à des craintes et à de l'incertitude face aux personnes en situation de handicap. Cela peut s'expliquer par des attitudes et des normes sociales qui projettent une image négative des personnes en situation de handicap. Il est compréhensible que les prestataires de soins qui n'ont pas travaillé avec des personnes en situation de handicap soient un peu confus sur la manière d'interagir avec ces dernières.

L'approche à adopter consiste à surmonter la nervosité ou le malaise, et à procéder aux adaptations nécessaires pour traiter les personnes en situation de handicap sur un pied d'égalité avec les autres - des êtres humains jouissant du droit fondamental d'accéder aux services de santé sexuelle et reproductive en pleine connaissance de cause.



1.4 Approches du handicap

Durée	1 heure et 5 minutes
Méthodologie	Vidéos + discussion en plénière
Ressources	-
Diapositives	13 – 36

Passer à la diapositive PowerPoint n° 13

Expliquer qu'il y a différentes « approches » du handicap, ce qui guide la manière dont les sociétés et les décideurs perçoivent le handicap :



L'approche **médicale**



L'approche axée sur la **charité**



L'approche **sociale**



L'approche axée sur les **droits humains**

Chaque approche comporte son lot d'attentes et de rapports de force concernant le rôle de la société, des professionnels et des personnes en situation de handicap.

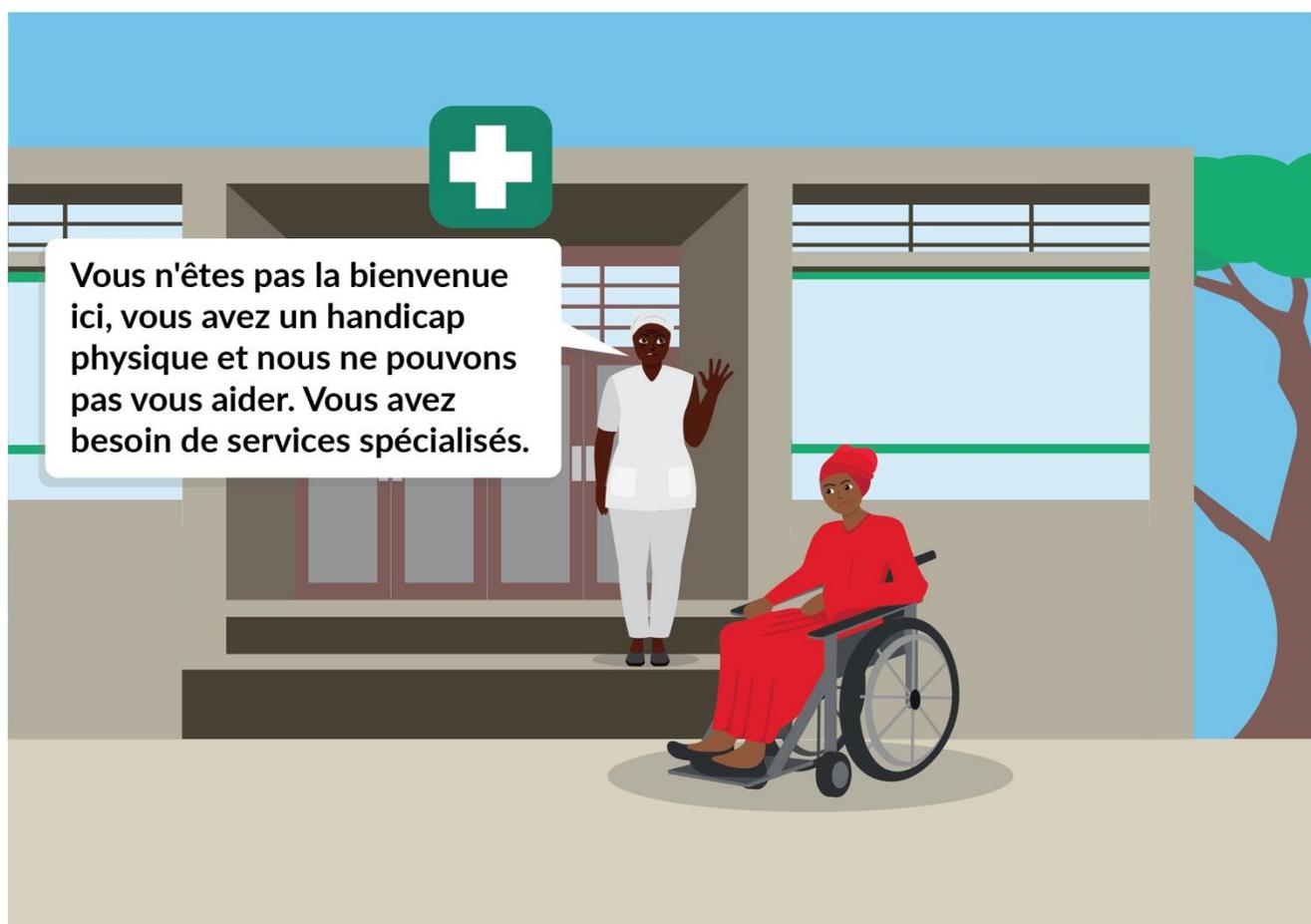
Approche médicale du handicap

Passer aux diapositive PowerPoint n° 14 et 15



L'approche médicale

Cette approche se concentre sur l'individu ; le handicap est perçu comme un problème de santé et personnel. Elle repose sur l'idée que la personne présente une anomalie et qu'elle doit par conséquent être « soignée » ou « réparée », et que les efforts visant à soutenir la personne doivent être concentrés sur la recherche d'un remède.



- Les personnes en situation de handicap ont un rôle passif - les experts médicaux décident pour elles.
- La personne est considérée comme un-e patient-e qui a besoin d'un diagnostic et d'une intervention médicale pour la soigner et ensuite l'intégrer dans la société.
- Aucune reconnaissance des obstacles sociaux ou environnementaux.
- Les personnes en situation de handicap ont peu voire aucun droit.
- Les services spécialisés, la ségrégation et l'institutionnalisation, l'exclusion des services médicaux général (et des services éducatifs/d'emploi).

Passer aux diapositive PowerPoint n° 16 et 17



Important : La promotion d'une approche médicale en matière de handicap et la promotion de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, sont des approches très différentes (Sightsavers, 2023a).

Les personnes en situation de handicap, comme n'importe quel autre individu, ont besoin d'accéder à des soins de santé de qualité, ce qui est un droit humain fondamental. Néanmoins, les partisans de l'approche médicale ont historiquement imposé une compréhension médicalisée du handicap selon laquelle le traitement des handicaps et des maladies était considéré comme la seule intervention requise pour « guérir » les personnes en situation de handicap et les intégrer dans la société.

De plus, dans ce contexte, les personnes en situation de handicap ont souvent été privées de leur capacité d'agir et de leur autonomie corporelle et des interventions médicales ont été menées sans leur consentement et sans leur donner accès à des informations claires et accessibles.

Approche du handicap axée sur la charité

Passer aux diapositives PowerPoint n° 18, 19 et 20



L'approche axée sur la charité

Cette approche cible les personnes identifiées en fonction de leur handicap et les définit comme des victimes ou des objets de pitié. Avec cette approche, les personnes en situation de handicap sont perçues comme des bénéficiaires passifs de services, nécessitant des soins caritatifs.



- Les personnes en situation de handicap sont perçues comme « malheureuses », « tragiques », « dépendantes » ou « impuissantes ».
- Elles n'ont pas voix au chapitre dans les décisions qui concernent leur vie et on part du principe qu'elles ne peuvent pas contribuer à la vie de la société ou subvenir à leurs propres besoins.
- Leur handicap est une « souffrance », par conséquent nous considérons qu'elles sont courageuses et qu'elles sont sources d'inspiration pour se battre toute leur vie avec ce handicap.
- Les personnes en situation de handicap sont considérées et traitées comme un groupe distinct ; elles bénéficient d'une assistance, de services ou d'un soutien apportés par des organisations spécialisées et cette aide est considérée comme un acte de « gentillesse » et non comme un droit.

Approche sociale du handicap

Passer aux diapositives PowerPoint n° 21, 22 et 23



L'approche sociale

Cette approche dominante promue aujourd'hui a commencé dans les années 1970 et elle a évolué pour répondre au mécontentement des personnes en situation de handicap, qui ne voulaient pas être traitées comme des cas liés à la « charité » ou à des « questions médicales ». L'approche sociale du handicap se concentre sur les obstacles sociaux qui causent le handicap et excluent les populations. Cette approche met l'accent sur le fait que ce n'est pas le handicap qui empêche une personne de participer à la vie de la société, mais les obstacles inhérents aux attitudes, aux environnements, aux politiques et aux pratiques. Cette approche cible par conséquent l'élimination des obstacles au lieu de chercher à « réparer » la personne.



Dans le cadre de cette approche, les obstacles qui empêchent les personnes qui vivent avec un handicap de participer à la vie de la société comprennent les éléments suivants (mais ne s'y limitent pas) :

- Leurs droits ne sont pas reconnus de la même façon que ceux des personnes qui ne sont pas en situation de handicap.
- Les personnes en situation de handicap sont l'objet d'une stigmatisation et d'une discrimination en raison de leur handicap.
- Dans le cadre de cette approche, nous ne nous concentrons pas sur le fait que la personne ne puisse pas marcher, mais plutôt sur l'inaccessibilité des immeubles. Nous nous concentrons sur les obstacles auxquels les personnes en situation de handicap sont confrontées et la manière de les surmonter.

Dans notre contexte, cela peut inclure les aspects suivants :

- Les services inaccessibles (à cause de problèmes d'accès aux bâtiments, mais aussi en raison du défaut d'aide qui permettrait à une personne d'entrer et de bénéficier de services).
- Un temps insuffisant accordé aux personnes en situation de handicap.
- Les prestataires de soins qui ne comprennent pas comment gérer les préoccupations d'une personne en situation de handicap.
- Les informations qui ne sont pas accessibles (autrement dit, il est possible que les termes utilisés soient compliqués, il se peut que les informations ne soient pas accessibles en gros caractères ou en braille pour les personnes qui présentent des déficiences visuelles, etc.)
- Le manque d'interprètes en langue des signes pour les personnes présentant des déficiences auditives.

Par conséquent, nous concentrons nos efforts sur la réduction de ces obstacles.

Le but recherché n'est pas la mise en place de services spécialisés, mais plutôt de développer une approche inclusive à l'égard des personnes en situation de handicap.

Cette approche constitue le fondement de la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies.

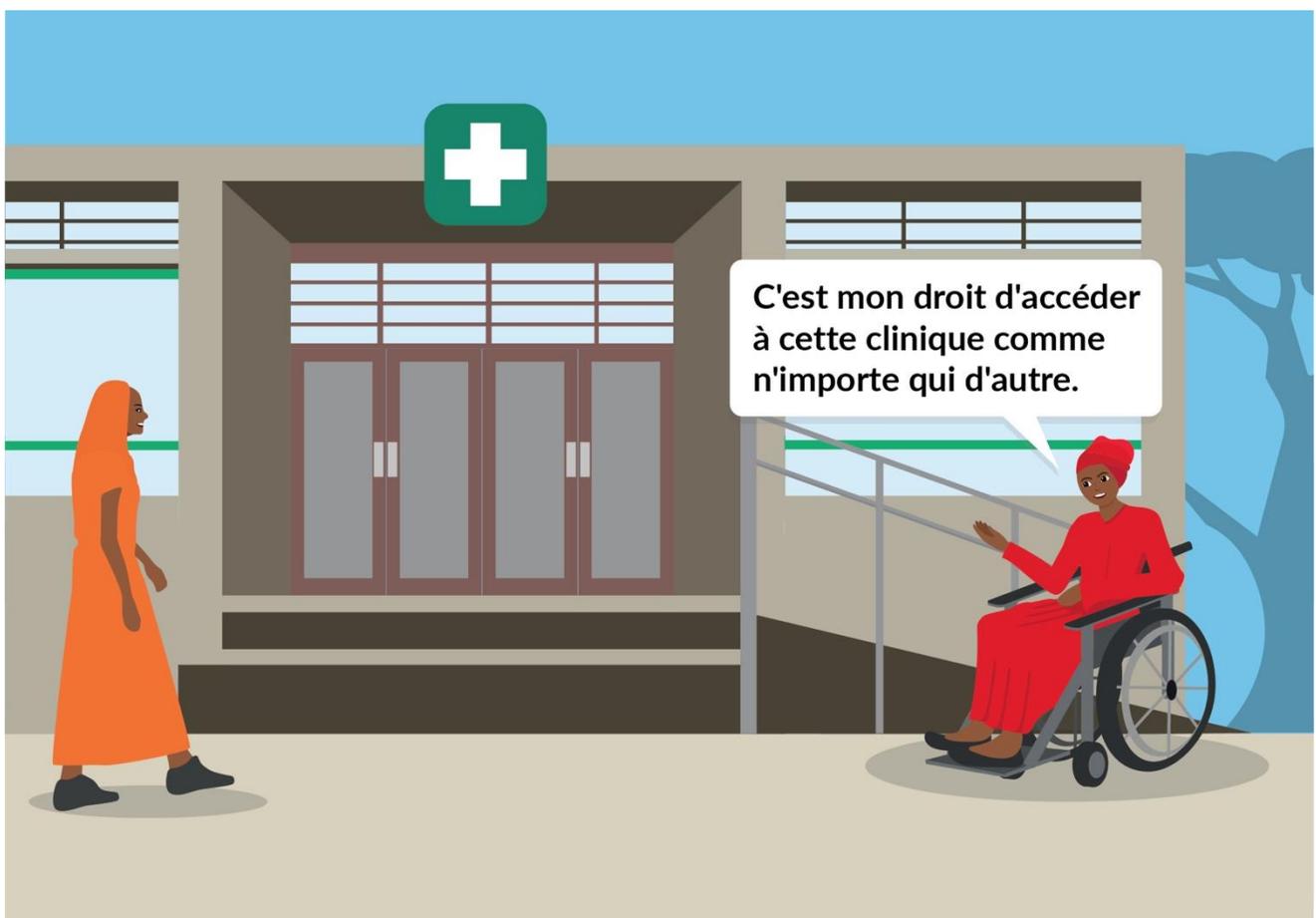
Approche du handicap axée sur les droits humains

Passer aux diapositive PowerPoint n° 24 et 25

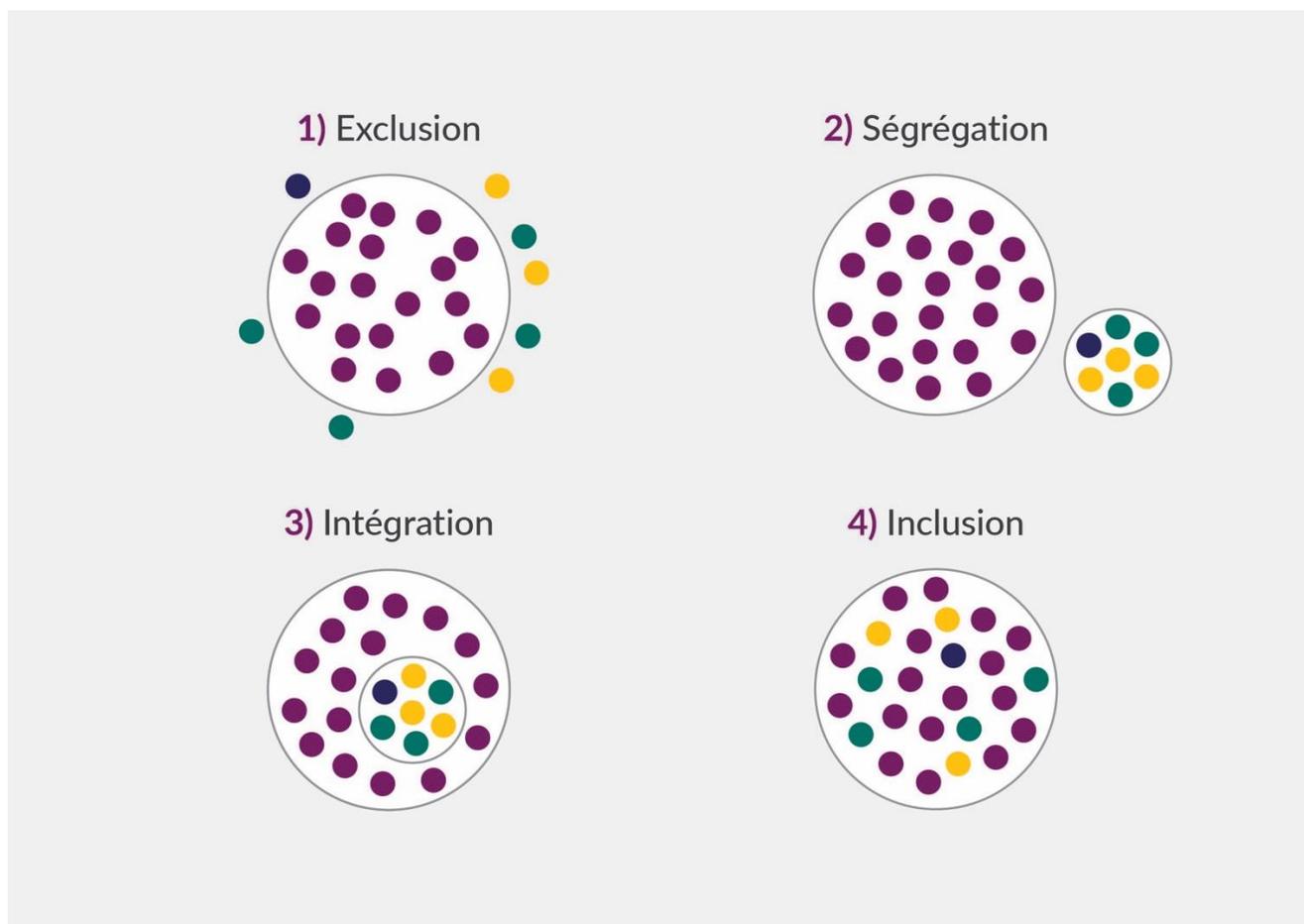


L'approche axée sur les droits humains

À l'instar de l'approche sociale, elle met l'accent sur le fait que la société doit évoluer. L'approche axée sur les droits humains s'appuie sur le principe selon lequel les personnes en situation de handicap font une partie intégrante d'une société humaine et de cultures diverses. Elle insiste sur l'idée que tous les êtres humains ont des droits et que tous les droits s'appliquent à tout être humain, et par conséquent l'exclusion de ces services constitue une violation des droits humains d'une personne. Elle met en évidence le fait que les traitements forcés, les admissions ou les procédures contraintes en milieu de soins ou dans les communautés sont des violations des droits humains d'une personne.



Elle met l'accent sur le fait que les personnes en situation de handicap ont des droits et sont décisionnaires dans leur propre vie.



Ces diagrammes présentent les différentes approches utilisées lorsqu'on travaille avec des personnes en situation de handicap (Ipas, 2021).

Le **premier cercle** représente la société et le fait que les personnes en situation de handicap sont souvent exclues de la « société normale » et exclues des grands programmes de développement.

Le **deuxième cercle** représente l'approche médicale/l'approche axée sur la charité qui peuvent conduire à la mise en place de services séparés/spécialisés.

Le **troisième cercle** représente une approche intégrée qui reconnaît le droit à l'inclusion des personnes en situation de handicap tout en continuant de les traiter comme un groupe distinct.

Le **quatrième cercle** représente un modèle inclusif qui reconnaît aux personnes en situation de handicap les mêmes droits que ceux des personnes qui ne vivent pas avec un handicap. Les obstacles sont éliminés pour garantir un accès plein et égal.

Activité 1 sur les approches du handicap

1. Expliquer aux participant-e-s que vous allez à présent lire une série d'affirmations au groupe élargi. Chaque affirmation correspond à une des quatre approches du handicap (à savoir l'approche médicale du handicap, l'approche du handicap axée sur la charité, l'approche sociale du handicap et l'approche du handicap axée sur les droits humains). Informer les participant-e-s qu'ils/elles devront convenir de l'approche à laquelle correspond chaque affirmation.
2. Utiliser les **réponses aux affirmations pour les facilitateur-trices** qui figurent dans la liste ci-dessous si nécessaire, pour fournir la bonne réponse et guider la discussion.

Passer à la diapositive PowerPoint n° 27

Affirmations à lire à haute voix aux participant-e-s

Affirmation 1 : Un-e client-e en situation de handicap a le droit de faire un choix éclairé et nous devons tous respecter sa/ses décision-s.

Affirmation 2 : Pendant combien de temps aurez-vous des béquilles ? Vous savez, nous voulons seulement des employé-e-s en bonne santé et « aptes ». Faites-nous savoir quand vous serez guéri-e et quand vous n'utiliserez plus des béquilles afin que nous puissions vous embaucher pour un poste administratif, sinon ce n'est pas la peine de revenir.

Passer à la diapositive PowerPoint n° 28

Affirmation 3 : Je me sens tellement mal pour les personnes en situation de handicap, elles sont si démunies. Que feraient-elles si nous n'étions pas là ? Heureusement que nous sommes là pour prendre soin d'elles.

Affirmation 4 : Je ne peux pas aider votre enfant. Votre enfant a un handicap et ne serait pas en mesure de suivre les autres enfants dans une école ordinaire. Sa place est dans une école spécialisée, mais pas ici.

Passer à la diapositive PowerPoint n° 29

Affirmation 5 : Les lits de nos centres de santé ne sont pas accessibles aux client-e-s en situation de handicap. Nous devons acheter des lits ajustables pour les consultations pour qu'ils/elles puissent y accéder sans problème.

Affirmation 6 : Cette cliente en situation de handicap intellectuel ne devrait jamais avoir un enfant. En tant que médecin j'ai décidé qu'elle doit subir une hystérectomie pour l'empêcher de tomber enceinte. C'est la meilleure chose pour elle et par conséquent, c'est ce dont elle a besoin.

Passer à la diapositive PowerPoint n° 30

Affirmation 7 : Les informations fournies dans cette brochure ne sont pas accessibles aux client-e-s en situation de handicap ; réécrivons-les en langage plus simple.

Affirmation 8 : Nous ne pouvons pas renvoyer un-e client-e sourd-e par ce qu'il/elle ne connaît pas la langue des signes. Il/elle a le droit d'accéder à la prestation de services de SSR et notre travail consiste à procéder à des ajustements raisonnables et à faire en sorte qu'ils-elles puissent exercer ce droit.

Réponses aux affirmations pour les facilitateur-trice-s

Affirmation 1 : Un-e client-e en situation de handicap a le droit de faire un choix éclairé et nous devons tous respecter sa/ses décision-s. **(Approche du handicap axée sur les droits humains)**

Affirmation 2 : Pendant combien de temps aurez-vous des béquilles ? Vous savez, nous voulons seulement des employés en bonne santé et « aptes ». Faites-nous savoir quand vous serez guéri-e et quand vous n'utiliserez plus des béquilles afin que nous puissions vous embaucher pour un poste administratif, sinon ce n'est pas la peine de revenir. **(Approche médicale du handicap)**

Affirmation 3 : Je me sens tellement mal pour les personnes en situation de handicap, elles sont si démunies. Que feraient-elles si nous n'étions pas là ? Heureusement que nous sommes là pour prendre soin d'elles. **(Approche du handicap axée sur la charité)**

Affirmation 4 : Je ne peux pas aider votre enfant. Votre enfant a un handicap et ne serait pas en mesure de suivre les autres enfants dans une école ordinaire. Sa place est dans une école spécialisée, mais pas ici. **(Approche médicale du handicap)**

Affirmation 5 : Les lits de nos centres de santé ne sont pas accessibles aux client-e-s en situation de handicap. Nous devons acheter des lits ajustables pour les consultations pour qu'ils/elles puissent y accéder sans problème. **(Approche sociale du handicap)**

Affirmation 6 : Cette cliente en situation de handicap intellectuel ne devrait jamais avoir un enfant. En tant que médecin, j'ai décidé qu'elle doit subir une hystérectomie pour l'empêcher de tomber enceinte. C'est la meilleure chose pour elle et par conséquent, c'est ce dont elle a besoin. **(Approche médicale du handicap)**

Affirmation 7 : Les informations fournies dans cette brochure ne sont pas accessibles aux client-e-s en situation de handicap ; réécrivons-les en langage plus simple. **(Approche sociale du handicap)**

Affirmation 8 : Nous ne pouvons pas renvoyer un-e client-e sourd-e par ce qu'il/elle ne connaît pas la langue des signes. Il/elle a le droit d'accéder à la prestation de services de SSR et notre travail consiste à procéder à des ajustements raisonnables et à faire en sorte qu'ils-elles puissent exercer ce droit. **(Approche du handicap axée sur les droits humains)**

Demander aux participant-e-s de réfléchir sur cet exercice et les inviter à partager leurs questions éventuelles sur les approches du handicap. Les inviter à solliciter des clarifications sur les approches également, en cas d'incertitude à cet égard.

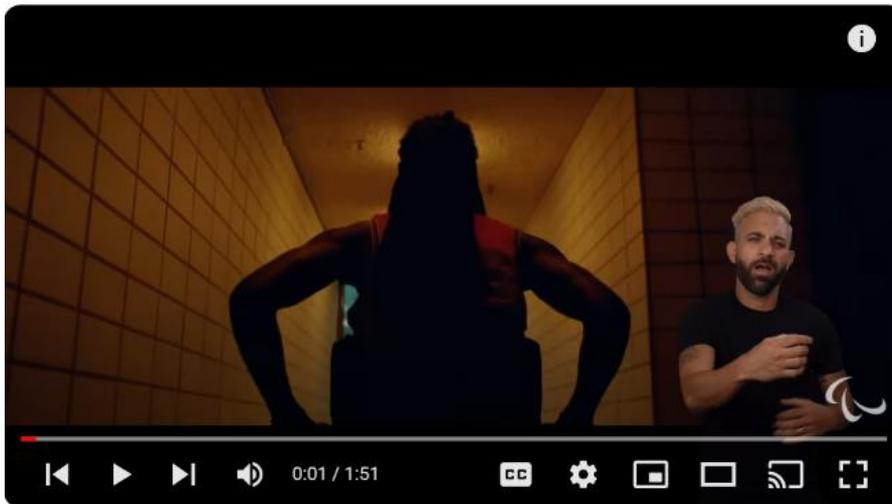
Activité 2 sur les modèles de handicap : Analyse vidéo

Passer à la diapositive PowerPoint n° 31

Montrer les deux clips vidéo qui illustrent l'approche du handicap axée sur les droits (les vidéos montrent en quoi des personnes en situation de handicap sont des personnes qui ont les mêmes aspirations que les personnes qui ne vivent pas avec un handicap, notamment les relations et la sexualité).

Lien vidéo vers « We the 15 » :

<https://www.youtube.com/watch?v=RXWC4msbj50&list=PL6CBAXPeBajkrs2JPK9c19jG3P-i7Kg5k&index=11>

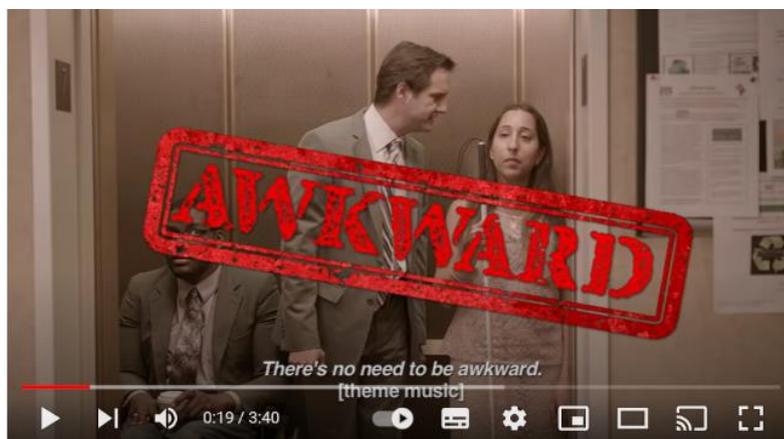


WeThe15 | Sign Language

Passer à la diapositive PowerPoint n° 32

Lien Vidéo sur la « formation à la sensibilisation au handicap » :

<https://www.youtube.com/watch?v=Gv1aDEFIXq8&t=28s>



Disability Sensitivity Training Video

Passer à la diapositive PowerPoint n° 33

Demander aux participant-e-s de faire part de leurs réactions et réflexions.

- Qu'est-ce qui leur a paru intéressant ?
- Qu'est-ce qui les a surpris?
- Quelle est la différence entre la manière dont les personnes en situation de handicap sont décrites dans la vidéo et la manière dont elles le sont dans leur culture ?
- Dans la culture/le contexte des participant-e-s, à quelles approches de handicap les représentations prédominantes correspondent-elles ?

Résumer la discussion avec des messages clés sur l'approche fondée sur les droits et l'approche sociale en matière d'inclusion du handicap dans les services de SSR en comparaison avec l'approche médicale et l'approche du handicap axée sur la charité.

Passer aux diapositives PowerPoint n°34, 35 et 36



Messages clés à retenir

- Les approches du handicap aident à expliquer comment les individus conceptualisent et réagissent face au handicap et comment les expert-e-s du développement abordent le handicap.
- Un des aspects clés du progrès consiste à accepter le passage d'une approche individuelle à une approche fondée sur les droits.
- L'inclusion est un processus permanent et une façon de penser. Il ne s'agit pas de traiter tout le monde de la même manière (égalité), mais plutôt de tenir compte du fait que nous avons tous les mêmes droits (équité).
- En définitive, tous les approches existent dans nos sociétés, de différentes manières. Il est possible d'avoir une approche inclusive qui contienne un élément de services intégrés. Dès lors que les personnes ont le choix, il n'est pas imposé. Par exemple, les personnes sourdes sont invitées à se rendre à un service à tout moment, mais si elles viennent le jeudi, des moyens supplémentaires seront fournis, comme par exemple, l'interprétation en langue des signes.

1.5 La Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies (2006)

Durée	10 minutes
Méthodologie	Présentation
Ressources	-
Diapositives	37 - 42

Passer à la diapositive PowerPoint n° 37

Expliquer que l'approche sociale et l'approche axée sur les droits humains constituent le fondement de la définition utilisée dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies (2006), selon laquelle :

Passer à la diapositive PowerPoint n° 38

- « Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres » (Assemblée générale des Nations Unies, 2007). Ce sont les obstacles auxquels sont confrontées les personnes en situation de handicap qui les handicapent.

Passer aux diapositives PowerPoint n° 39 et 40

La CDPH est l'instrument international le plus important dans le domaine du handicap et du développement international.

Coup de projecteur sur la CDPH

La CDPH est un traité international relatif aux droits humains qui est entré en vigueur en 2008. La Convention constitue un changement de paradigme partant de celui dans lequel les personnes en situation de handicap étaient perçues comme des « objets » de charité et de traitements médicaux, pour aboutir à celui de la perception **des personnes en situation de handicap comme des « sujets » dotés de droits humains** qui peuvent revendiquer ces droits et prendre des décisions pour leur vie, en fonction de leur consentement libre et éclairé, et en tant que membres actifs de la société (Sightsavers, 2023a).

La CDPH décrit les droits des personnes en situation de handicap dans de nombreux domaines, notamment l'éducation, l'emploi, la santé, la participation à la vie politique et la justice.

La CDPH est juridiquement contraignante. Autrement dit, lorsqu'un État ratifie la Convention, il s'engage à défendre les droits et les obligations prévus par la Convention. En juin 2023, elle comptait 164 signataires et 186 ratifications.

La Convention comporte des dispositions qui exigent des gouvernements qu'ils s'abstiennent de mettre en œuvre des mesures négatives susceptibles de porter préjudice aux droits des personnes en situation de handicap. Elle exige également que les gouvernements développent et exécutent des politiques, des législations et des programmes qui promeuvent les droits des personnes en situation de handicap. Par exemple :

Passer aux diapositives PowerPoint n° 41 et 42

Coup de projecteur sur l'Article 6, « Femmes handicapées » qui dispose que :

1. Les États Parties reconnaissent que les femmes et les filles handicapées sont exposées à de multiples discriminations, et ils prennent les mesures voulues pour leur permettre de jouir pleinement et dans des conditions d'égalité de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales.
2. Les États Parties prennent toutes mesures appropriées pour assurer le plein épanouissement, la promotion et l'autonomisation des femmes, afin de leur garantir l'exercice et la jouissance des droits de l'homme et des libertés fondamentales énoncés dans la présente Convention.

La Convention reconnaît aussi divers droits civils, culturels, économiques, politiques et sociaux que nous explorerons davantage au cours du deuxième jour de cette formation.

Préciser que nous savons néanmoins que les personnes présentant différents types de handicaps (intellectuel ou psychosocial) sont confrontées à des obstacles quand elles accèdent à des services de SSR qui les empêchent d'exercer leurs droits.

1.6 Le langage du handicap

Durée	30 minutes
Méthodologie	Discussion en plénière
Ressources	<ul style="list-style-type: none">• Feuille de tableau de conférence, marqueurs• Document 1: Terminologie positive ou négative sur le handicap
Diapositives	43 - 47

Dans le cadre de cette séance, inviter les participant-e-s à explorer le langage du handicap, et à identifier la terminologie positive de même que les expressions négatives qui doivent être évitées.

Passer à la diapositive PowerPoint n°43

Le pouvoir du langage

Expliquer que le langage que nous utilisons décrit la réalité (Sightsavers, 2023a). Le langage n'est jamais neutre : le langage positif peut autonomiser les personnes, tandis que les termes péjoratifs peuvent avoir un impact négatif sur la vie des personnes et leur inclusion dans la société.

Expliquer que le langage est fluide et évolutif. La terminologie évolue au fil du temps : il se peut que certaines expressions considérées comme acceptables il y a 50 ans, ne le soient pas aujourd'hui. De même, certaines expressions peuvent avoir différentes significations à différents endroits.

Activité : Identifier la terminologie positive ou négative en matière de handicap

Préciser que pour cette activité, vous aurez besoin d'une personne qui prend des notes et par conséquent vous demanderez à un-e des participant-e-s de venir vous aider à écrire sur le tableau à feuilles mobiles les mots qui seront cités par les autres participant-e-s.

Pour la personne qui prendra les notes, les facilitateur-trice-s choisissent délibérément un-e participant-e qui n'a pas autant participé que les autres, et si possible, il faudra lui demander de venir devant avec vous. Si la personne ne peut se déplacer facilement, alors apportez-lui du papier de tableau à feuilles mobiles.

Inviter tou-te-s les participant-e-s (un par un) à citer des mots positifs ou négatifs dont ils/elles savent qu'ils sont utilisés pour décrire les personnes en situation de handicap et demander à la personne qui prend les notes d'écrire tous ces mots sur le papier de tableau à feuilles mobiles. Préciser aux participant-e-s qu'ils/elles peuvent utiliser des mots en français de même que des termes en langues et en dialectes locaux. **Consacrer 5 minutes** à cet exercice.

Ensuite, pendant les **10 minutes** suivantes, inviter la personne qui prend des notes à choisir jusqu'à 10 mots qui ont été cités par le groupe, et un par un, demander à la personne qui prend des notes de demander au groupe si le mot est considéré comme positif ou négatif.

En passant en revue chaque mot, demander aux participant-e-s de partager leurs réflexions et d'expliquer pourquoi ils/elles pensent que certains mots sont positifs ou négatifs. Le but des facilitateur-trice-s doit être de créer un espace ouvert pour que les participant-e-s partagent leurs réflexions et n'émettent pas de jugement sur les opinions présentées. Demander à la personne qui prend les notes d'écrire « positif » ou « négatif » à côté de chaque mot sélectionné en fonction de ce que le groupe aura convenu.

Une fois que tous les mots auront été abordés, montrer une diapositive et distribuent **Document 1** qui comporte une liste de termes suggérés en matière de handicap. Passer en revue chaque terme, en expliquant pourquoi certains sont recommandés et d'autres sont à éviter.

Passer aux diapositives PowerPoint n° 44, 45, 46, 47

Terminologie recommandée en matière de handicap

Choses à faire 	Choses à ne pas faire 
Personnes en situation de handicap / Personne présentant un handicap / personne(s) handicapée(s)	Un-e handicapé-e / besoins spéciaux / handicapée / invalide / infirme / victime / est affectée par / souffrant de / inspirant / courageux-se / personne ayant des besoins spéciaux
Personne(s) avec [nom du handicap]	Utiliser l'article « Les » avant de décrire un type de handicap comme « LES » aveugles / « les » sourds / « les » personnes sourdes et aveugles, etc.
Personne(s) sans handicap	Valide / normal / non-handicapée
Personne aveugle/ malvoyante / personne ayant une basse vision / personne présentant une déficience visuelle	
Personne(s) en situation de surdicécité	
Personnes présentant un handicap physique / utilisateur-trice de fauteuil roulant / personne présentant une paralysie cérébrale	Confiné-e à un fauteuil roulant / prisonnier-ère d'un fauteuil roulant / spastique

Personne sourde / personne ayant une déficience auditive / personne malentendante	Sourd-e et muet-te / sourd-muet-te
Personne avec un retard de croissance / de petite taille / personne de courte stature / petite personne	Nain-e
Personne en situation de handicap cognitif / intellectuel / développemental / personne autiste / personne présentant un trouble du spectre autistique / personne dyslexique / personne atteinte de dyslexie / personne atteinte du syndrome de Down / personne atteinte de démence etc. / neurodiversité	Handicapé-e mental-e / déficient-e mental-e / attardé-e / anormal-e / mongolien-ne
Personne atteinte de troubles mentaux / handicap psychosocial	Fou-folle / dingue / stupide / imbécile / aliéné / personnes qui n'ont pas toute leur tête / malade mental
Personne atteinte d'une maladie chronique / personne atteinte d'une maladie avec limitation fonctionnelle	

Expliquer que les personnes sans handicap ne doivent pas déterminer la façon dont les personnes en situation de handicap doivent se définir. Leurs propres choix et préférences doivent toujours être respectés.

Rappeler aussi aux participant-e-s qu'en cas de doute, il y a un simple principe directeur qu'ils/elles doivent appliquer, qui consiste à **demandeur aux personnes en situation de handicap elles-mêmes quelles terminologie et expressions elles préfèrent.**

Langage qui met en avant la personne

Expliquer qu'après l'adoption de la CDPH, l'expression « **personnes en situation de handicap** » est devenue la norme dans le secteur du développement. Ce positionnement est fondé sur l'« **approche qui met en avant la personne en premier lieu** », qui souligne le fait que les personnes en situation de handicap sont, d'abord et avant tout, des personnes. Dans les cadres formels, comme dans les documents des Nations Unies, l'expression plurielle « personnes » est généralement utilisée.

Parmi les expressions qui sont communément utilisées figurent :

- Personne présentant un syndrome de Down
- Personne présentant une paralysie cérébrale
- Personne en situation de handicap psychosocial ou de maladie mentale

- Personne présentant un handicap auditif
- Personne présentant des déficiences visuelles
- Personne en situation de surdité
- Personne en situation de handicap intellectuel
- Personne vivant avec l'albinisme

Langage condescendant et offensant

En partant de la terminologie partagée par les participant-e-s, expliquer que certaines expressions sont généralement bien intentionnées, mais elles sont souvent considérées comme très condescendantes par les personnes en situation de handicap. Parmi les exemples, figurent :

- Personne ayant des besoins spéciaux
- Aliéné-e
- Personne n'ayant pas toute sa tête
- Fou/folle

Ces termes sont souvent considérés comme très condescendants.

Expliquer également que d'autres termes sont désormais considérés comme **désuets et très offensants**, et ils ne doivent jamais être utilisés. Il s'agit :

- Handicapé-e
- Attardé-e
- Déficient-e
- Paralysé-e
- Spastique
- Prisonnier-ère d'un fauteuil roulant
- Bête
- Imbécile
- Malade mental-e
- Nain-e

Vérifier s'il y a d'autres questions ou commentaires avant de passer à l'activité suivante.

1.7 Obstacles à l'inclusion des personnes en situation de handicap

Duration	20 minutes
Methodology	Présentation
Resources	
Slides	48 - 59

Passer à la diapositive PowerPoint n° 48

Expliquer que les personnes en situation de handicap sont confrontées à plus d'obstacles en matière d'accès que leurs homologues sans handicap.

Les difficultés affrontées peuvent être regroupées de la manière suivante :

Passer à la diapositive PowerPoint n° 49



- **Les obstacles comportementaux** qui sont des attitudes et des perceptions discriminatoires envers les personnes en situation de handicap.
- **Les obstacles physiques et environnementaux** comme l'inaccessibilité des rampes dans un bâtiment, le manque de communication accessible, les tables d'examen inaccessibles ou les salles d'opérations situées au dernier étage sans ascenseur.
- **Les obstacles institutionnels** comme les politiques qui ne reconnaissent pas les personnes en situation de handicap comme un groupe de client-e-s ou ne reconnaissent pas leur capacité juridique ou leur droit à décider par eux/elles-mêmes.

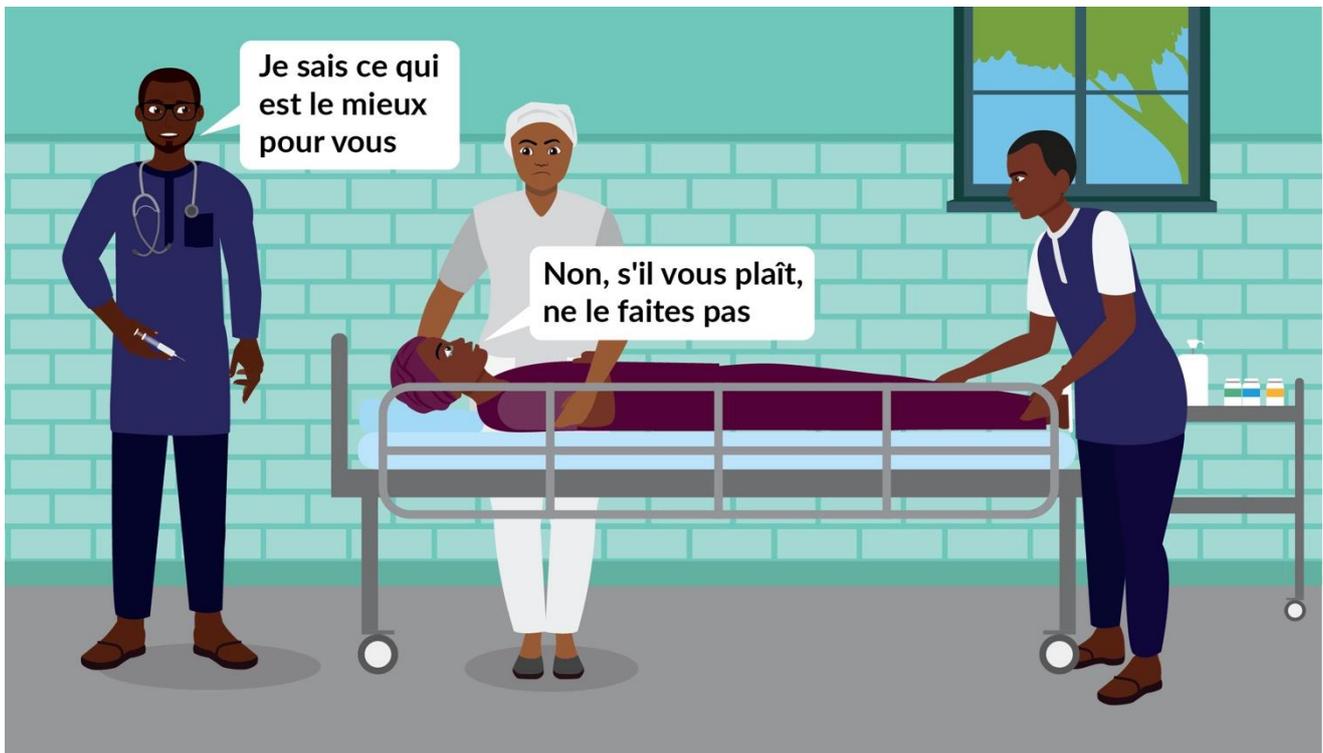
Passer aux diapositives PowerPoint n° 50, 51, 52, 53

Obstacles comportementaux

Mentionner que les personnes en situation de handicap sont confrontées à d'innombrables obstacles. Les sociétés croient souvent que les personnes en situation de handicap sont asexuées ; ce qui peut les conduire à dissimuler des informations en partant du principe qu'elles ne sont pas obligées d'avoir des informations sur la santé sexuelle et reproductive. Il existe plusieurs idées fausses, mythes et des hypothèses selon lesquelles les personnes en situation de handicap ont besoin de soins spécialisés.

Les personnes en situation de handicap :

- Sont aussi confrontées à la stigmatisation, aux attitudes négatives et à la discrimination, de même qu'aux traitements irrespectueux et inéquitables pratiqués par les agents de santé, la communauté et la famille.
- Subissent souvent une résistance ou des attitudes surprotectrices de la part des membres de leur famille, y compris leurs conjoint-e-s ou leurs aidant-e-s, par rapport à l'utilisation des services de planification familiale et de contraception.
- Ne peuvent peut-être pas accéder à des informations et à des services de SSR en raison du manque d'estime de soi et de confiance.
- Peuvent être exposées à la violence basée sur le genre (VBG), et en particulier aux violences conjugales, ce qui peut limiter l'accès et l'adoption de méthodes de planification familiale. Elles peuvent aussi être exposées à des pratiques coercitives comme la stérilisation forcée, les avortements forcés, les pressions exercées pour les contraindre à utiliser une contraception, les hystérectomies forcées, la médication forcée.
- Peuvent se voir retirer leurs enfants et peuvent être soumises à des traitements forcés comme les implants cochléaires, etc. Ces pratiques coercitives et involontaires sont amplifiées dans les institutions et les contextes clos.



De plus, les personnes en situation de handicap :

- Sont supposées être incapables de prendre des décisions par elles-mêmes et d'autres personnes doivent par conséquent prendre des décisions en leur nom pour leur meilleur intérêt (cela est particulièrement le cas pour les personnes en situation de handicap psychosocial et intellectuel).
- Sont sujets à des violations des droits humains et des violences au sein des familles, les contextes humanitaires et médicaux (surtout les femmes et les filles en situation de handicap).
- Peuvent être institutionnalisées contre leur gré. Dans de tels cas, elles perdent souvent tout accès à la justice et sont dans l'incapacité de remettre en cause les atrocités commises contre elles y compris leur institutionnalisation forcée.

Obstacles environnementaux

Passer aux diapositives PowerPoint n° 54, 55

Les personnes en situation de handicap sont aussi confrontées à divers obstacles environnementaux qui les empêchent d'accéder aux services de santé et d'exercer leurs droits. Il s'agit :

- Du manque de transport vers et depuis les centres de SSR.
- De terrains et de routes en mauvais état, de la distance à parcourir pour rejoindre les établissements.
- D'un environnement dépourvu de conditions adaptées (par ex., manque de dispositifs d'accessibilité comme les rampes, les ascenseurs).
- De l'insuffisance des installations sanitaires en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène.
- Du manque de respect de la vie privée/confidentialité dans certains contextes.
- De l'absence d'informations accessibles et de technologie fonctionnelle.
- De l'absence de supports accessibles (braille / gros caractères, faciles à lire, schématisés, versions audio, vidéos en langue des signes).
- Du manque d'accès à la langue de signe / interprète en langue des signes tactile pour les consultations.
- Du manque de compréhension des besoins en communication et la manière de communiquer de la part des prestataires de services.



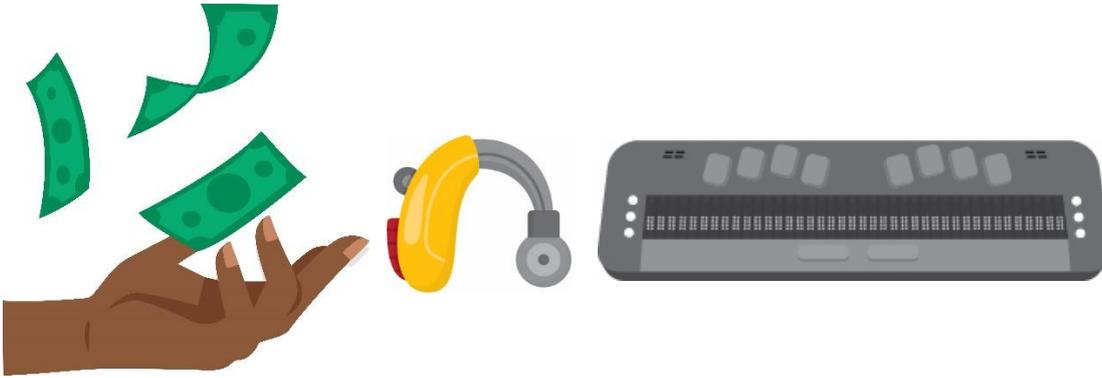
Préciser que la communication est le principal obstacle auquel les personnes en situation de surdicécité sont confrontées (World Federation of the Deafblind, 2023). Chaque personne communique et interagit de manières différentes. Il n'existe pas de modalité universelle/standard pour permettre aux personnes en situation de surdicécité de communiquer. Les approches en matière de communication dépendent de l'audition/vision résiduelle de l'individu, de son âge au départ et de leur éventuelle surdicécité pré-linguistique ou post-linguistique. Par exemple, une personne présentant un syndrome d'Usher, qui est non-voyante à la naissance et apprend la langue des signes mais subit une perte de vision durant son adolescence peut être en mesure de communiquer à l'aide de la langue des signes mais elle peut avoir besoin d'adaptations comme le langage des signes par cadre visuel.

Passer aux diapositive PowerPoint n° 56 et 57

Obstacles institutionnels

Les personnes en situation de handicap font aussi face à des obstacles institutionnels. Il est impératif que des politiques nationales soient mises en place pour traiter les droits reproductifs des personnes en situation de handicap et il faut examiner les législations nationales qui ont un impact sur la personnalité juridique des personnes en situation de handicap, car cela a des répercussions sur leurs interactions avec et dans le cadre de la prestation de soins, mais aussi sur l'accès aux services. Il arrive souvent que les politiques et les stratégies gouvernementales liées à la SSR ne promeuvent pas l'inclusion des personnes en situation de handicap ou l'égalité de genre. Il convient aussi de préciser que :

- Les données ventilées par âge, genre et handicap, sur l'accès et l'utilisation de la planification familiale et d'autres services de santé sexuelle et reproductive font défaut (ce qui pourrait être lié à l'hygiène menstruelle, etc.).
- L'expertise technique ou la formation en matière de planification familiale du point de vue du handicap, des prestataires de soins, du personnel et des personnes qui mobilisent les communautés sont insuffisantes.
- La personnalité juridique des personnes en situation de handicap est limitée et/ou les procédures sont inadaptées ou ne protègent pas le pouvoir décisionnel et l'autonomie des personnes en situation de handicap, en particulier ceux des femmes et des filles vivant avec un handicap intellectuel et psychosocial. Dans certains cas, la personnalité juridique des personnes en situation de handicap n'est pas reconnue, ce qui conduit souvent à une violation de leurs droits, et aucun système n'est en place pour garantir une prise de décision soutenue des personnes en situation de handicap, au lieu de recourir à la prise de décision substituée.
- Les personnes en situation de handicap sont confrontées à des coûts élevés liés au handicap comme les soins médicaux, les appareils fonctionnels ou le soutien personnel, ce qui implique que les personnes en situation de handicap sont généralement plus pauvres que les personnes sans handicap. Les faibles revenus, les frais de transport etc. peuvent dissuader les personnes en situation de handicap de recourir aux services de planification familiale (bien que cela soit le cas pour tous les services de santé).



En partant de la droite : un afficheur/écriture braille et un implant cochléaire

- La plupart des programmes de SSR ne font pas l'objet d'un suivi et d'une évaluation en vue de l'inclusion du handicap, donc il est difficile de savoir qui a accès aux services de santé sexuelle et reproductive ou si les interventions visant à améliorer l'accès sont efficaces et pour qui.

Passer à la diapositive PowerPoint n° 58

Une approche fondée sur l'inclusion se concentre donc sur ce qui peut être fait pour éliminer les obstacles auxquels se heurtent les femmes en situation de handicap lors de l'accès aux services.

Passer à la diapositive PowerPoint n° 59



Message clés à retenir

En tant que personnes qui mettent en œuvre les programmes, notre devoir est de comprendre les droits des personnes en situation de handicap et les engagements des pays en faveur du principe dénommé « ne laisser personne de côté » et nous avons un rôle crucial à jouer pour nous éloigner des pratiques qui ne reconnaissent pas les droits des personnes en situation de handicap.

1.8 Différents groupes de handicaps

Durée	1 heures et 30 minutes
Méthodologie	Présentation + discussion en plénière
Ressources	Document 2 : Vue d'ensemble des groupes de handicap
Slides	60 - 79

Passer à la diapositive PowerPoint n° 60

Regrouper les personnes en situation de handicap

Expliquer que les personnes qui présentent des handicaps similaires sont souvent rassemblées dans de soi-disant « groupes de handicap » (Sightsavers, 2023a). Parfois, ce processus est dirigé par des personnes qui sont elles-mêmes en situation de handicap. Cela arrive quand les personnes qui présentent des handicaps similaires décident de créer une organisation pour promouvoir les droits des personnes confrontées à des obstacles similaires. Ces organisations sont souvent dénommées organisations de personnes en situation de handicap (OPH). Les personnes qui choisissent d'adhérer à ces organisations s'identifieront à ce groupe de handicap.

Expliquer que dans d'autres circonstances, les personnes en situation de handicap sont regroupées dans des catégories, par d'autres parties prenantes et pour différentes finalités. Par exemple, les agences gouvernementales ou les organisations non gouvernementales peuvent classer les personnes dans différents groupes à des fins de narration, de planification ou de suivi. Dans ce cas, il est en revanche important de reconnaître qu'il est possible que les personnes en situation de handicap qui appartiennent supposément à ces groupes, ne puissent pas s'identifier comme telles.



Les questions du Groupe de Washington

Ces dernières années, des efforts considérables ont été déployés pour systématiser les processus ayant pour but de collecter des données sur les personnes en situation de handicap. Un des outils les plus communément utilisés dans le monde entier est le **questionnaire détaillé du Groupe de Washington sur le fonctionnement**.

Ce questionnaire n'interroge pas directement sur le handicap ; mais il contient six questions sur les limitations fonctionnelles liées aux principales activités, comme entendre, voir, marcher ou monter des escaliers, se souvenir ou se concentrer, prendre soin de soi, communiquer. Cela s'appuie sur la Classification internationale du fonctionnement et constitue une approche interactionnelle du handicap.

L'outil est utile pour identifier les personnes qui vivent avec un handicap dans différentes activités et il peut être utilisé à des fins de planification. Cependant, toutes les personnes qui signalent un handicap en répondant à ces questions, ne s'identifieront pas forcément comme des personnes en situation de handicap. Par exemple, les personnes âgées signalent souvent des limitations dans plusieurs activités fonctionnelles (comme l'audition ou la marche). En raison de leurs limitations fonctionnelles et des obstacles environnementaux (comme l'absence d'ascenseurs dans un immeuble ou l'accès limité aux appareils auditifs), elles seront en situation de handicap. Il est néanmoins possible qu'elles ne s'identifient pas comme des personnes en situation de handicap lorsqu'on leur pose la question directement.

Pour en savoir plus sur les données relatives au handicap : **Questionnaire détaillé du Groupe de Washington sur le fonctionnement**

En outre, rappeler aux participant-e-s que l'**identité est un concept fluide** et que les individus présentant des caractéristiques physiques similaires peuvent s'identifier de manières très différentes. Par exemple :

- Certaines personnes nées avec une déficience auditive utilisent des appareils fonctionnels comme des appareils auditifs et des implants cochléaires, et elles se considèrent comme **des personnes ayant une déficience auditive** (ou parfois comme étant malentendantes). *En dépit* de leur handicap, elles ont pour but de fonctionner au sein de la communauté élargie des entendant-e-s en utilisant leur ouïe résiduelle de même que par la parole.
- D'autres personnes avec le même problème de santé se considèrent comme **sourdes**, appartiennent à la communauté des personnes sourdes, considèrent leur langue des signes locale comme leur langue maternelle, et se considèrent comme des membres d'une minorité sociolinguistique. Les personnes sourdes n'ont pas pour objectif de s'intégrer à la société *malgré* leur handicap - elles sont plutôt fières de leur identité de personnes sourdes.

Comme nous l'avons vu précédemment, la définition du handicap et des personnes en situation de handicap est moins simple qu'il n'y paraît.

Passer aux diapositives PowerPoint n° 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70

Distribuer des copies du **Document 2** : Vue d'ensemble des groupes de handicap.

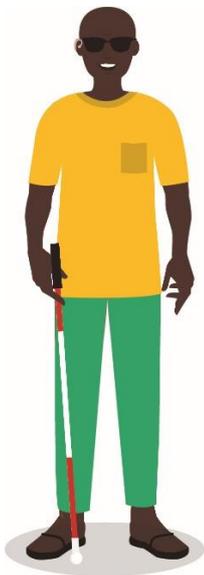
Puis donner des informations figurant dans la liste ci-dessous sur les groupes de handicap courants, et inviter les participant-e-s à consulter le document pour plus de détails sur chaque groupe.



Personnes présentant des déficiences visuelles. Cette catégorie fait référence à un large éventail de personnes - allant des personnes qui sont totalement non voyantes, aux personnes qui ont une vue résiduelle très limitée, en passant par les personnes ayant des maladies oculaires légères.



Personnes présentant des handicaps auditifs. Comme nous l'avons vu avec l'exemple ci-dessus, cette catégorie n'inclut pas seulement les personnes avec différents niveaux d'ouïe résiduelle - de la surdité totale à l'ouïe résiduelle - mais aussi des connotations identitaires très diverses.



Personnes en situation de surdicécité. Les personnes présentant une surdicécité sont confrontées à des déficiences sur le plan visuel et auditif. La surdicécité est un handicap différent occasionné par une déficience sensorielle d'une sévérité qui empêche les sens déficients de compenser l'autre. En interaction avec les obstacles environnementaux, elle a un impact sur la vie sociale, la communication, l'accès à l'information, l'orientation et la mobilité. L'inclusion et la participation exigent des mesures d'accessibilité et l'accès à des services de soutien spécifiques comme les guides-interprètes, entre autres.



Personnes en situation de handicap physique. Il s'agit d'une catégorie générale souvent utilisée pour faire référence à des groupes très divers d'individus qui sont nés avec des problèmes de santé spécifiques ou qui les ont développés plus tard dans leur vie. Il s'agit par exemple de personnes présentant une paralysie cérébrale, une sclérose en plaques, des amputations, un nanisme et des lésions médullaires.

Personnes en situation de handicap cognitif ou intellectuel.

Ces définitions sont souvent utilisées pour faire référence aux personnes qui peuvent rencontrer des difficultés avec un ou plusieurs types d'activités mentales, comme se souvenir, lire, la compréhension linguistique et verbale, la compréhension mathématique, la compréhension visuelle, l'attention ou le traitement ou la production d'informations. Plusieurs maladies peuvent être liées aux handicaps cognitifs et intellectuels, comme :

- **Les difficultés d'apprentissage** telles que la dyslexie, la dyscalculie ou la dysgraphie qui peuvent causer des problèmes de lecture, d'écriture ou avec les chiffres mais n'handicapent pas l'intelligence générale.
- **Les handicaps développementaux** y compris l'autisme et le syndrome d'Asperger qui ont un effet sur la manière dont les personnes perçoivent le monde et interagissent avec les autres.
- **Les maladies génétiques ou congénitales** comme le syndrome de Down ou la microcéphalie qui peuvent causer un certain nombre de handicaps intellectuels.
- **Les maladies comme la démence**, un terme générique utilisé pour décrire les maladies évolutives ou chroniques affectant la mémoire, d'autres capacités cognitives et le comportement.
- **Personnes présentant un handicap psychosocial et des problèmes de santé mentale.** Il s'agit de personnes qui ont des maladies comme l'anxiété, la dépression, les phobies, la bipolarité et la schizophrénie.
- **Personnes présentant des maladies chroniques / des maladies invalidantes.** Il s'agit de personnes vivant avec des pathologies comme les maladies cardiaques, le cancer, le diabète, les attaques, l'arthrite, la fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique.



Personnes présentant plusieurs handicaps.

Certaines personnes vivent avec plus d'un handicap. Par exemple :

- Les personnes vivant avec le syndrome de Down sont souvent confrontées à des maladies chroniques (comme les maladies cardiaques) ;
- Les personnes atteintes d'albinisme ont une maladie de peau et des déficiences visuelles.



Coup de projecteur sur les handicaps invisibles

Certaines personnes peuvent être **facilement identifiées comme des personnes en situation de handicap**, par exemple celles qui utilisent des appareils fonctionnels spécifiques, comme des fauteuils roulants, des cannes blanches ou des appareils auditifs. C'est aussi le cas des personnes dont les maladies ont des manifestations visibles - comme l'albinisme, les personnes à petite taille, la paralysie cérébrale, le syndrome de Down ou les amputations.

Beaucoup de personnes en situation de handicap, vivent néanmoins avec des **handicaps invisibles** (World Federation of the Deafblind, 2018). Ce sont des personnes qui subissent de nombreux obstacles dans la société, quotidiennement, mais il se peut que leurs problèmes de santé et leurs handicaps ne soient pas immédiatement évidents. C'est le cas par exemple des personnes qui vivent avec l'anxiété, la dépression, la schizophrénie, l'autisme, avec des affections de longue durée et bien d'autres.

Souvenez-vous : vous devez faire preuve de bienveillance et ne pas vous contenter de suppositions !

Passer aux diapositive PowerPoint n° 73 et 74

Coup de projecteur sur les personnes en situation de surdicécité

À ce jour, les personnes en situation de surdicécité ne sont pas reconnues comme faisant partie d'un groupe de handicap distinct dans beaucoup de pays et il y a un manque significatif de données de bonne qualité sur les personnes vivant avec la surdicécité (World Federation of the Deafblind, 2018). De ce fait, les lois, les politiques gouvernementales, les programmes et les services publics ne répondent pas aux besoins des personnes vivant avec la surdicécité en matière de communication et de soutien et elles limitent la mise en place de services d'appui adaptés répondant aux besoins des personnes en situation de surdicécité. En réalité, bon nombre de gouvernements supposent à tort que les services destinés aux personnes sourdes ou aveugles suffisent aux personnes en situation de surdicécité. Parallèlement, les sociétés partent souvent du principe que les personnes en situation de surdicécité ne jouissent pas de la personnalité juridique leur permettant de prendre des décisions par elles-mêmes, et elles exigent que ces personnes soient accompagnées lorsqu'elles prennent des décisions. Cela conduit à leur refuser le droit au respect de la vie privée et à la confidentialité et les empêche de jouir d'une personnalité juridique sur un pied d'égalité avec les autres.

Pour en savoir plus, cliquez ici :

[Télécharger le rapport mondial sur la situation et les droits des personnes en situation de surdicécité 2018 \(disponible qu'en Anglais\)](#)

Passer à la diapositive PowerPoint n° 75

Coup de projecteur sur les obstacles auxquels se heurtent les personnes en situation de handicap psychosocial et vivant avec des maladies mentales

À travers le monde entier, les personnes vivant avec des handicaps psychosociaux sont traitées de manière inhumaine et elles sont lourdement stigmatisées par les sociétés en raison du manque de connaissances et de compréhension des maladies de santé mentale. L'enchaînement, une méthode inhumaine qui consiste à enchaîner les personnes et à les forcer à dormir, uriner, déféquer et manger dans des lieux confinés et/ou bondés (tels que des cages), une pratique commune dans beaucoup de pays (Human Rights Watch, 2020).

L'enchaînement et l'enfermement des personnes en situation de handicap psychosocial sont des pratiques fréquentes dans les hôpitaux psychiatriques. Dans de nombreux pays à travers le monde, on pense que les maladies mentales résultent du fait que les personnes concernées sont possédées par des esprits maléfiques ou le diable, qu'elles ont commis des péchés, qu'elles se sont conduites de manière immorale ou qu'elles ne soient pas croyantes. Les personnes en situation de handicap psychosocial et ayant des maladies mentales sont souvent détenues et enchaînées de manière arbitraire dans des camps de prière ou des établissements de protection sociale qui sont dirigés par des centres de guérison religieuse, et dans de nombreux cas aucune disposition ne prévoit une supervision judiciaire.

À titre d'exemple, les facilitateur-trice-s montrent le clip vidéo ci-dessous pour plus d'éléments sur le sujet :

<https://www.youtube.com/watch?v=4lokFWtWEL0>



Comme nous venons de le voir, l'expression « personnes en situation de handicap » fait référence à une grande diversité d'individus ayant leurs propres caractéristiques et expériences. Mais cela va au-delà des handicaps individuels.

Inviter à présent les participant-e-s à partager en plénière des exemples de caractéristiques autres qui pourraient définir l'identité des personnes en situation de handicap, en plus de leurs handicaps individuels et de leurs maladies. Pendant que les participant-e-s donnent leurs réponses, les facilitateur-trice-s les notent sur un tableau à feuilles mobiles.

Une fois que toutes les réponses ont été données, expliquer qu'en réalité, les personnes en situation de handicap ne sont pas seulement des « personnes » en situation de handicap : ce sont des mères, des fils, des grands-pères, des architectes, des prêtres, des ingénieurs, des artistes. **Les personnes en situation de handicap ont des identités multiples croisées, comme toute autre être humain.** Par conséquent, il faut envisager l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la société - y compris au sein du secteur de la santé - non seulement à la lumière de handicaps individuels, mais aussi par rapport à leurs identités complexes et stratifiées/croisées.

Passer à la diapositive PowerPoint n° 76

Les femmes en situation de handicap sont souvent confrontées à diverses formes de discrimination du fait de leur handicap et de leur genre. En réalité, elles peuvent subir de la discrimination de la part des hommes et des femmes vivant sans handicap, en raison de leur handicap, tout en subissant une discrimination du fait de leur genre et de leur existence dans une société patriarcale.

Plusieurs couches d'identités - comme le genre, l'âge, le groupe ethnique, la langue, la religion, le statut socioéconomique, l'orientation sexuelle, le statut migratoire et bien d'autres facteurs - **peuvent s'accumuler et causer plusieurs formes de discrimination.** Il est donc essentiel de ne pas considérer les personnes en situation de handicap uniquement comme des personnes en situation de handicap - mais de tenir compte des multiples formes d'exclusion qu'elles subissent, qui sont liées à leurs identités croisées.

Passer à la diapositive PowerPoint n° 77

Expliquer alors qu'il existe un **lien cyclique entre la pauvreté économique et le handicap.**

Les personnes qui vivent dans des conditions de précarité ont un accès limité à l'alimentation, à l'eau et l'assainissement, à l'éducation et aux services de santé et elles sont de ce fait exposées à des risques accrus de handicap. Les personnes en situation de handicap qui ont tendance à être confrontées à un accès limité à l'éducation et à l'emploi, sont exposées à des risques accrus de pauvreté et elles ont un niveau de vie précaire.

Passer aux diapositives PowerPoint n° 78 et 79



Messages clés à retenir

- Les personnes qui ont des déficiences visuelles, les personnes en situation de handicap physique, les personnes en situation de surdité etc., ne constituent pas des groupes clairement définis et tout le monde ne s'identifie pas eux.
- Il se peut que les personnes ne s'identifient pas comme des personnes en situation de handicap mais elles peuvent faire face à des obstacles très similaires. Par exemple, il est possible que les personnes âgées ne se considèrent pas comme ayant un handicap, mais elles subissent souvent des limitations fonctionnelles pour certaines activités - qui sont davantage aggravées par des obstacles environnementaux.
- Les femmes en situation de handicap sont souvent confrontées à diverses formes de discrimination du fait de leur handicap et de leur genre.

1.9 Équité en matière de santé pour les personnes en situation de handicap

Durée	1 heure
Méthodologie	Activité de groupe + discussion plénière
Ressources	Outil 1: Profils de personnage
Diapositives	80 - 81

Activité : Le jeu de la vie

Passer à la diapositive PowerPoint n° 80

Répartir les participant-e-s au sein de petits groupes de 6 personnes, et les inviter à participer à une activité dénommée **le jeu de la vie** (Sightsavers, 2023b).

Passer à la diapositive PowerPoint n° 81

Distribuer une carte de « profil de personnage » (**Outil 1**) à chaque groupe, en expliquant qu'ils devront s'identifier à leur personnage pendant l'activité suivante.

Chaque profil de personnage contient une image du personnage ainsi que son nom, son genre, son handicap et son statut socioéconomique.

Inviter chaque groupe à sélectionner un-e volontaire qui incarnera le personnage spécifique pendant l'activité. Il est ensuite demandé aux volontaires de faire la queue au milieu de la salle, et de regarder la même direction.

Expliquer qu'ils/elles vont lire l'histoire d'une vie, et faire parcourir aux personnages une trajectoire allant de la naissance à la vieillesse. À chaque événement important de la vie, chaque groupe devra réfléchir à la manière dont son personnage sera impacté, et disposera de quelques secondes pour évoquer et identifier des obstacles que leur personnage pourrait rencontrer.

Insister sur le fait que les membres du groupe doivent se concentrer sur ce qui d'après eux/elles, correspond à la réalité de la situation de ces individus et pas ce qui d'après eux/elles, devrait être moralement correct ou le scénario idéal.

En fonction du consensus au sein de leurs groupes respectifs, à chaque événement de la vie, les volontaires devront faire un pas en avant pour une expérience positive ou réussie ou un pas en arrière pour une expérience négative ou infructueuse.

Expliquer que les volontaires ne sont pas autorisé-e-s à participer à la discussion. Leur rôle consiste simplement à suivre les instructions des membres de leurs groupes.

Demander si quelqu'un a des questions et veillent à ce tout le monde soit prêt pour commencer l'activité. Une fois que tout le monde est prêt, garder le silence pendant quelques instants pour permettre aux participant-e-s de se concentrer et de commencer

l'activité dans la bonne humeur. Avec une voix douce et calme, commencer à lire l'histoire suivante.

Histoire du jeu de la vie

1. Par une belle journée, après une longue attente de neuf mois, votre personnage est venu au monde. Comment votre famille se sent-elle quand elle voit qui vous êtes ? Pensez à leurs réactions et déplacez-vous.
2. Une organisation internationale dirige des camps de vaccination pour les enfants dans la région. Quelle est la probabilité que vous soyez pris-e en charge dans ces camps ? Pensez aux obstacles et déplacez-vous.
3. Maintenant, vous êtes un peu plus âgé-e. La plupart des enfants de votre âge fréquentent l'école où ils/elles bénéficient d'un contrôle de la vue avec l'appui d'un hôpital local. Quelle est la probabilité que vous soyez dépisté-e à l'école ? Pensez aux obstacles et déplacez-vous.
4. Vous êtes maintenant un-e adolescent-e. Les organisations locales mènent des campagnes de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive dans les clubs sociaux et sportifs. Quelle est la probabilité que vous soyez touché-e par ces messages ? Pensez aux obstacles et déplacez-vous.
5. Vous êtes maintenant âgée de 20 ans. Vous voulez gagner de l'argent pour votre famille et faire quelque chose pour soutenir votre communauté. Vous essayez de trouver un emploi rémunéré dans le secteur de la santé. Pourrez-vous en trouver un facilement ? Pensez aux obstacles et déplacez-vous.
6. Tout le monde dans votre groupe d'âge se marie et prévoit d'avoir des bébés. Pourrez-vous le faire facilement ? Pensez aux obstacles et déplacez-vous.
7. Grâce à un programme radio local, les jeunes familles de votre communauté découvrent l'importance de la planification familiale. Pourrez-vous accéder à ces informations facilement ? Pensez aux obstacles et déplacez-vous.
8. À présent, vous avez une quarantaine d'années. Les organisations internationales dirigent des campagnes de sensibilisation et des camps de dépistage du VIH, du paludisme et d'autres maladies. Quelle est la probabilité que vous ayez accès aux informations partagées lors des campagnes, et que vous soyez pris-e en charge pour les dépistages ? Pensez aux obstacles et déplacez-vous.
9. Vous avez une cinquantaine d'années. Aujourd'hui, vous ne vous sentez pas très bien et vous croyez qu'il serait bon d'obtenir de l'aide. Cependant, vous êtes très occupé-e, l'hôpital est très loin et vous avez peur des médecins. Quelle est la probabilité que vous puissiez vous rendre dans un établissement de santé ? Pensez aux obstacles et déplacez-vous.
10. Vous avez réussi à rejoindre un hôpital. Quelle est la probabilité que vous puissiez vous déplacer librement dans l'établissement ? Pensez aux obstacles et déplacez-vous.
11. D'autres patient-e-s de l'hôpital obtiennent des informations auprès du bureau d'accueil, ils/elles discutent de leurs maladies avec les médecins, obtiennent conseil auprès d'un conseiller et achètent des médicaments. Quelle est la probabilité que vous puissiez suivre le même processus ? Pensez aux obstacles et déplacez-vous.
12. Les médecins vous informent que vous devez subir une intervention chirurgicale mineure. À l'heure actuelle, il y a une longue liste d'attente, et ils vous invitent à revenir dans deux semaines pour son intervention chirurgicale. Quelle est la probabilité que vous soyez capable de revenir dans deux semaines ? Pensez aux obstacles et bouger.

À la fin de cette activité, il est probable que les volontaires qui incarnent les différents personnages se trouvent à différents endroits de la salle : certain-e-s d'entre eux-elles auront beaucoup progressé, tandis que d'autres pourraient être près du point de départ - voire derrière.

Inviter les volontaires à rester où ils/elles se trouvent dans la salle, à observer la position des autres personnages et à réfléchir sur l'exercice qu'ils/elles viennent de faire. Poser les questions suivantes - en commençant par le personnage qui est le plus en retard :

- Qu'avez-vous ressenti?
- Étiez-vous d'accord avec les décisions prises pour vous ?
- Auriez-vous fait des choix différents ?

Étant donné que les volontaires n'ont pas été en mesure d'influencer leurs propres vies et sachant qu'ils/elles ont dû suivre les instructions du groupe, ils/elles sont susceptibles d'exprimer leur frustration. Expliquer que le slogan du mouvement pour les droits des personnes en situation de handicap est « **Rien sur nous sans nous** » et ils/elles soulignent l'importance de la participation des personnes en situation de handicap dans les décisions qui ont un impact sur elles.

Inviter les participant-e-s à faire part de leurs réflexions. Dans le cadre de cette réflexion, signaler les dynamiques spécifiques liées à l'intersection du handicap, du genre et du statut socioéconomique. Par exemple :

- Pourquoi un certain personnage est-il resté derrière ?
- Est-ce que c'était à cause de son handicap ?
- Le genre a-t-il joué un rôle ?
- Qu'en est-il de leur niveau de richesse ou de pauvreté ?

À la fin de la réflexion de groupe, rappeler aux participant-e-s qu'il s'agissait seulement d'un exercice, les résultats de l'activité s'appuient sur les hypothèses formulées par chaque groupe et ils ne sont pas représentatifs des expériences réelles de l'ensemble des personnes en situation de handicap. Donc pas toutes les personnes qui présentent des caractéristiques similaires à celles des personnages connaîtront les mêmes résultats au cours de leur vie. Le but de l'activité était juste de permettre aux participant-e-s de réfléchir sur les obstacles potentiels rencontrés par les personnes en situation de handicap dans l'accès aux soins - et l'interaction de différentes identités et de facteurs individuels.

Terminer l'activité en remerciant l'ensemble des participant-e-s et en les invitant à rejoindre leur place.

1.10 Exigences en matière de santé des personnes en situation de handicap

Durée	20 minutes
Méthodologie	Discussion en plénière
Ressources	<ul style="list-style-type: none">• Post-its• Ruban adhésif (au cas où les post-its ne collent pas bien au papier du tableau à feuilles mobiles)• Stylos• Tableau à feuilles mobiles
Diapositives	82 -

Passer à la diapositive PowerPoint n°82

Explorer les exigences en matière de santé des personnes en situation de handicap

Inviter les participant-e-s à **réfléchir sur les services de santé dont peuvent avoir besoin les personnes en situation de handicap** et de les noter sur des post-its.

Chaque participant-e peut utiliser autant de post-its qu'il/elle le souhaite pour suggérer les services qui à son avis, sont pertinents. Encourager les participant-e-s à penser aux personnages du « jeu de la vie », et à s'inspirer de leurs expériences personnelles et professionnelles.

Après quelques minutes, inviter les participant-e-s à coller les post-its sur un tableau à feuilles mobiles. Classer les ensuite par thème et utiliser du ruban adhésif pour les coller correctement sur le tableau à feuilles mobiles.

Une fois que tous les post-its ont été répartis, passer en revue les suggestions avec les participant-e-s en plénière, et stimuler une conversation sur le type de services qui ont été mis en évidence. Les facilitateur-trice-s peuvent utiliser les questions indicatives ci-dessous pour lancer la conversation :

- Quels sont les services qui ont été le plus fréquemment suggérés ?
- Des services de santé générale sont-ils demandés par la population entière, ou des services spécifiques sont-ils demandés par des personnes en situation de handicap ?
- Y a-t-il un domaine important qui est manquant - et pourquoi ?

En fonction des suggestions des participant-e-s et des réponses données à ces questions, inviter les participant-e-s à réfléchir sur leurs propres hypothèses et préjugés. Par exemple, si personne ou très peu de personnes ont indiqué les services de santé et de droits sexuels et reproductifs, demander aux participant-e-s pourquoi, d'après eux/elles, cette réponse n'a pas été citée pendant l'exercice. Pendant ce processus, les participant-e-s peuvent se

rendre compte qu'ils/elles n'ont jamais pensé aux personnes en situation de handicap comme des personnes qui sont sexuellement actives, qui peuvent vouloir fonder une famille, et qui peuvent avoir besoin d'accéder aux informations et aux services. Cependant, il incombe aux facilitateur-trice-s de veiller à ce que les participant-e-s se sentent à l'aise pour partager leurs réflexions dans un espace sécurisé, sans crainte d'être jugé-e.

Passer aux diapositives PowerPoint n°83 et 84

Comprendre les exigences en matière de santé des personnes en situation de handicap

Expliquer qu'**en matière de santé, les personnes en situation de handicap ont les mêmes exigences que n'importe qui d'autres** : par exemple, les enfants en situation de handicap ont besoin d'accéder aux vaccinations, et les femmes en situation de handicap ont besoin d'accéder aux services de santé sexuelle et reproductive.

Dans le même temps, il est **plus probable** que les personnes en situation de handicap aient **des problèmes de santé mentale et physique**, et qu'ils **aient des exigences précises en matière de santé**, liées à des affections secondaires ou à des comorbidités associées à leur handicap principal ou à une maladie sous-jacente (Organisation mondiale de la Santé, 2022). Par exemple :

- Près de 50 pour cent des personnes présentant un syndrome de Down sont nées avec une cardiopathie congénitale et beaucoup d'entre elles sont touchées par une forte prévalence de difficultés visuelles comme par exemple, les erreurs de réfraction.
- Un pourcentage élevé d'utilisateurs-trices de fauteuil roulant sont exposé-e-s aux ulcères de pression au cours de leur vie.
- Les personnes en situation de handicap et touchées par des maladies de santé mentale comme la schizophrénie présentent une prévalence plus élevée de diabète par rapport au reste de la population, et peuvent avoir une prévalence plus élevée de maladies chroniques et de morbidités en raison de la négligence à l'égard de leurs problèmes de santé générale.

En outre, **beaucoup de personnes en situation de handicap ont besoin** d'accéder à des services de santé spécialisés et de rééducation (comme la physiothérapie ou les appareils fonctionnels), et un grand nombre de personnes en situation de handicap sont exposées à un risque accru de problèmes de santé physique et de maladie mentale en raison d'une exposition plus élevée à des facteurs sociaux négatifs pour la santé, comme la pauvreté, la stigmatisation et la discrimination de même que la violence et la maltraitance. De nouvelles preuves anecdotiques indiquent que les personnes en situation de surdicécité sont exposées à un risque accru de problèmes de santé mentale en raison du manque de soutiens de base, d'isolement social et des difficultés de communication, et cela peut conduire à des troubles psychosomatiques (autrement dit des problèmes de santé physique causés par un stress de longue date) outre les problèmes de santé mentale chez les personnes en situation de surdicécité et les membres de leur famille (Fédération mondiale des personnes sourdaveugles, 2023). Les personnes en situation de surdicécité déploient beaucoup d'efforts pour s'adapter à un double handicap sensoriel et interagir avec l'environnement, ce qui peut éprouver le corps et l'esprit. Les attentes sociales et l'inclination du cerveau en quête d'informations peuvent impacter la santé mentale, chaque jour. Par

ailleurs, l'énergie dépensée face à des stratégies de communication indifférentes ou au manque d'approches spécifiques en matière de surdité pendant les interactions a aussi une incidence sur la santé mentale.

Sur la base de tous ces facteurs, les **personnes en situation de handicap sont susceptibles d'avoir plus de besoins en termes de services de santé générale et spécialisée et de rééducation** par rapport au reste de la population.

Fin du jour 1

Durée	10 minutes
Méthodologie	Discussion en plénière
Ressources	-
Diapositives	85

Passer à la diapositive PowerPoint n°85

Remercier les participant-e-s de s'être activement impliqué-e-s et leur demander si quelqu'un a une dernière question avant de conclure le premier jour de la formation.

Demander aux participant-e-s de rendre les outils qu'ils/elles leur ont distribué pendant les activités de groupe. **Veiller à leur rappeler que pour la journée suivante de formation ils/elles devront apporter les documents qui leur auront été distribués la veille ou les jours précédents.**

Avant de conclure, procéder à des rappels logistiques concernant le deuxième jour de formation, comme l'heure d'arrivée, etc.

Jour 2 : L'équité en matière de santé pour les personnes en situation de handicap

2.1 Accueil et récapitulatif de la journée précédente

Durée	40 minutes
Méthodologie	Activité de groupe + discussion plénière
Ressources	<ul style="list-style-type: none">• 2 feuilles de tableau à feuilles mobiles• Marqueurs• Post-its• Ruban adhésif (au cas où les post-its ne collent pas bien au papier de tableau à feuilles mobiles)
Diapositives	86 - 87

Passer à la diapositive PowerPoint n°86

Au début de cette section, accueillir les participant-e-s avant de les inviter à prendre part à une activité interactive pour récapituler les principaux enseignements du jour précédent.

Passer à la diapositive PowerPoint n°87

Ecrire en haut de la feuille de tableau à feuilles mobiles « Ce que j'ai appris hier », et sur une autre feuille, ils/elles écrivent « questions sur la formation d'hier ».

Dire à tout le monde de noter un enseignement tiré de la formation de la veille sur un post-it et noter une question destinée au groupe concernant ce qui a été enseigné au groupe la veille, sur un autre post-it.

Inviter les personnes à coller leur post-its sur leurs feuilles de tableau à feuilles mobiles.

Inviter alors une personne à se porter volontaire pour lire les enseignements énumérés par les participant-e-s. Demander aux participant-e-s si des enseignements attirent leur attention et pourquoi.

Ensuite inviter un-e autre participant-e à lire à haute voix les questions rédigées sur des post-its une par une et encourager le groupe élargi à y répondre.

2.2 Les personnes en situation de handicap sont confrontées à des problèmes de santé plus graves

Durée	20 minutes
Méthodologie	Discussion en plénière
Ressources	Vidéo
Diapositives	88 - 93

Passer à la diapositive PowerPoint n°89

Ouvrir cette session en montrant un petit film explorant l'accès des personnes en situation de handicap aux soins (Organisation mondiale de la Santé et al, 2021a).

Expérience des personnes en situation de handicap en matière d'accès aux soins de santé

Montrer cette courte vidéo dans laquelle des personnes handicapées de différents pays partagent leurs expériences en matière d'accès aux soins de santé.



Link: www.youtube.com/watch?v=TKzgi5jmgQM

Inviter les participant-e-s à partager leurs réflexions sur les témoignages qu'ils/elles viennent d'entendre.

Ensuite, expliquer que les personnes en situation de handicap ont des besoins plus importants en termes de services de santé générale et spécialisée et de rééducation par

rapport au reste de la population, en moyenne, **elles sont confrontées à des problèmes de santé plus graves** que le reste de la population.

Passer aux diapositives PowerPoint n°90 et 91

Partager quelques statistiques avec les participant-e-s :

Résultats des personnes en situation de handicap en matière de santé

Selon le dernier **Rapport mondial sur l'équité en santé pour les personnes handicapées de l'OMS (2022)** :

- Les personnes en situation de handicap sont exposées à un risque plus de deux fois plus élevé de développer des maladies comme le diabète, une attaque ou la dépression.
- Les établissements de santé inaccessibles sont jusqu'à six fois plus entravants pour les personnes en situation de handicap en comparaison avec les personnes sans handicap.
- Les personnes présentant un syndrome de Down meurent 20 ans plus jeunes, en moyenne, que la population générale.
- Les taux de mortalité des personnes vivant avec un trouble de l'apprentissage sont six fois plus élevés que ceux de la population générale.

Le **Missing Billion report** publié récemment a aussi mis en exergue des résultats disproportionnés pour les personnes en situation de handicap, en matière de santé. Par exemple

Passer à la diapositive PowerPoint n°92 et 93

- Les personnes en situation de handicap étaient **2,8 fois plus susceptibles de mourir de la COVID-19** que leurs pairs sans handicap à travers le monde.
- Les enfants en situation de handicap ont **26 % de chances d'avoir une infection respiratoire aiguë**, en comparaison avec les enfants sans handicap.
- Les enfants présentant plusieurs handicaps dans le quintile de richesse le plus pauvre ont la **couverture vaccinale de base la plus basse** (34 %) par rapport à la moyenne des enfants sans handicap (58 %).

De plus, le deuxième rapport global sur la situation des personnes ayant une surdicécité (2023) indique que :

- 22 % des enfants en situation de surdicécité souffrent d'émaciation, un signe de malnutrition, ce qui est deux fois plus élevé que chez les enfants sans handicap.
- Les enfants en situation de surdicécité ont 24 % de chances en plus de subir un retard de croissance en comparaison avec les enfants sans handicap.

Pour en savoir plus, voir :

- **Télécharger le Rapport mondial sur l'équité en santé pour les personnes handicapées de l'OMS**
- **Télécharger le résumé analytique du rapport de l'OMS**
- **Télécharger le Missing Billion report**
- **Télécharger le Deuxième rapport global sur la situation des personnes ayant une surdicécité 2023**

Expliquer que **beaucoup des différences observées dans les résultats de santé entre les personnes en situation de handicap et les personnes sans handicap ne peuvent pas être expliquées par les maladies ou les handicaps sous-jacents**. Elles sont plutôt associées à des facteurs injustes qui sont évitables. Il s'agit d'**iniquités en matière de santé**.

Expliquer qu'en vertu du droit international des droits humains, les pays doivent **veiller à ce que les cadres juridiques et politiques ne discriminent pas sur la base du handicap, et prendre des mesures contre les formes multiples et croisées de discrimination** auxquelles les personnes en situation de handicap font face dans le secteur de la santé et au-delà.

La lutte contre les iniquités subies par les personnes en situation de handicap en matière de santé est cruciale. Il s'agit non seulement de faire en sorte qu'elles jouissent des mêmes droits inhérents à la norme la plus élevée de santé, mais aussi d'atteindre les objectifs prioritaires de santé, comme la progression vers la couverture sanitaire universelle.

Expliquer plus en détail que la lutte contre les iniquités subies par les personnes en situation de handicap bénéficie à tous. La promotion de systèmes et de services de santé plus inclusifs à l'égard du handicap, contribuera à atteindre d'autres populations marginalisées comme les personnes âgées, les migrant-e-s et les réfugié-e-s ainsi que les personnes qui vivent avec des maladies non transmissibles.

2.3 Le droit des personnes en situation de handicap à la norme la plus élevée de santé

Durée	30 minutes
Méthodologie	Présentation
Ressources	
Diapositives	94-104

Passer à la diapositive PowerPoint n°94

Expliquer que **les personnes en situation de handicap ont le même droit à la norme la plus élevée de santé que n'importe quel être humain**. Ce droit est inhérent, universel et inaliénable et est inscrit dans le droit international par le biais des traités relatifs aux droits humains, de même que les cadres juridiques nationaux.

Passer à la diapositive PowerPoint n°95

Si cela s'avère utile, se référer aux encadrés ci-dessous pour donner un aperçu des cadres juridiques et des politiques pertinents :

Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH)

- Édictée en 1948, après la Deuxième Guerre mondiale pour définir et protéger les droits élémentaires de chaque être humain.
- La DUDH comprend 30 droits et libertés, y compris le droit à ne pas être soumis à la torture, le droit à la liberté d'expression et le droit à l'éducation.
- Les droits figurant dans la DUDH constituent le fondement du droit international relatif aux droits humains.

Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

- Traité relatif aux droits humains qui se concentre précisément sur l'égalité entre les femmes et les hommes dans tous les domaines de la vie.
- Il constitue le fondement de l'égalité entre femmes et hommes dans de nombreux domaines, notamment l'éducation, l'emploi, la vie politique et publique, les soins de santé, le mariage et les relations familiales.

Passer aux diapositives PowerPoint n°96, 97, 98

Coup de projecteur sur l'article 25 de la CDPH, droit à la santé :

Les États Parties reconnaissent que les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. Ils prennent toutes les mesures appropriées pour leur assurer l'accès à des services de santé qui prennent en compte les sexospécificités, y compris des services de réadaptation. En particulier, les États Parties :

1. Fournissent aux personnes handicapées des services de santé gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes, y compris des services de santé sexuelle et génésique et des programmes de santé publique communautaires ;
2. Fournissent aux personnes handicapées les services de santé dont celles-ci ont besoin en raison spécifiquement de leur handicap, y compris des services de dépistage précoce et, s'il y a lieu, d'intervention précoce, et des services destinés à réduire au maximum ou à prévenir les nouveaux handicaps, notamment chez les enfants et les personnes âgées ;
3. Fournissent ces services aux personnes handicapées aussi près que possible de leur communauté, y compris en milieu rural ;
4. Exigent des professionnels de la santé qu'ils dispensent aux personnes handicapées des soins de la même qualité que ceux dispensés aux autres, notamment qu'ils obtiennent le consentement libre et éclairé des personnes handicapées concernées ; à cette fin, les États Parties mènent des activités de formation et promulguent des règles déontologiques pour les secteurs public et privé de la santé de façon, entre autres, à sensibiliser les personnels aux droits de l'homme, à la dignité, à l'autonomie et aux besoins des personnes handicapées ;
5. Interdisent dans le secteur des assurances la discrimination l'encontre des personnes handicapées, qui doivent pouvoir obtenir des conditions équitables et raisonnables une assurance maladie et, dans les pays où elle est autorisée par le droit national, une assurance-vie ;
6. Empêchent tout refus discriminatoire de fournir des soins ou services médicaux ou des aliments ou des liquides en raison d'un handicap.

Coup de projecteur sur l'article 26 de la CDPH : Adaptation et réadaptation

- Les États Parties prennent des mesures efficaces et appropriées, faisant notamment intervenir l'entraide entre pairs, pour permettre aux personnes handicapées d'atteindre et de conserver le maximum d'autonomie, de réaliser pleinement leur potentiel physique, mental, social et professionnel, et de parvenir à la pleine intégration et à la pleine participation à tous les aspects de la vie. À cette fin, les États Parties organisent, renforcent et développent des services et programmes diversifiés d'adaptation et de réadaptation, en particulier dans les domaines de la santé, de l'emploi, de l'éducation et des services sociaux, de telle sorte que ces services et programmes :
- Commencent au stade le plus précoce possible et soient fondés sur une évaluation pluridisciplinaire des besoins et des atouts de chacun.
- Facilitent la participation et l'intégration à la communauté et à tous les aspects de la société, soient librement acceptés et soient mis à la disposition des personnes handicapées aussi près que possible de leur communauté, y compris dans les zones rurales.
- Les États Parties favorisent le développement de la formation initiale et continue des professionnels et personnels qui travaillent dans les services d'adaptation et de réadaptation.
- Les États Parties favorisent l'offre, la connaissance et l'utilisation d'appareils et de technologies d'aide, conçus pour les personnes handicapées, qui facilitent l'adaptation et la réadaptation.

Coup de projecteur sur l'handicap et objectifs de développement durable

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 est un plan ambitieux de la communauté internationale en vue d'un monde en paix et prospère, où la dignité d'une personne et l'égalité entre tous les individus constituent un principe fondamental.

Le Programme 2030 et les objectifs de développement durable (ODD) sont étayés par un engagement à « ne laisser personne de côté ». Pour tenir cet engagement, il faut impérativement garantir la participation, sur un pied d'égalité, des personnes en situation de handicap dans tous les secteurs de la société, conformément à la CDPH des Nations Unies.

Le tout premier rapport des Nations Unies sur le handicap et les ODD publié en 2018 démontre clairement que les personnes en situation de handicap sont désavantagées par rapport à la plupart des ODD.

Lire davantage sur le handicap et les ODD.

Expliquer qu'en dépit des progrès accomplis ces dernières années, la plupart des pays du monde sont loin d'appliquer le droit à la norme la plus élevée de santé pour les personnes en situation de handicap qui continuent de subir un grand nombre d'iniquités en matière de santé.

2.4 La santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) des personnes en situation de handicap

Durée	1 heures et 15 minutes
Méthodologie	Activité de groupe
Ressources	<ul style="list-style-type: none">• Outil 2a : Cartes d'activités : affirmations relatives à la SDSR inclusifs en termes de handicap• Outil 2b : Notes des facilitateur-trice-s : affirmations relatives à la SDSR inclusifs en termes de handicap• Ciseaux
Diapositives	105-113

Passer à la diapositive PowerPoint n°105

Réitérer l'idée que pour qu'une personne en situation de handicap exerce leur droit à la norme la plus élevée de santé, elle doit avoir accès à des services de santé de qualité et accessibles. Cela inclut l'accès à tout l'éventail de services de SDSR. Les participant-e-s peuvent être invité-e-s à partager une liste de services dans un premier temps, et à faire part de réflexions sur la situation de ces services dans le contexte local.

Si cela s'avère utile, se référer à l'encadré ci-dessous pour donner un aperçu des services complets de SDSR, tels que définis par la Commission Guttmacher-Lancet sur la SSR.

Passer aux diapositives PowerPoint n°106, 107 et 108

Commission Guttmacher-Lancet : Paquet essentiel d'interventions de santé sexuelle et reproductive

- Informations et conseils précis sur la santé sexuelle et reproductive, y compris l'éducation complète à la sexualité fondée sur des données probantes.
- Prévention, dépistage et prise en charge de la violence sexuelle et basée sur le genre.
- Un choix de méthodes contraceptives sûres et efficaces.
- Informations, conseils et soins liés à la fonction et à la satisfaction sexuelle.
- Soins prénatals, obstétriques et postnatals sûrs et efficaces.
- Services et soins liés à l'avortement sans risques et efficaces.
- Prévention, prise en charge et traitement de l'infertilité.
- Prévention, dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles y compris le VIH et les infections de l'appareil génital.
- Prévention, dépistage, et traitement des cancers de l'appareil génital.

Pour en savoir plus, voir : [Commission Guttmacher-Lancet sur la SDSR](#)

Activité : Quelle est votre position ?

Travail préparatoire au préalable

Pour préparer cette activité, les facilitateur-trice-s devront :

- Couper les bandes comportant les affirmations figurant dans l'« Outil 2a : Cartes d'activités : affirmations relatives à la SDSR inclusifs en termes de handicap. »
- Préparer deux tableaux à feuilles mobiles avec les mots « Tout à fait d'accord » ou « Pas du tout d'accord » et les placer aux coins opposés de la salle.

Le jour J

Inviter les participant-e-s à participer à une activité de groupe dénommée « **Quelle est votre position ?** » et **expliquer les règles suivantes** :

- Montrer une pile de cartes et expliquer que chaque bande comporte une affirmation.
- Chacun leur tour, demander aux participant-e-s de choisir une carte au hasard et de lire l'affirmation à l'ensemble du groupe.
- Pour chaque affirmation, chaque participant-e (qui a choisi une carte) devra réfléchir de manière indépendante, sur son opinion concernant l'affirmation et se positionner en conséquence, par rapport aux deux tableaux à feuilles mobiles. Par exemple :
 - S'ils/si elles sont tout à fait d'accord avec l'affirmation, ils/elles devront se déplacer vers le coin où se trouve l'affiche « tout à fait d'accord ».
 - S'ils/si elles ne sont pas du tout d'accord avec l'affirmation, ils/elles devront se déplacer vers le coin où se trouve l'affiche « pas du tout d'accord ».
 - S'ils sont en partie d'accord ou en partie en désaccord, ou s'ils/si elles n'ont pas un avis arrêté sur l'affirmation, ils/elles peuvent rester au centre ou se déplacer légèrement vers une des affiches.
- Expliquer que chaque personne a une histoire unique (par exemple, l'endroit où nous vivons, notre parcours scolaire, notre éducation, etc.) - et nos histoires influencent la manière dont nous percevons le monde autour de nous. Par conséquent, insister sur le fait qu'ils/elles sont dans un espace sûr où tou-te-s les participant-e-s ont le droit de partager leurs points de vue de manière respectueuse - car cela constitue un aspect fondamental de notre processus d'apprentissage.
- Demander si quelqu'un a des questions et apporter les clarifications nécessaires.
- Les participant-e-s sont invité-e-s à garder le silence pendant quelques secondes pour préparer l'activité.
- Demander aux participant-e-s de choisir une carte au hasard et de lire l'affirmation à l'ensemble du groupe.
- Lorsque l'ensemble des participant-e-s ont choisi leur position, demander aux participant-e-s de regarder autour d'eux/d'elles, et d'inviter un-e ou plusieurs volontaires à partager leurs réflexions quant aux raisons pour lesquelles ils/elles ont choisi leur positionnement.
- Refaire l'exercice jusqu'à ce que toutes les cartes aient été abordées.



Gérer les conversations controversées

Durant cette activité, tou-te-s ou la plupart des participant-e-s peuvent réagir de la même manière par rapport à une affirmation spécifique, car ils/elles peuvent tou-te-s être d'accord ou ne pas l'être.

Dans certaines situations, cependant, les participant-e-s peuvent être partagé-e-s et donner des points de vue très différents sur un sujet spécifique - **et certain-e-s participant-e-s peuvent partager des opinions controversées ou potentiellement stigmatisantes.**

Dans ces circonstances, il est très important de maîtriser la situation. Au lieu de laisser les participant-e-s sans réponse, saisir cette occasion pour demander au groupe de partager ses réflexions sur les opinions évoquées, par exemple en :

- explorant les causes profondes de certains points de vue ;
- demandant aux participant-e-s de réfléchir sur les conséquences potentiellement négatives de certaines croyances ou opinions aux niveaux individuel et communautaire ;
- proposant d'autres points de vue sur le même sujet.

Utiliser « **Outil 2b : notes des facilitateur-trice-s - affirmations relatives à la SDRS inclusifs en termes de handicap** » pour guider certaines des conversations avec les participant-e-s.

À la fin de cet exercice, **mettre en évidence la manière dont la stigmatisation et la coercition sont des problèmes clés qui ont des répercussions sur l'accès des personnes en situation de handicap à la SDRS**, à l'aide des directives fournies dans les encadrés ci-dessous :

Passer aux diapositives PowerPoint n°110 et 111

Coup de projecteur sur la stigmatisation

Les personnes en situation de handicap se voient **refuser les informations de SDR, le droit d'avoir des relations et de décider si, quand et avec qui fonder une famille.**

Elles sont confrontées à la stigmatisation, aux attitudes négatives et à la **discrimination de la part des familles, des communautés et des agents de santé.**

Les **préjugés sociaux** comprennent les mythes selon lesquels les personnes en situation de handicap sont **asexuels ou hypersexuels**, elles ne seraient **pas susceptibles de subir des violences sexuelles** et selon lesquels leurs **handicaps ne sont pas compatibles avec le désir et l'activité sexuels.**

Certains groupes de personnes en situation de handicap sont confrontés à plus d'obstacles que d'autres en matière d'accès aux services de SDR dont ils ont besoin. C'est le cas par exemple des personnes en situation de surdité, des personnes en situation de handicap intellectuel et des personnes présentant des maladies mentales et des handicaps psychosociaux.

Passer aux diapositives PowerPoint n°112 et 113

Coup de projecteur sur la coercition

Les personnes en situation de handicap - et en particulier les femmes et les filles - sont exposées à des pratiques comme la **stérilisation, la contraception et l'avortement forcés.**

Historiquement justifiée en raison de l'**eugénisme ; de la gestion de la menstruation ; de la prévention des violences sexuelles ; de la prévention des grossesses non planifiées ; et de la charge financière sur les membres de la famille.**

Également liée à **des croyances fausses et discriminatoires selon lesquelles les personnes en situation de handicap donneront inévitablement naissance à des enfants en situation de handicap** et à une **idée fausse selon laquelle ils/elles ne seraient pas capables de prendre soin de leurs enfants.**

2.5 Politiques, législations et directives inclusives en matière de SDSR

Durée	30 minutes
Méthodologie	Présentation
Ressources	-
Diapositives	114 -115

Passer à la diapositive PowerPoint n°114

Dans le prolongement de la séance précédente, réitérer ce concept fondamental :

Les personnes en situation de handicap ont les mêmes besoins que les autres personnes, en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs.

Demander aux participant-e-s de partager en plénière tout cadre, toute politique nationale ou traité international en rapport avec la SDSR des personnes en situation de handicap.

Suite à la discussion de groupe, fournir un bref aperçu des politiques et des cadres suivants.

Passer à la diapositive PowerPoint n°115

Coup de projecteur sur la SDSR dans la CDPH

Article 23 :

Interdit la discrimination à l'égard des personnes en situation de handicap dans tout ce qui a trait au mariage, à la famille, à la fonction parentale et aux relations personnelles ;

Les personnes en situation de handicap ont le droit de décider librement du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances ainsi que le droit d'avoir accès, de façon appropriée pour leur âge, à l'information et à l'éducation en matière de procréation et de planification familiale.

Coup de projecteur sur la SDSR dans la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

Article 16:

Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans toutes les questions découlant du mariage et dans les rapports familiaux et, en particulier, assurent, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme (Assemblée générale des Nations Unies, 1979):

- Le même droit de contracter mariage - les mêmes droits et les mêmes responsabilités au cours du mariage et lors de sa dissolution ;
- Le même droit de choisir librement son conjoint et de ne contracter mariage que de son libre et plein consentement ;
- En tant que parents, quel que soit leur état matrimonial, pour les questions se rapportant à leurs enfants ;
- Les mêmes droits de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits.

SDSR dans les ODD

Objectif 3, cible 3.7 : D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2015).

Objectif 5, cible 5.6 : Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation

Observation générale n° 3 (2016) sur les femmes et les filles handicapées

« Les femmes handicapées ont le droit de décider du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances, et le droit d'être maîtresses de leur sexualité, y compris leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence. » (Comité des droits des personnes handicapées, 2016).

« Toutes les femmes handicapées doivent pouvoir exercer leur capacité juridique et prendre leurs propres décisions...notamment prendre leurs propres décisions pour ce qui est de préserver leur fécondité et leur autonomie en matière de procréation, exercer leur droit de décider du nombre de leurs enfants et de l'échelonnement des naissances, consentir à une déclaration de paternité et l'accepter, et exercer leur droit d'établir des relations. »

2.6 Résultats des personnes en situation de handicap en matière de SDR

Durée	15 minutes
Méthodologie	Discussion en plénière
Ressources	Vidéo
Diapositives	116 - 119

Passer à la diapositive PowerPoint n°117

Ouvrir cette séance en montrant un petit film qui porte sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

L'expérience de l'accès aux services de SDR

Montrer un petit film, dans lequel les personnes en situation de handicap de différents pays partagent leur expérience en matière d'accès aux informations de SDR et de santé (Organisation mondiale de la Santé et al, 2021b).



Link: <https://www.youtube.com/watch?v=LFzBcwC2qqg>

Inviter les participant-e-s à partager leurs réflexions sur les témoignages qu'ils/elles viennent d'entendre.

Expliquer que les données de qualité font défaut en matière d'accès des personnes en situation de handicap à la SDSR. Les données disponibles montrent néanmoins que les résultats de SDSR ne sont pas satisfaisants en ce qui concerne la moyenne des personnes en situation de handicap par rapport à l'ensemble de la population. Partager quelques statistiques avec les participant-e-s.

Passer à la diapositive PowerPoint n°118 et 119

Résultats des personnes en situation de handicap en matière de SDSR

Le **Missing Billion report** publié récemment a mis en évidence des résultats de santé disproportionnés pour les personnes en situation de handicap. Par exemple :

- En Afrique subsaharienne, les adultes en situation de handicap sont **moins susceptibles d'avoir des informations complètes sur la prévention et la transmission du VIH** (23 %) par rapport aux personnes en situation de handicap (33 %).
- La **couverture par la contraception moderne** des femmes en situation de handicap est **plus faible** (44 %) que celle des femmes sans handicap (48 %).
- D'après l'examen systématique des 29 études issues de 7 pays - les femmes en situation de handicap ont **25 % de chances en moins de subir un dépistage du cancer du sein** et ont **37 % de chances en moins de subir un dépistage du cancer du col de l'utérus** par rapport à leurs paires sans handicap.

2.7 Promouvoir l'équité en matière de santé pour les personnes en situation de handicap

Durée	1 heure et 30 minutes
Méthodologie	Activités de groupe
Ressources	<ul style="list-style-type: none">• Document 2: Vue d'ensemble des groupes de handicap• Outil 3 : Recette de l'équité sanitaire• Tableau à feuilles mobiles• Marqueurs• Ciseaux
Diapositives	120 - 123

Passer à la diapositive PowerPoint n°120

Activité : Promouvoir l'équité en matière de santé

Inviter les participant-e-s à se référer au « Document 2 : Vue d'ensemble des groupes de handicap ».

Répartir les participant-e-s au sein de quatre groupes, chacun se concentrant sur un groupe spécifique, de la manière suivante :

- **Groupe 1** : Personnes présentant des déficiences visuelles.
- **Groupe 2** : Personnes présentant un handicap auditif.
- **Groupe 3** : Personnes en situation de handicap physique.
- **Groupe 4** : Personnes en situation de handicap cognitif ou intellectuel.

Passer à la diapositive PowerPoint n°121

Chaque groupe est invité à réfléchir sur la question suivante :



1. Quels sont les obstacles auxquels pourraient être confrontées les personnes qui font partie de ce groupe de handicap dans leur accès aux services de SDSR ?

Par exemple, envisager les points suivants :

- Accès aux informations sanitaires dans la communauté (via les agents de santé de proximité, les radios, les brochures, etc.)
- Aller à l'établissement de santé.
- Entrer dans et se déplacer dans les établissements de santé (y compris l'utilisation des toilettes, etc.).
- Faire la queue.
- Surcharge sensorielle au sein de l'établissement.
- Communiquer avec le personnel.
- Durée requise pour une consultation.
- Soutien requis pendant une consultation.
- Accéder à et comprendre les informations, les prescriptions, etc.
- Fournir un consentement libre et éclairé.
- Paiement des services.
- Aidant-e-s/familles prenant des décisions pour les personnes en situation de handicap.
- Obstacles à la communication entre les prestataires de soins et les personnes en situation de handicap.

Une fois que les participant-e-s ont eu la possibilité de passer en revue des obstacles potentiels, chaque groupe est invité à réfléchir sur la question suivante :



2. Qu'est-ce qui pourrait être fait pour surmonter ces obstacles et promouvoir un accès équitable à la SDSR ?

Suite à l'activité de groupe, chaque groupe partage des réflexions clés en plénière, et d'autres groupes font part de leurs réactions et d'autres suggestions.

À la fin de l'activité, inviter le groupe à participer à une dernière activité durant laquelle chaque participant-e pourra explorer le rôle qu'il/elle pourra jouer au niveau individuel pour améliorer l'accès à la SDSR des personnes en situation de handicap.

Activité : La recette de l'équité sanitaire

Travail préparatoire au préalable

Préparer cette activité avant le début de la formation, à l'aide de l'« Outil 3 : recette de l'équité sanitaire » et après ces étapes simples :

- Imprimer un exemplaire de l'« Outil 3 : recette de l'équité sanitaire » pour chaque groupe. Par exemple : si vous prévoyez de répartir les participant-e-s au sein de 4 groupes, imprimer 4 exemplaires de ce document.
- Important : veiller à imprimer le document sur le « recto » seulement. Si possible, utiliser l'impression couleur.
- Une fois que toutes les copies ont été imprimées, couper chaque feuille le long des pointillés.
- Une fois que toutes les bandes ont été découpées, créer une pile pour chaque groupe, avec tous les cartes d'ingrédients et d'ustensiles.
- Si vous avez suivi ces étapes correctement, chaque groupe doit être en mesure de choisir un exemplaire de chaque carte d'ingrédients et d'ustensiles, de même que plusieurs cartes d'épices secrètes.

Le jour J.

Passer à la diapositive PowerPoint n°122

Expliquer que tout le monde peut jouer un rôle dans la promotion d'un meilleur accès aux soins pour les personnes en situation de handicap. Par conséquent, dans cette activité, les participant-e-s sont encouragé-e-s à **préparer leur propre « recette d'équité sanitaire »**.

Répartir les participant-e-s au sein de quatre groupes et distribuer la pile de cartes d'ingrédients et d'ustensiles à chaque groupe. Expliquer que la pile dont dispose chaque groupe comprend les deux principaux types de cartes :

- **Ingrédients de l'équité sanitaire** : Chacune de ces cartes comprend une **action** recommandée pour promouvoir l'inclusion du handicap dans le secteur de la santé.
- **Ustensiles de l'équité sanitaire** : Chacune de ces cartes comprend un **outil** recommandé pouvant être utilisé pour appuyer des actions spécifiques.

Les participant-e-s sont invité-e-s à explorer avec leurs groupes les **cartes des ingrédients et des ustensiles de l'équité sanitaire**. En réfléchissant sur la position qu'ils occupent dans le secteur de la santé, ils sont encouragés à réfléchir sur les **rôles qu'ils jouent pour promouvoir une meilleure inclusion du handicap** - et à identifier les **meilleurs ingrédients pour leurs recettes**.

Expliquer que quelques épices supplémentaires pourraient agrémenter les recettes. Bien que certains ingrédients et ustensiles soient disponibles dans la cuisine, les participant-e-s trouveront aussi des cartes vierges sur les **épices secrètes de l'équité sanitaire** qu'ils/elles

peuvent utiliser pour écrire leurs propres épices secrètes - d'autres interventions ou outils qui d'après eux/elles, pourraient être particulièrement efficaces dans le contexte local pour promouvoir l'équité sanitaire pour les personnes en situation de handicap.

Inviter les participant-e-s à choisir les ingrédients et les ustensiles d'équité sanitaire disponibles qui d'après eux/elles, seraient les plus adaptés pour leur recette - en leur rappelant d'ajouter leurs épices secrètes.

Pour guider leur réflexion, les participant-e-s peuvent s'inspirer des questions suivantes :

Passer à la diapositive PowerPoint n°123

- À quelles activités participez-vous en général ?
- Qui sont les personnes que vous pouvez influencer ?
- Quelles sont les ressources que vous pourriez mobiliser pour votre recette ?
- Quels ingrédients et quels outils peuvent être incorporés dans vos projets et vos activités existants ?
- Quelles sont les nouvelles initiatives que vous pourriez proposer, en ayant recours aux mesures et aux outils recommandés ?

Après un certain temps, quand tous les groupes ont sélectionné leurs cartes préférées, inviter chaque groupe (un par un) à partager les ingrédients, les ustensiles et les épices qu'ils ont choisis - en expliquant aux autres pourquoi ils ont choisi ces cartes, comment ils prévoient de conduire ces activités et utiliser ces outils.

À la fin de la session, les participant-e-s sont invité-e-s à conserver leurs cartes et à les apporter au travail, comme rappels des points d'entrée qu'ils/elles ont identifiés et des engagements qu'ils/elles ont pris.

2.8 Articles clés de la CDPH en matière de consentement éclairé et de protection au sein des services de SSR

Durée	30 minutes
Méthodologie	Quiz en plénière
Ressources	-
Diapositives	124 - 133

Passer à la diapositive PowerPoint n°124

Inviter les participant-e-s à prendre part à un bref quiz sur les articles clés de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, en ce qui concerne le consentement éclairé et la protection.

À l'aide du jeu de diapositives, poser une question à la fois et demander à quelques participant-e-s de répondre avant de révéler la bonne réponse. Après avoir révélé chaque réponse, inviter les participant-e-s à réfléchir sur le sujet et à partager d'autres observations.

Passer à la diapositive PowerPoint n°125

Questions et réponses au quiz :

Passer à la diapositive PowerPoint n°126

Question 1 : En vertu de la CDPH, chacun (quel que soit le type ou le degré de handicap) a le droit de choisir si et avec qui/quand il/elle souhaite se marier : Vrai ou faux ?

Réponse : Vrai ! En vertu de l'article 23 de la CDPH, tout le monde a : le droit à la non-discrimination dans tout ce qui a trait « au mariage, à la famille, à la fonction parentale et aux relations personnelles y compris dans les domaines de la planification familiale, de la fécondité et de la vie familiale. »



Passer à la diapositive PowerPoint n°127

Question 2 : Dans certains cas, les prestataires de soins, les aidant-e-s etc., doivent empêcher (de la façon qui leur convient) les personnes qui présentent certains types de handicaps d'avoir des enfants. Vrai ou faux ?

Réponse : Faux ! En vertu de l'article 23 de la CDPH, tout le monde a : le droit à la non-discrimination dans tout ce qui a trait « au mariage, à la famille, à la fonction parentale et aux relations personnelles y compris dans les domaines de la planification familiale, de la fécondité et de la vie familiale. »



Passer à la diapositive PowerPoint n°128

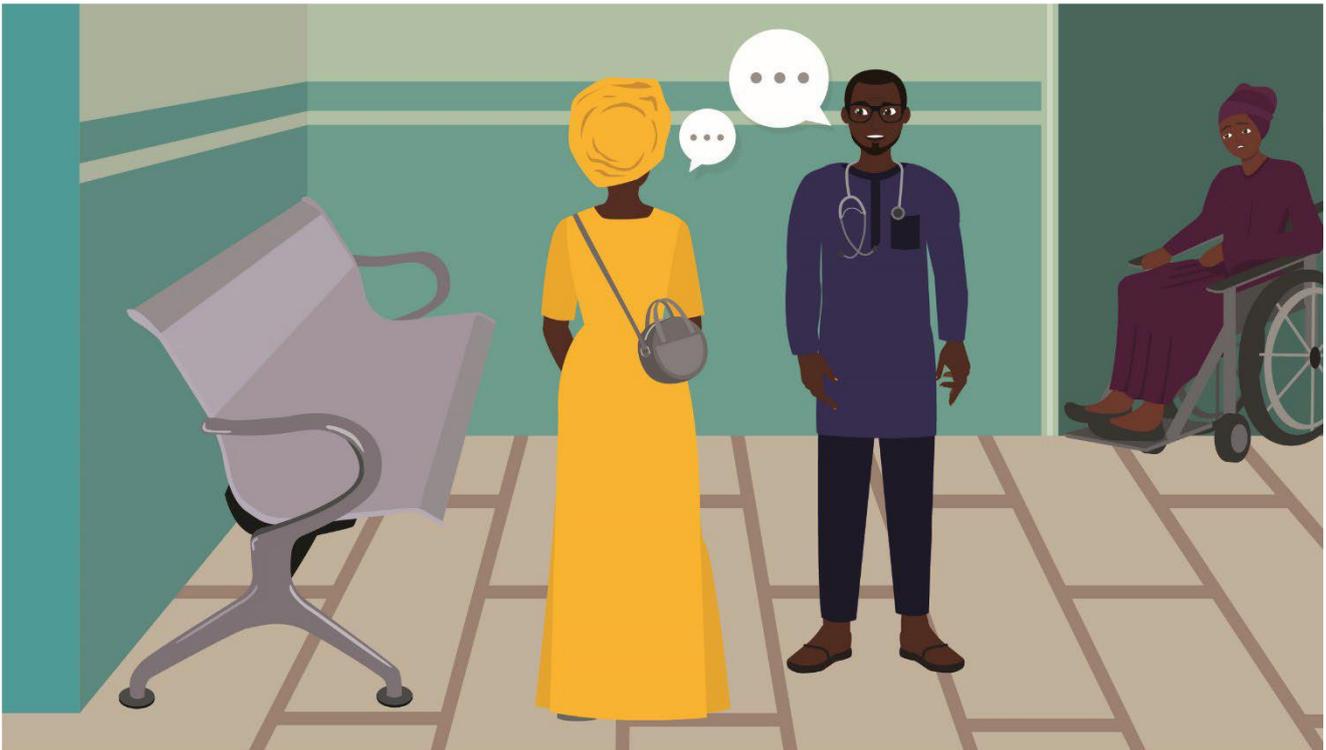
Question 3 : Pas tout le monde sera doté de la personnalité juridique pour prendre des décisions concernant leur santé reproductive. Vrai ou faux ?

Réponse : Faux ! L'article 12 dispose que tout le monde jouit de : la personnalité juridique et le droit à l'autonomie totale par rapport à ses décisions sur la santé reproductive.

Passer à la diapositive PowerPoint n°129

Question 4 : Un médecin a une consultation avec Amira qui présente un handicap physique et qui est venue au centre médical accompagnée de sa mère (qui attend en dehors de la salle de consultation). Alors qu'Amira sort de la salle, sa mère s'approche du médecin et lui

demande ce qu'Amira lui a demandé. Le médecin part du principe qu'elle est la tutrice d'Amira et lui dit que cette dernière est active sexuellement et qu'elle souhaitait se faire poser un implant pour éviter une grossesse. Le médecin a bien fait de partager des informations avec la mère de la cliente, car elle devrait être au courant de ces choses. Vrai ou faux ?



Réponse : Faux ! L'article 22 dispose que tout le monde a le droit au respect de la vie privée, y compris le caractère privé des informations personnelles sur la santé.

Passer à la diapositive PowerPoint n°130

Question 5 : Les personnes en situation de handicap doivent se débrouiller avec les services de santé et les informations auxquelles elles peuvent avoir accès. Ce n'est peut-être pas parfait pour elles, mais c'est mieux que rien et elles ne peuvent pas faire grand-chose d'autre. Vrai ou faux ?

Réponse : Faux ! Les articles 6, 9 et 25 prévoient que tout le monde a : le droit de bénéficier de services de santé accessibles, y compris des services de SSR fournis sur la base du consentement éclairé et de l'égalité d'accès aux informations.

Passer à la diapositive PowerPoint n°131

Une fois le quiz terminé, rappeler aux participant-e-s que les personnes en situation de handicap, comme les personnes en situation de handicaps intellectuels et psychosociaux, ont le droit :

- à l'intégrité physique, au respect de la vie privée et à l'autonomie personnelle (Guttmacher-Lancet Commission, 2018)
- de définir librement leur propre sexualité y compris leur orientation sexuelle et leur identité et leur expression sexuelle ;
- de décider si et quand être sexuellement actives ;
- de choisir leurs partenaires sexuels.

Les personnes en situation de handicap ont aussi le droit :

- d'avoir des expériences sexuelles sûres et agréables ;
- de décider si, quand et avec qui se marier ;
- de décider si, quand et par quels moyens avoir un enfant ou des enfants, et combien d'enfants avoir ;
- d'avoir accès pendant leur vie aux informations, aux services et au soutien nécessaires pour atteindre tous les objectifs indiqués ci-dessus, sans discrimination, coercition, exploitation et violence.

La SDRS sont universels - ils s'appliquent de manière égale à tous à savoir, les femmes et les filles, les personnes lesbiennes, gays, bissexuelles, transgenres et intersexes (LGBTI), les personnes en situation de handicap, les femmes pauvres, les migrant-e-s, les personnes autochtones ou d'autres minorités ethniques, les adolescent-e-s et les personnes vivant avec le VIH, les femmes, les filles et les garçons qui font l'objet de trafic et qui sont exploités sexuellement, ainsi que les femmes et les filles vivant dans des situations de conflit.

Nous savons néanmoins que les personnes en situation de handicap se heurtent à de nombreux obstacles au sein des services de SSR en ce qui concerne le consentement éclairé et la protection. Les directives sont aussi très limitées quant à ce que les prestataires de SSR peuvent faire pour garantir le consentement éclairé et la protection des client-e-s en situation de handicap. Cela aggrave la situation et empêche davantage les personnes en situation de handicap d'exercer leurs droits.

En tant que personnes qui mettent en œuvre les programmes, nous devons comprendre les droits des personnes en situation de handicap et les engagements des pays en faveur du principe dénommé « ne laisser personne de côté » et nous avons un rôle crucial à jouer pour

nous éloigner des pratiques qui ne reconnaissent pas les droits des personnes en situation de handicap.

Passer à la diapositive PowerPoint n°132

Expliquer que pour garantir la SDRS des client-e-s en situation de handicap dans le cadre des services de SSR et appuyer leur consentement éclairé :

- Les client-e-s doivent être en mesure de prendre des décisions pour eux/elles-mêmes concernant leur vie sexuelle et reproductive (avec le soutien nécessaire pour prendre ces décisions).
- Les informations, les biens et les services doivent être accessibles et disponibles, sensibles aux besoins et fournis selon les fondements de la non-discrimination et avec des aménagements raisonnables.
- Les services de SSR doivent assurer la protection des client-e-s.
- Les prestataires de soins doivent être formés et soutenus pour fournir des services qui sont fondés sur la dignité et qui respectent l'autonomie des client-e-s.

Passer à la diapositive PowerPoint n°133



Messages clés à retenir

Les interventions en matière de SSR doivent :

- Être adaptées à la situation du/de la client-e ;
- Être appliquées pendant le laps de temps le plus court possible, quand la volonté et la préférence du/de la client-e sont incertaines - cela signifie qu'il ne faut pas appliquer des mesures permanentes lorsque les mesures temporaires sont possibles et efficaces ;
- Être moins intrusives, et être examinées et faire l'objet d'un suivi.

Fin du jour 2

Durée	15 minutes
Méthodologie	Discussion en plénière
Ressources	-
Diapositives	134

Passer à la diapositive PowerPoint n°134

Remercier le participant-e-s de leur mobilisation active et demander si quelqu'un a une dernière question avant de conclure le deuxième jour de la formation.

Demander à présent aux participant-e-s de rendre les outils qu'ils/elles ont partagés pendant les activités de groupe. **Leur rappeler que pour la journée suivante de formation ils/elles devront apporter les documents qui leur auront été distribués la veille ou les jours précédents.**

Avant de conclure, procéder à des rappels logistiques concernant le troisième jour de formation, comme l'heure d'arrivée, etc.

Jour 3: Le processus de consentement éclairé

3.1 Accueil et récapitulatif de la journée précédente

Durée	30 minutes
Méthodologie	Discussion en plénière
Ressources	<ul style="list-style-type: none">• Feuilles de tableau à feuilles mobiles• Marqueurs• Diapositives PowerPoint
Diapositives	135

Passer à la diapositive PowerPoint n°135

Accueillir les participant-e-s au troisième jour de la formation. Leur préciser qu'au cours des deux jours suivants, nous aborderons des aspects relevant du consentement éclairé et de la protection.

Réitérer le fait que ces deux sujets ne devraient pas être une nouveauté pour les participant-e-s ; nous savons qu'ils/elles travaillent déjà avec les concepts en lien avec le consentement éclairé et qu'ils/elles utilisent des outils et des ressources à cet effet. En conséquence, notre objectif au cours des jours à venir, est d'inscrire ces sujets dans un contexte qui soit pertinent par rapport à l'inclusion.

Pendant les deux prochains jours, les participant-e-s découvriront le processus de consentement éclairé et les pratiques en matière de protection qui doivent être mises en œuvre pour des personnes présentant différents types de handicap. Comme lors des jours précédents, l'atelier d'aujourd'hui comprendra plusieurs activités interactives auxquelles les participant-e-s prendront part pour mettre en pratique les concepts qu'ils/elles auront appris pendant la journée. Inviter les participant-e-s à réfléchir sur ce qu'ils/elles ont appris des jours précédents et à appliquer ces apprentissages pendant la journée et dans le cadre des activités.

Répéter aux participant-e-s que la sollicitation du consentement éclairé auprès des client-e-s en situation de handicap n'est pas toujours aussi directe qu'on pourrait le penser, pour diverses raisons.

3.2 Le processus de consentement éclairé pour les client-e-s en situation de handicap

Durée	5 minutes
Méthodologie	Discussion en plénière
Ressources	-
Diapositives	136 -138

Activité : Discussion en plénière

Inviter jusqu'à deux prestataires de soins à partager une expérience qu'ils/elles ont eue lorsqu'ils/elles ont sollicité le consentement éclairé d'un-e client-e. Rappelez-leur que vous êtes dans un espace sûr et que personne ne sera jugé pour avoir partagé ses expériences ou ses opinions. Pendant que le(s) prestataire(s) de services partage(nt) son/leur expérience, demandez-lui/leur de commenter les questions suivantes :

Passer aux diapositives PowerPoint n°137 et 138

- Quels étaient les faits et que s'est-il réellement passé ?
- Comment avez-vous communiqué avec le/la client-e ? Avez-vous demandé des clarifications au/à la client-e (autrement dit, s'il/si elle a compris les options qui s'offrent lui/elle) à un moment donné ?
- Avez-vous rencontré des difficultés concernant l'obtention du consentement du/de la client-e ? Quelles étaient ces difficultés ?
- Qu'avez-vous ressenti face à ces difficultés et comment avez-vous géré cette situation ?
- Quelles sont les mesures que vous avez prises ?
- D'après vous, qu'est-ce qui s'est bien passé par rapport à cette expérience ?
- Avec du recul, auriez-vous géré la situation différemment ? Quel soutien/quelle personne auriez-vous aimé avoir à ce moment-là ?



Note destinée aux facilitateur-trice-s : Si aucun prestataire de services est en mesure de partager une expérience, demandez-leur de discuter en séance plénière des difficultés potentielles auxquelles ils/elles pourraient être exposé-e-s lorsqu'ils/elles solliciteront le consentement éclairé d'un-e client-e qui présente une surdité, une déficience visuelle, une déficience auditive et un handicap psychosocial. Invitez-les à pratiquer l'utilisation d'un langage fondé sur les droits pour orienter les personnes qui présentent différents types de handicap.

Expliquer que pendant les deux prochains jours, nous aborderons les obstacles auxquels se heurtent les personnes en situation de handicap et les prestataires de soins à cet égard, et nous tâcherons de les résoudre ensemble.

3.3 Consentement éclairé : concepts clés de la CDPH

Durée	1 heure
Méthodologie	Activité en groupe
Ressources	<ul style="list-style-type: none">• 8 feuilles de tableau à feuilles mobiles• Marqueurs• Post-its en jaune• Post-its en vert et ruban adhésif (au cas où les post-its ne collent pas bien au papier du tableau à feuilles mobiles)
Diapositives	139 - 145

Passer à la diapositive PowerPoint n°139

Le processus de consentement éclairé comprend sept étapes qu'un prestataire de soins doit appliquer pour solliciter le consentement éclairé d'un-e client-e en situation de handicap. Avant de commencer à examiner ces différentes étapes, il est essentiel que nous comprenions les concepts clés de la CDPH qui s'inscrivent dans le cadre du processus de consentement éclairé.

Pour que cette section soit plus stimulante, les facilitateur-trice-s invitent un-e participant-e à lire à haute voix les deux premiers concepts de la CDPH au reste du groupe, ensuite ils/elles demandent à un-e autre participant-e d'en lire deux autres et ainsi de suite, jusqu'à ce que tous les concepts aient été lus à haute voix. **Choisir à dessein les participant-e-s qui ont été plutôt en retrait jusqu'ici.**

Concepts clés de la CDPH en rapport avec le consentement éclairé

Passer à la diapositive PowerPoint n°140

Consentement informé

Le consentement éclairé est un processus de communication entre un prestataire de service et un-e bénéficiaire qui aboutit à ce que le/la client-e accorde, retire ou refuse de donner son autorisation pour une intervention, un traitement ou un service, en fonction de connaissances relatives à l'intervention, au traitement ou au service (Leonard Cheshire, 2023).

Personnalité juridique

Le nouveau concept de personnalité juridique a été créé par la CDPH. La personnalité juridique comprend le droit de faire des choses et des choix qui sont respectés par la loi. Tout le monde jouit d'une personnalité juridique et les personnes nécessitent différents niveaux de soutien pour l'exercer. Les services de santé doivent garantir l'accès des personnes en situation de handicap au soutien dont elles peuvent avoir besoin pour exercer leur personnalité juridique.

Prise de décision soutenue

La prise de décision soutenue est une approche de la prise de décision qui consiste à aider une personne dont les capacités sont limitées en la matière. Elle permet de légitimer et de conférer de la dignité aux différentes manières dont beaucoup d'individus en situation de handicap sollicitent de l'aide pour prendre des décisions. Elle peut contribuer à améliorer la compréhension des proches ou d'autres personnes à assumer les rôles de soutiens et de facilitateur-trice-s de la prise de décision, plutôt que d'agir en tant que responsables.

Elle est synonyme d'un changement important apporté aux mécanismes traditionnels de restriction de la personnalité juridique (par exemple, par le biais de la prise de décision assistée et la définition des « meilleurs intérêts » de la personne en situation de handicap, voir ci-dessous) et elle a pour but de permettre aux personnes en situation de handicap de sécuriser l'assistance dont elles ont besoin pour prendre des décisions.

Passer à la diapositive PowerPoint n°141

Déterminer la volonté et la préférence

Quand un-e client-e n'est pas en mesure d'exprimer une décision même en bénéficiant d'un soutien, il peut s'avérer utile d'identifier les questions que le/la client-e prendrait en considération et agir en conséquence. Cela peut consister à agir conformément à ses croyances religieuses et morales - en fonction des points de vue précédemment exprimés par cette personne, de même que les perspectives que les proches ou les amis peuvent offrir. L'objectif est d'agir conformément à la volonté et à la préférence du/de la client-e. En vertu de la CDPH, cette option doit être privilégiée au lieu d'agir dans le meilleur intérêt d'une personne, car cela revient à défendre leur personnalité juridique.

Alternatives moins restrictives

En cas de mesure prise conformément à la volonté et à la préférence d'un-e client-e, il est important de choisir l'« alternative la moins restrictive » - autrement dit l'option qui atteindra le but escompté d'une manière qui est moins restrictive en termes de droits et de liberté d'action de la personne.

Après que les participant-e-s ont lu à haute voix les concepts de CDPH qui sont liés au consentement éclairé, les facilitateur-trice-s doivent mettre en évidence les termes qui ne sont pas conformes à la CDPH :

Passer à la diapositive PowerPoint n°142

Termes qui ne sont pas conformes à la CDPH

Prise de décision substituée

Dans ce contexte, on part du principe qu'un-e client-e n'est pas apte à prendre une décision, et qu'un-e aidant-e doit prendre toutes les décisions au nom d'une personne sans ou après l'avoir consultée. Cela n'est pas conforme à la CDPH.

Meilleurs intérêts

Les décisions prises dans le **meilleur intérêt** d'une personne peuvent être considérées comme une prise de décision substituée - comme expliqué ci-dessus, il convient de confirmer la volonté et la préférence d'une personne et agir en fonction.

Manque de capacité

En vertu de la CDPH, tout le monde jouit de la personnalité juridique, c'est pourquoi il convient d'éviter de parler de personnes dépourvues de cette capacité à décider.

Expliquer à présent aux participant-e-s qu'ils/elles vont être soumis-e-s à une activité dont le but est de vérifier les concepts clés du consentement éclairé en fonction de la CDPH. Veiller à ne pas montrer des diapositives PowerPoint qui font référence à ces concepts.

Passer à la diapositive PowerPoint n°143

Activité : Concepts clés de la CDPH

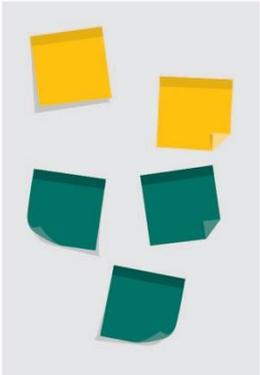
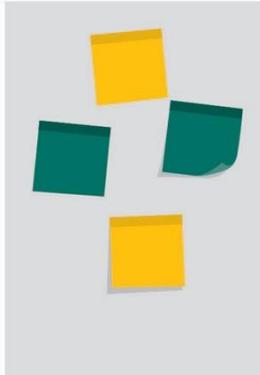
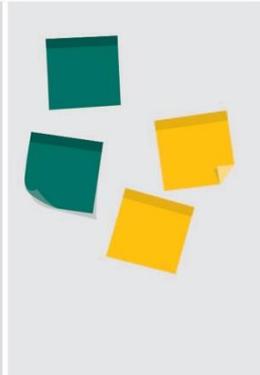
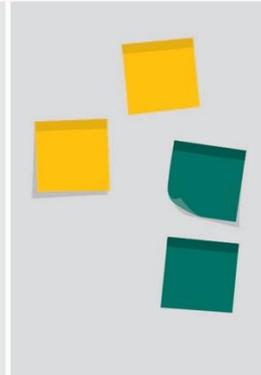
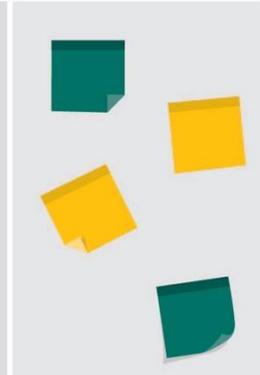
Travail préparatoire au préalable

Avant la formation, préparez cette activité en prenant huit feuilles de tableau à feuilles mobiles et attribuer un concept à chaque page. Écrivez le concept en haut de chaque page afin que les participant-e-s puissent voir clairement sur quel concept ils/elles doivent travailler :

- **Groupe 1** : Consentement éclairé
- **Groupe 2** : Personnalité juridique
- **Groupe 3** : Prise de décision soutenue
- **Groupe 4** : Déterminer la volonté et la préférence
- **Groupe 5** : Alternatives moins restrictives
- **Groupe 6** : Prise de décision substituée
- **Groupe 7** : Meilleurs intérêts
- **Groupe 8** : Manque de capacités

Sous chaque concept, créer un grand tableau comportant 5 colonnes. Chaque colonne représentera les groupes de handicap les plus marginalisés. Ils incluent les personnes présentant un handicap psychosocial et ayant des problèmes de santé mentale, une surdité, un handicap intellectuel, une déficience auditive, et une déficience visuelle.

Exemple de tableau pour le tableau à feuilles mobiles :

Concept du consentement éclairé				
Personnes en situation de handicap intellectuel	Personnes en situation de surdicécité	Personnes présentant un handicap psychosocial et ayant des problèmes de santé mentale	Personnes présentant un handicap auditif	Personnes présentant un déficience visuelle
				

Le jour J : Travail de groupe (30 minutes)

1. Répartir les participant-e-s au sein de quatre groupes et inviter les participant-e-s à réfléchir sur les principales leçons tirées des séances précédentes, en particulier pour déterminer dans quelle mesure certains groupes de handicap - comme les personnes en situation de surdicécité, les personnes présentant des handicap intellectuels et des personnes ayant des problèmes de santé mentale et des handicaps psychosociaux - subissent plus d'obstacles que d'autres lorsqu'il est question de consentement éclairé.
2. Attribuer deux concepts à chaque groupe (voir la liste ci-dessus) et leur remettre les deux feuilles de tableau à feuilles mobiles qui correspondent aux concepts qui leur ont été attribués. Demandez-leur d'écrire sur chaque feuille une définition du concept qui leur a été confié en fonction de ce qui a été abordé plus tôt au cours de la séance. Pendant qu'ils/elles l'écrivent, les facilitateur-trice-s doivent distribuer à chaque groupe des post-its **verts** et des post-its **jaunes**.
3. Après qu'ils/elles ont écrit leur définition, expliquer aux participant-e-s que des post-its de deux couleurs différentes leur ont été distribués ; ils/elles ont des post-its verts et des post-its jaunes. Expliquer aux participant-e-s que les post-its jaunes représentent le point de vue des **prestataires de soins**, et les post-its verts représentent le point de vue des **client-e-s en situation de handicap**.
4. Expliquer que chaque feuille de tableau à feuilles mobiles contient un tableau de 5 colonnes qui représentent les client-e-s présentant différents types de handicaps.
5. Demander aux participant-e-s d'identifier avec leurs groupes **deux obstacles pour chaque type de handicap**, que les client-e-s pourraient affronter par rapport au concept

attribué au groupe. Demander aux participant-e-s d'écrire **les deux obstacles identifiés pour le/la client-e sur les post-its verts** dans la colonne correspondante du tableau.

6. Expliquer aux participant-e-s qu'ils/elles devront aussi aborder et noter sur des post-its jaunes les **deux difficultés auxquelles les prestataires de soins sont confrontés pour chaque type de handicap** en ce qui concerne le concept qui leur a été attribué.

Par exemple, pour le concept de consentement éclairé, demander aux participant-e-s de réfléchir sur :

Pour les personnes en situation de handicap intellectuel

- Deux difficultés auxquelles les personnes en situation de handicap intellectuel seraient confrontées en matière de consentement éclairé
- Deux difficultés auxquelles les prestataires de soins seraient confrontés lorsqu'ils solliciteront le consentement éclairé de personnes en situation de handicap intellectuel

Personnes présentant un handicap auditif

- Deux difficultés auxquelles les personnes en situation de handicap auditif seraient confrontées en matière de consentement éclairé
- Deux difficultés auxquelles les prestataires de soins seraient confrontés lorsqu'ils solliciteront le consentement éclairé de personnes présentant un handicap auditif

Personnes présentant une déficience visuelle

- Deux difficultés auxquelles les personnes présentant une déficience visuelle seraient confrontées en matière de consentement éclairé
- Deux difficultés auxquelles les prestataires de soins seraient confrontés lorsqu'ils solliciteront le consentement éclairé de personnes présentant une déficience visuelle

Personnes en situation de surdicécité

- Deux difficultés auxquelles les personnes en situation de surdicécité seraient confrontées en matière de consentement éclairé
- Deux difficultés auxquelles les prestataires de soins seraient confrontés lorsqu'ils solliciteront le consentement éclairé de personnes en situation de surdicécité

Personnes présentant un handicap psychosocial et des problèmes de santé mentale

- Deux difficultés auxquelles les personnes en situation de handicap psychosocial et ayant des problèmes de santé mentale seraient confrontées en matière de consentement éclairé
- Deux difficultés auxquelles les prestataires de soins seraient confrontés lorsqu'ils solliciteront le consentement éclairé des personnes en situation de handicap psychosocial et ayant des problèmes de santé mentale

Plénière (30 minutes)

Rassembler les participant-e-s. Demandez à chaque groupe de partager :

- Les définitions des concepts qui leur ont été attribués.
- Les obstacles que les client-e-s pourraient affronter pour chaque type de handicap, en rapport avec les concepts qui leur ont été confiés.
- Les difficultés que les prestataires de soins pourraient affronter pour chaque type de handicap, en rapport avec les concepts qui leur ont été confiés.

Autoriser les participant-e-s des autres groupes à réfléchir et ajouter des éléments sur ce qui a été présenté. Tout obstacle nouveau/supplémentaire identifié par les autres groupes devra être noté par les facilitateur-trice-s.



Note destinée aux facilitateur-trice-s : Pendant que chaque groupe présente ce qu'il a noté sur sa feuille, noter les exemples qui seraient les plus pertinents pour les sections suivantes de la formation par rapport à ce qui a trait au processus de consentement éclairé. Veillez à vous y référer lorsque les sections suivantes seront traitées.

Passer à la diapositive PowerPoint n°145



Messages clés à retenir

- Expliquer que le consentement éclairé est plus qu'un processus consistant à obtenir une signature en vue d'une procédure (Leonard Cheshire, 2023). Bien que le processus d'obtention du consentement informé puisse être chronophage, surtout en cas de difficultés de communication, le prestataire de service doit faire en sorte que les droits des femmes et des jeunes personnes en situation de handicap soient respectés grâce à un processus de communication aboutissant à l'accord ou au refus du consentement éclairé. Le consentement peut être retiré à tout moment.
- La prise de décision constitue un élément important du consentement éclairé. En vertu de la CDPH, tou-te-s les adultes jouissent de la personnalité juridique pour prendre leurs propres décisions. Cela s'applique aux personnes présentant tout type de handicap, y compris celles en situation de handicap intellectuel.
- Les membres de la famille et les aidant-e-s jouent un rôle important dans la vie des personnes en situation de handicap et elles sont une ressource précieuse pour faciliter la compréhension et la communication. Néanmoins, les décisions doivent être prises par la personne en situation de handicap. Certaines personnes peuvent nécessiter une prise de décision soutenue pour exercer leur personnalité juridique et afin d'accorder un consentement éclairé.

3.4 Étape 1 du processus de consentement éclairé : Préparer

Durée	45 minutes
Méthodologie	Activité de groupe
Ressources	<ul style="list-style-type: none">• 4 feuilles de tableau à feuilles mobiles• Marqueurs
Diapositives	146 - 153

Passer à la diapositive PowerPoint n°146

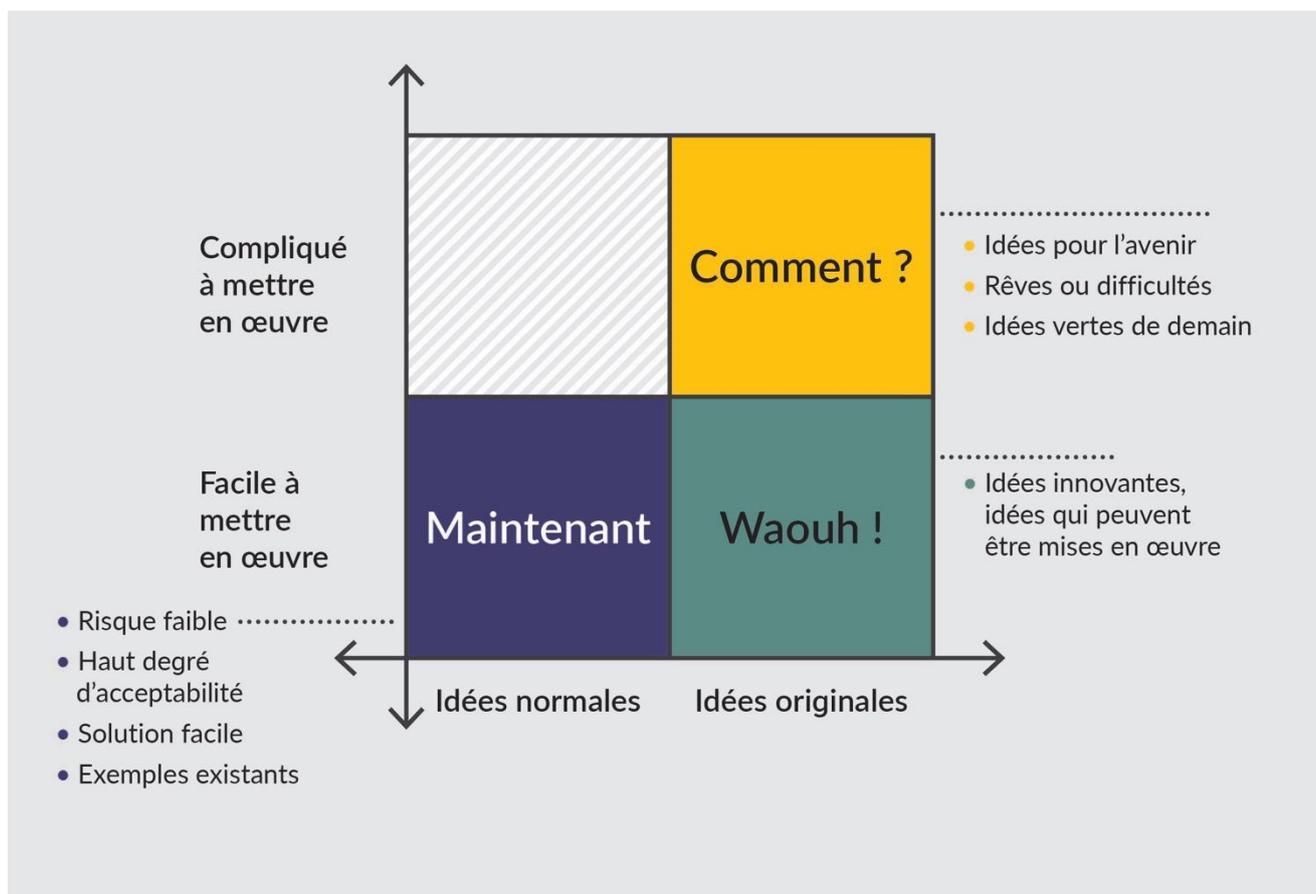
Pour que les prestataires de SSR soient capables de soutenir au mieux le consentement éclairé volontaire des personnes en situation de handicap, la préparation est importante. L'anticipation des besoins potentiels des client-e-s présentant différents types de handicap peut contribuer à faire en sorte que si et quand un prestataire de soins est en contact avec un-e client-e en situation de handicap, il sache comment le/la soutenir et communiquer avec lui/elle et cela permettra d'instaurer la confiance.

Activité : Préparer

Travail préparatoire au préalable

Les facilitateur-trice-s doivent aussi préparer cette activité, ils/elles devront :

1. Prendre 4 feuilles de tableau à feuilles mobiles et noter un type de handicap sur chaque feuille :
 - Déficience visuelle
 - Handicap auditif
 - Handicap intellectuel
 - Handicap psychosocial
2. Dessiner une grille de 2 par 2 sur chaque page ; l'axe X indique l'originalité de l'idée et l'axe Y montre la facilité de mise en œuvre (Game Storming, 2011).
3. Intituler les quadrants de la manière suivante :



- **Idées « Maintenant »** – idées normales, facile à mettre en œuvre. Il s'agit en général de choses et de solutions simples pour combler les lacunes inhérentes aux processus. Cela aboutit normalement à des avantages supplémentaires.
 - **Idées « Comment »** – idées originales, impossibles à mettre en œuvre. Il s'agit d'idées innovantes en termes d'impact, mais totalement impossibles à mettre en œuvre dans l'immédiat compte tenu des contraintes technologiques/budgétaires actuelles.
 - **Idées « Waouh »** – idées originales, possibles à mettre en œuvre. Les idées « Waouh » sont celles qui présentent un potentiel de grand changement et qui peuvent être mises en œuvre dans la situation actuelle.
4. En haut de chaque feuille de tableau à feuilles mobiles, écrire la question : « quelle peut être la préparation des prestataires de soins avant le processus de consentement éclairé pour établir le contact avec les client-e-s qui présentent... »
- Des handicaps psychosociaux
 - Des handicaps intellectuels
 - Des handicaps auditifs
 - Des déficiences visuelles

Le jour J

Passer à la diapositive PowerPoint n°147

5. Expliquer aux participant-e-s que la première étape du processus du consentement éclairé consiste à bien se préparer avant toute consultation au cas où ils/elles reçoivent des client-e-es qui présentent différents types de handicap.

6. Répartir les participant-e-s au sein de 4 groupes, chaque groupe se concentrant sur un type de handicap comme indiqué ci-dessus. Expliquer comment compléter la grille et leur demander de remplir la grille en répondant aux questions ci-dessous : quelle peut être la préparation des prestataires de soins pour établir le contact avec les client-e-s avec les client-e-s présentant différents types de handicaps ?

Passer à la diapositive PowerPoint n°148

Discussion en plénière

7. Demander aux participant-e-s de débriefier sur ce qu'ils/elles ont mis dans leur grille. Poser les questions suivantes:
- Les prestataires de services peuvent-ils mettre en place des préparations ou des approches transversales qui bénéficieraient aux personnes présentant plus d'un type de handicap ?
 - Une personne peut-elle potentiellement envisager une solution à la mise en œuvre d'une approche initialement suggérée comme une priorité absolue mais non réaliste ?
 - Dans quelle mesure l'accès aux services de SSR est-il compromis pour les personnes en situation de handicap en fonction du statut rural/urbain, de l'ethnicité, de la caste ?

Préciser qu'une des manières de se préparer consiste à réfléchir sur les difficultés potentielles lors de consultations avec des client-e-s présentant différents types de handicaps et sur les solutions à mettre en œuvre face à ces difficultés. Les prestataires de soins doivent prendre en considération les éléments suivants (UK Government Department for Constitutional Affairs, 2007) :

Passer à la diapositive PowerPoint n°149

Fournir des informations pertinentes

- La personne a-t-elle toutes les informations pertinentes dont elle a besoin pour prendre une décision spécifique ?
- Si des options différentes sont disponibles, a-t-elle obtenu des informations sur toutes les alternatives, y compris sur les effets secondaires des médicaments et/ou de certains traitements ?

Passer aux diapositives PowerPoint n°150 et 151

Communiquer de manière appropriée

- Les informations pourraient-elles être expliquées ou présentées d'une manière qui est plus facile à comprendre pour la personne (par exemple, en utilisant un langage simple ou des aides visuelles) ?



- Différentes méthodes de communication ont-elles été envisagées, si nécessaire, notamment la communication non verbale ?
- Une autre personne peut-elle apporter une aide en matière de communication (par exemple, un proche, un agent de soutien, un-e interprète en langue des signes, un-e orthophoniste ou un-e personne qui défend les intérêts des personnes concernées)

Passer à la diapositive PowerPoint n°152

Mettre la personne à l'aise

- Y a-t-il des moments particuliers durant lesquels la personne comprend mieux ?
- Y a-t-il des lieux particuliers où elle peut se sentir plus à l'aise ?
- Est-ce que la décision peut être reportée pour voir si la personne peut prendre une décision plus tard quand les circonstances s'y prêtent davantage pour elle ?
- Est-ce qu'une autre personne aide ou appuie la personne pour faire des choix ou exprimer une opinion ?

Pendant ou après la consultation, documenter les besoins en communication ou les arrangements raisonnables requis d'après leurs notes, pour faciliter les futures visites.

Passer à la diapositive PowerPoint n°153



Messages clés à retenir :

- Pour que les prestataires de SSR soient en mesure de soutenir au mieux le consentement éclairé volontaire des personnes en situation de handicap, la préparation est importante
- La première fois qu'un-e client-e se présente à un service, le prestataire doit prendre note de toute exigence raisonnable en matière d'accueil pour des visites ultérieures
- Le prestataire peut se préparer pour que le rendez-vous se déroule normalement, pour fournir des informations pertinentes et communiquer de la meilleure manière possible afin d'aider l'utilisateur-trice des services par rapport à la SDSR.

3.5 Étape 2 du processus de consentement éclairé : Méthodes de communication accessibles pour le partage d'informations.

Durée	2 heures
Méthodologie	Discussion en plénière + jeu de rôle
Ressources	<ul style="list-style-type: none">• Document 3 : Méthodes de communication pour différents types de handicaps : Choses à faire et à ne pas faire• Kit de choix• Outil 4 : Brochure accessible sur les méthodes contraceptives• Marqueurs• Papier
Diapositives	154 - 174

Activité stimulante rapide si nécessaire et si le temps le permet (5 minutes) :

Demandez à un interprète en langue des signes d'enseigner trois à cinq signes aux participant-e-s et ensuite demandez aux participant-e-s de les pratiquer en paires.

Passer à la diapositive PowerPoint n°154

Expliquer que le fait de prendre le temps nécessaire pour dialoguer avec le/la client-e et les éventuel-les aidant-e-s présente plusieurs avantages. Cette approche peut aider à déterminer la meilleure manière de communiquer avec le/la client-e et peut aider à identifier les besoins de soutien ou d'arrangements pour prendre des décisions relatives à leur santé en toute confiance.

Les participant-e-s peuvent avoir entendu au préalable que la communication est essentielle et qu'il est vraiment très important de travailler en faveur du renforcement des techniques de communication. Un des grands avantages de la communication est qu'elle peut être assurée de diverses manières, et cela se résume parfois à faire preuve de créativité ! Cela est particulièrement pertinent pour les prestataires de soins car il se peut qu'ils n'aient pas toujours accès à un-e interprète en langue des signes (par exemple) ou qu'ils ne connaissent pas la langue des signes, et une cliente présentant une déficience auditive ne vient pas forcément accompagnée d'une personne qui peut faire l'interprétation pour elle. Un prestataire de santé pourrait être exposé à ces difficultés potentielles mais fort heureusement, les informations clés peuvent être transmises à un-e client-e de diverses manières.

Distribuer le **Document 3** « Méthodes de communication pour différents types de handicaps : Choses à faire et à ne pas faire » à l'ensemble des participant-e-s. Expliquer que le document comporte différentes stratégies qui peuvent être utilisées pour

communiquer avec les client-e-s qui présentent différents types de handicaps. Préciser aux participant-e-s qu'ils/elles auront prochainement du temps pour passer en revue le document mais que pour l'instant, vous allez aussi mettre évidence des conseils clés pour communiquer avec les personnes présentant différents types de handicaps :

Passer à la diapositive PowerPoint n°155

- Traiter les personnes présentant tout type de handicap comme n'importe qui. Tout le monde mérite respect et dignité.
- Donner aux client-e-s présentant **tous** les types de handicaps le droit de **choisir** s'ils/si elles veulent une contraception ou non. Les client-e-s en situation de handicap ont le droit d'avoir leur propre famille, donc s'ils/si elles choisissent de ne pas avoir une méthode de contraception alors vous devez respecter et appuyer leur décision.
- Toujours dialoguer avec le/la client-e en situation de handicap **directement**, quel que soit son type de handicap. Toujours demander au/à la client-e en situation de handicap son mode de communication préféré. Ne pas parler au membre de leur famille ou à leur assistant-e (bien que vous deviez garder à l'esprit que certain-e-s client-e-s en situation de handicap peuvent dépendre de leurs parents/des membres de leur famille/de leurs aidant-e-s pour les aider à communiquer).
- Toujours demander au/à la client-e en situation de handicap s'il/si elle a besoin d'aide, s'il/si elle dit ne pas en avoir besoin, alors ne pas insister pour les aider à moins qu'ils/elles ne la demandent à un moment donné.
- Utiliser des signaux visuels comme des images, faire des gestes et écrire les informations pour communiquer avec les client-e-s présentant différents types de handicap (par ex., les déficiences auditives ou intellectuelles) ou des dispositifs de communication améliorée comme des symboles, des objets réels, la langue des signes, les notes en braille, un afficheur braille actualisable, des appareils mobiles, etc.

Passer aux diapositives PowerPoint n°156 et 157

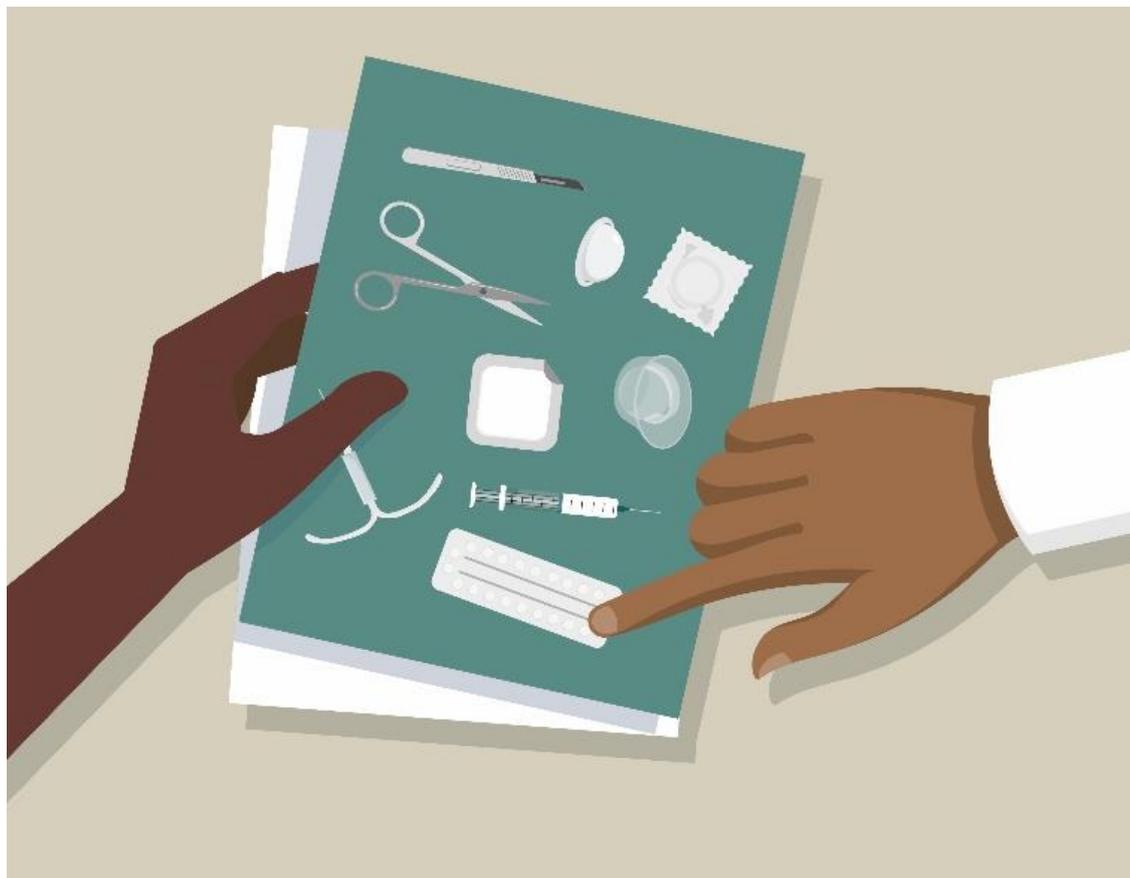
Expliquer les étapes à suivre pour communiquer avec les client-e-s :

- Utiliser des mots faciles que la plupart des personnes connaîtront. Si vous devez utiliser un mot complexe alors expliquez-le de manière simple et claire.
- Utiliser des exemples simples de la vie quotidienne pour expliquer les choses.
- Éviter les abréviations. Si vous devez utiliser une abréviation, commencez par l'expliquer. Par exemple, si vous dites « IST », expliquer que cela signifie « infections sexuellement transmissibles » et de quoi il s'agit avec des mots simples (par ex. des maladies qui peuvent être transmises par une personne à une autre lorsqu'elles ont des rapports sexuels).
- Être attentif-ve au ton général de votre voix et à votre langage corporel - comment les informations résonnent-elles et comment seront-elles perçues par le/la client-e ?

Passer aux diapositives PowerPoint n°158 et 159

À part la communication verbale, les personnes peuvent aussi s'appuyer sur la communication écrite :

- Éviter les caractères spéciaux comme &, #, /
- Faire en sorte que les phrases soient les plus courtes possibles - une phrase doit contenir un maximum de 16 mots Pensez aussi à découper les phrases en petites phrases pour les personnes en situation de surdité.
- Utiliser la voie active si possible. Par exemple : « Veuillez remplir ce formulaire et nous l'envoyer » (au lieu de : « Ce formulaire doit être rempli et nous être envoyé »)
- Utiliser une liste des points clés d'information.



Passer à la diapositive PowerPoint n°160

De plus, lors de la communication avec les client-e-s présentant une **déficience visuelle**, les prestataires de soins peuvent se référer aux suggestions suivantes (Women's Refugee Commission, 2015a) :

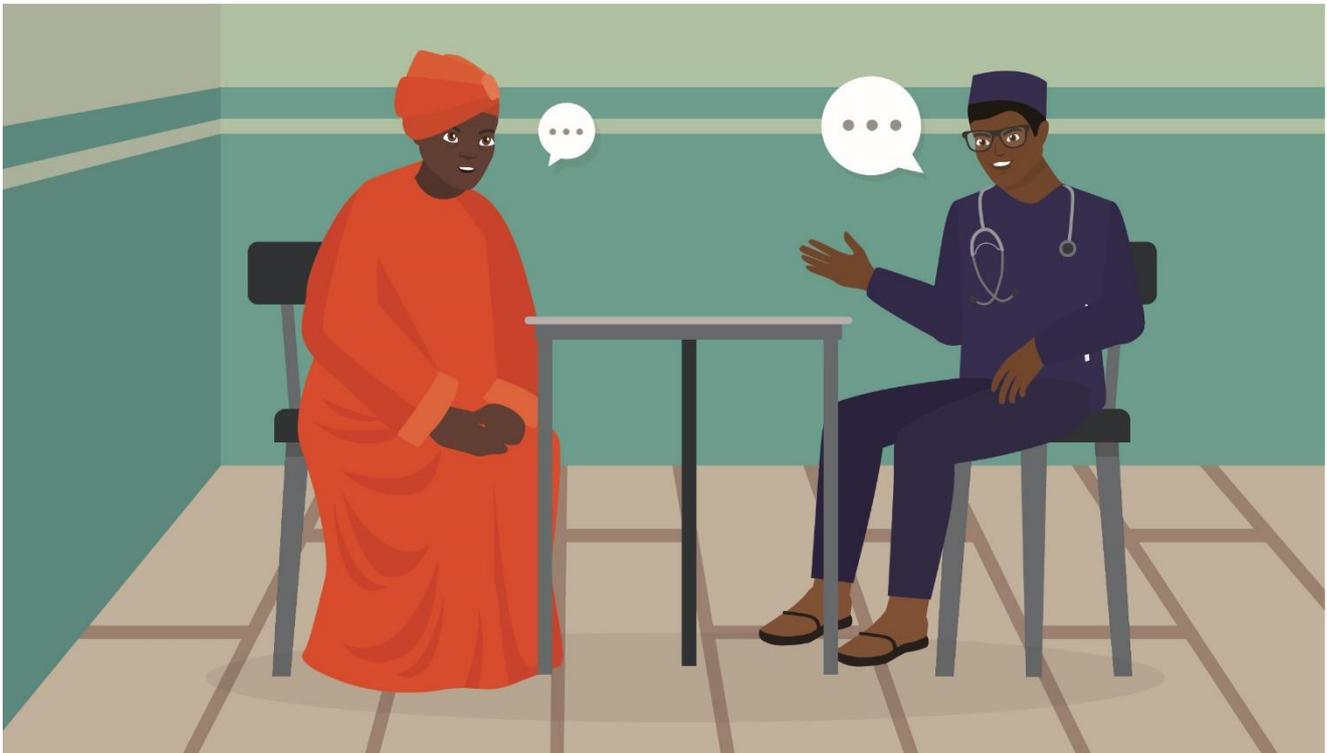
- Toujours se présenter et présenter toute autre personne présente au sein du groupe en indiquant son nom et en donnant une description sommaire. Par exemple, « je m'appelle John, je mesure environ 1 mètre 72, je porte des lunettes ».
- Dire à la personne si vous vous déplacez ou si vous quittez l'espace - ne vous contentez pas de partir sans rien dire.
- Si la personne arrive dans un nouvel endroit, lui dire qui est dans la pièce ou au sein du groupe, et proposer de décrire l'environnement.
- Évitez le langage vague, comme « comme ça » ou « là-bas » pour orienter ou décrire un lieu.
- Si le/la client-e le souhaite, proposez-lui votre bras pour le/la guider.

- Demander aux client-e-s s'ils/si elles veulent des documents avec des formats alternatifs, comme le braille ou en gros caractères.

Passer à la diapositive PowerPoint n°161

Lors de la communication avec les client-e-s présentant un **handicap intellectuel**, les prestataires de soins peuvent se référer aux suggestions suivantes :

- Communiquer avec des petites phrases qui exposent un argument à la fois.
- Utiliser des exemples de la vie réelle pour expliquer.
- Donner le temps à la personne de répondre à votre question ou à vos instructions avant de la répéter.
- Faire en sorte que seule une personne parle à un moment donné, et que la personne en situation de handicap intellectuel ne soit pas contrainte de répondre rapidement.
- Les images peuvent aussi être utilisées pour communiquer les messages aux personnes en situation de handicap intellectuel.



Passer à la diapositive PowerPoint n°162

Lors d'échanges avec des client-e-s présentant des **troubles du langage**, les prestataires de soins peuvent se référer aux suggestions suivantes :

- Il est acceptable de dire « Je ne comprends pas ». Demander à la personne de répéter son argument, et ensuite le redire pour vérifier que vous avez bien compris.
- Éviter de finir les phrases d'une personne et la laisser s'exprimer.

- Essayer de poser des questions qui requièrent des réponses courtes ou des gestes indiquant oui/non.
- Si vous avez essayé différentes manières de comprendre une personne sans succès, demandez-lui si elle peut communiquer différemment, par exemple, par écrit ou à l'aide du dessin.

Passer à la diapositive PowerPoint n°163

Lors de la communication avec les client-e-s présentant une **déficience auditive**, les prestataires de soins peuvent se référer aux suggestions suivantes :

- Déterminer comment la personne préfère communiquer. Les personnes présentant une déficience auditive peuvent recourir à un-e interprète si elles le souhaitent.
- Tâcher d'avoir l'attention de la personne avant de parler, en levant la main ou en faisant un signe de la main.
- Faire face et parler directement à la personne qui est sourde et non à l'interprète (dont le rôle consiste seulement à faciliter la communication).
- Parler clairement – ne pas crier ou ne pas accentuer exagérément les mots car cela rendrait difficile la lecture sur les lèvres.



Passer à la diapositive PowerPoint n°164

Lors de la communication avec les client-e-s en situation de **surdicécité**, les prestataires de soins peuvent se référer aux suggestions suivantes :

- Se positionner devant le/la client-e et lui faire signe lentement pour déterminer s'il/si elle a une vue résiduelle (Able Australia, 2019).

- S'il/si elle ne semble pas réagir à votre geste, alors positionner délicatement le dos de votre main sur son bras et ou sa main pour indiquer que vous essayez d'attirer son attention.
- Si le/la client-e a une vision ou une audition résiduelle, alors parler distinctement et lentement sans exagérer.
- Utiliser l'alphabet tactile (communiquer en épelant les lettres et les mots dans la paume de la main) (NHS, 2022).



Veillez noter que : En cas de présence d'une personne en situation de surdicécité qui a des compétences linguistiques ou de communication limitées, deux options sont possibles :

1. Les personnes en situation de surdicécité devront dépendre complètement de leur parent/aidant-e/du membre de leur famille qui comprend leur mode de communication.
2. Vous pouvez essayer d'utiliser une communication symbolique également. Par exemple, l'utilisation d'objets pour communiquer avec une personne en situation de surdicécité. Si une personne en situation de surdicécité a soif elle peut montrer le symbole d'un verre pour communiquer avec l'aidant-e. La communication la plus symbolique/requise peut être présentée aux personnes en situation de surdicécité pour un accès facilité à la communication entre les deux parties.

Rappeler aux participant-e-s que les personnes en situation de surdicécité peuvent utiliser un éventail de stratégies de communication en fonction de leurs besoins (Fédération Mondiale des Personnes Sourdaveugles, 2018). Celles-ci dépendent souvent du fait que la personne soit née sourde et/ou non-voyante et du degré de son handicap. Les personnes en situation de surdicécité ont souvent des besoins complexes qui doivent être pris en compte.

Passer à la diapositive PowerPoint n°165

Expliquer ensuite qu'il y a de bons moyens de communiquer verbalement et par écrit, mais qu'il y a également des moyens de communiquer qui sont contreproductifs et souvent insultants pour le/la client-e en situation de handicap. Voici des modes de communication à bannir :

- Ne parler pas d'eux/d'elles à la troisième personne et en partant du principe qu'ils/elles ne comprennent pas ce que vous dites ou ce que vous faites.
- Ne pas interrompre ou faire comme si vous saviez ce qui est mieux pour eux/elles. Les client-e-s en situation de handicap savent ce qui est le mieux pour eux/elles.
- Ne pas supposer ce qu'il/elle veut dire ou ce dont il/elle a besoin. Laisser le/la client-e prendre son temps pour expliquer ce qu'il/elle veut.

Passer aux diapositives PowerPoint n°166 et 167

- Ne pas prétendre comprendre ce qu'un-e client-e en situation de handicap a dit si ce n'est pas le cas. Dans ce cas, lui demander de bien vouloir répéter l'information qu'il/elle vous a communiquée.
- Ne pas faire preuve de condescendance quand vous parlez à un-e client-e en situation de handicap, par exemple, en lui caressant la tête. Prêter attention au ton de votre voix et à votre langage corporel quand vous lui parlez pour éviter d'être condescendant-e.
- Ne pas manipuler les équipements d'assistance sans la permission du/de la client-e.
- Ne pas parler trop vite ; il est possible que le/la client-e ait du mal à gérer les informations qui lui sont communiquées.
- Ne pas traiter les client-e-s en situation de handicap comme des enfants ; il faut les traiter comme des adultes et utiliser un langage facile à comprendre pour converser avec eux/elles.

Passer aux diapositives PowerPoint n°168 et 169

Faites savoir aux participant-e-s qu'ils/elles pourraient tomber sur le parent/aidant-e d'un-e client-e (accompagnant-e du/de la client-e) qui a tendance à parler plus fort que le/la client-e ou qui peut être agressif-ve à l'égard du prestataire à un moment donné de la consultation. Dans de tels cas, voici des éléments quant aux choses à faire et aux choses à ne pas faire à prendre en compte pour atténuer les effets de ces circonstances (Cracks in the Ice, 2016):

 Choses à faire	 Choses à ne pas faire
Rester calme et prêter attention à vos émotions	Défier ou menacer par le ton de la voix, le regard ou le langage corporel
Adopter une posture corporelle passive et non menaçante	Dire des choses qui vont aggraver l'agression
Laisser le/la client-e faire part de ses sentiments et les reconnaître	Crier (même si on vous crie dessus)
Poser des questions ouvertes pour maintenir le dialogue	Leur tourner le dos
Faire preuve de flexibilité, dans la limite du raisonnable	Ne pas le/la brusquer et ne pas se disputer avec lui/elle

Lui dire que vous êtes là pour aider le/la client-e et eux/elles également	Rester à proximité s'il/si elle ne se calme pas
Utiliser l'espace pour l'autoprotection (autrement dit, se positionner près de la sortie si besoin)	Ignorer les menaces verbales ou les avertissements relatifs aux violences
Veiller à ce que le/la client-e soit hors de danger	Tolérer la violence ou les agressions
Retirer les instruments qui pourraient être utilisés comme des armes	

Passer à la diapositive PowerPoint n°170

Activité de groupe : Exercice de jeu de rôle sur la communication avec les client-e-s

Informez les participant-e-s que vous allez répartir les personnes au sein de 3 groupes (**vous disposez de 5 minutes maximum pour le faire**) :

- **Le groupe 1** se concentrera sur les handicaps intellectuels.
- **Le groupe 2** se concentrera sur les handicaps auditifs.
- **Le groupe 3** se concentre sur les déficiences visuelles.

Informez les groupes que nous allons à présent faire des exercices de jeux de rôle pour mettre en pratique les techniques de communication à utiliser avec les personnes qui présentent différents types de handicaps.

Passer à la diapositive PowerPoint n°171

Demandez à chaque groupe de choisir un membre qui jouera le rôle de prestataire de soins et de choisir un membre qui jouera le rôle d'un-e client-e présentant un type de handicap, attribué au groupe. Leur accordez **5 minutes maximum** pour choisir la personne qui jouera le rôle du/ de la client-e et celle qui jouera le rôle du prestataire de soins. Pendant ce temps, distribuez des copies de la « brochure accessible sur les méthodes contraceptives » à chaque groupe.

Ensuite, donnez ce scénario aux participant-e-s pour leur jeu de rôle :

La cliente se présente dans un centre de santé reproductive pour avoir accès à une contraception. Elle est accompagnée dans la salle de consultation et le prestataire de service arrive. Le prestataire de soins sait déjà que la cliente est là pour obtenir une méthode de contraception ; il doit utiliser différentes techniques de communication (qui sont adaptées aux besoins de la cliente) pour expliquer les différentes options disponibles et leurs bénéfiques/risques à la cliente.

Expliquer que les groupes auront accès à quelques outils qu'ils peuvent vouloir utiliser pendant les jeux de rôle. Parmi ces outils figurent :

- Le document sur les approches en matière de communication pour différents types de handicaps qui a été distribué plus tôt durant la séance.
- La brochure accessible sur les méthodes contraceptives
- Le kit de choix

Expliquer que la brochure accessible sur les méthodes contraceptives est une brochure qui contient des extraits avec quelques exemples de méthodes de contraception et qui met en évidence leurs avantages et leurs effets secondaires. Cet outil sert d'exemple de ce à quoi ressemble un support inclusif d'information, d'éducation et de communication accessible (IEC).

Ensuite, présenter le kit de choix aux participant-e-s (une boîte contenant des méthodes de contraception), et passer rapidement en revue les méthodes de contraception qui sont dans le kit. Si le temps le permet, laisser les participant-e-s toucher et examiner chaque méthode de contraception.

Passer aux diapositives PowerPoint n°172 et 173

Informez le groupe qu'il disposera de **25 minutes** pour examiner les outils distribués. Leur indiquer que chaque membre du groupe devra aider à préparer les participant-e-s qui interpréteront le jeu de rôle. Pour la préparation du jeu de rôle, leur demander de réfléchir au type de handicap qui leur a été attribué pendant qu'ils/elles passent en revue les outils, et les encourager à faire un brainstorming/noter les méthodes qu'un prestataire de service pourrait utiliser pour communiquer des informations à un-e client-e qui présente un type de handicap qui leur a été assigné.

Demander aux participant-e-s qui joueront le rôle de la cliente de lever la main (s'ils/si elles le peuvent) afin que vous puissiez rapidement les identifier. Informer les participant-e-s et leurs groupes qu'ils devront intégrer leur mode de communication (en fonction de leur handicap) dans leur jeu de rôle de telle sorte qu'il soit compatible avec le handicap du/de la client-e



À noter : Rétérer aux participant-e-s qui joueront le rôle de la cliente l'importance d'être respectueux-se lors de l'interprétation du rôle du personnage. Le but du jeu de rôle n'est pas de divertir les participant-e-s mais de mettre en pratique différentes techniques de communication. Expliquer qu'il est essentiel que les participant-e-s veillent à jouer leur rôle de manière digne.

Pendant qu'ils/elles passent en revue les outils et se préparent pour leur jeu de rôle, les facilitateur-trice-s placent deux chaises au centre de la salle (se faisant face à face).

Ensuite, inviter le prestataire du premier groupe et la cliente à venir s'asseoir sur leur chaise respective.

Accorder au groupe 1 **jusqu'à 15 minutes** pour leur jeu de rôle.

Une fois que les participant-e-s qui interprètent leur jeu de rôle dans le groupe 1 ont terminé, passer 5 minutes à leur poser des questions sur les points suivants :

- Comment ils/elles ont été pendant l'exercice du jeu de rôle, à leur avis.
- Qu'est-ce qui leur a paru particulièrement difficile ? Pourquoi ?
- S'ils/si elles devaient faire cet exercice de nouveau, le feraient-ils/elles différemment ? Si oui, comment ?

Ensuite inviter le groupe 2 à s'asseoir sur les chaises et répéter les étapes (citées ci-dessus), et puis inviter le groupe 3 à faire la même chose.

La brochure accessible sur les méthodes contraceptives a été fournie à titre d'exemple pour aider les participant-e-s à réfléchir sur la façon dont les supports inclusifs et accessibles d'IEC peuvent aider les interactions entre prestataire et client-e. Encourager les participant-e-s à réfléchir sur les supports d'IEC qu'ils/elles utilisent régulièrement et à envisager les modalités d'adaptation pour les rendre plus inclusifs et accessibles.

Leurs supports d'IEC contiennent-ils des images qui peuvent être facilement interprétées ? Comportent-ils une terminologie technique ou complexe qui pourrait être difficile à comprendre pour quelqu'un qui (par exemple) présente un handicap intellectuel ou ne parle pas la langue ? Les personnes qui présentent différents types de handicap sont-elles (suffisamment) représentées ? Il s'agit de là de **toutes les questions clés** à prendre en compte pour évaluer les changements auxquels ils/elles peuvent devoir procéder afin d'en garantir le caractère inclusif et accessible.

Passer à la diapositive PowerPoint n°174



Message clé à retenir

Nous communiquons tous. Cela fait partie de notre humanité. Que ce soit à l'oral, par la langue des signes ou par la lecture, la communication est un élément fondamental de nos vies. Et lorsqu'il est question d'informations qui guident nos choix, il est doublement important d'être clair.

L'accès à l'information est un droit, et non un privilège.

3.6 Étape 3 du processus de consentement éclairé : Respect de la vie privée et de la confidentialité

Durée	20 minutes
Méthodologie	Vidéo et discussion en plénière
Ressources	Vidéo
Diapositives	175 - 180

Passer à la diapositive PowerPoint n°176

Expliquer aux participant-e-s que le respect de la vie privée des personnes en situation de handicap doit être pondéré par rapport à l'importance de la présence des interprètes en langue des signes, des aidant-e-s et des proches pour fournir un soutien et faciliter la communication (Leonard Cheshire, 2023). Si possible, le recours à des interprètes qui sont recommandés par des OPH et/ou qui ont signé des accords de confidentialité est important dans ce cas présent.

Il est important de noter que les aidant-e-s et les proches peuvent avoir des opinions très tranchées concernant la sexualité et leur être cher. Il peut être pertinent d'inclure les proches dans les conversations avec les client-e-s sur la sexualité, ou un-e client-e adulte peut préférer discuter de sexualité sans la présence des membres de sa famille ou des personnels de soutien. Dans ce cas, les prestataires sont encouragés à respecter l'autonomie du/de la patient-e.

Les prestataires de soins doivent vérifier auprès du/de la client-e au début d'un rendez-vous, qui est leur aidant-e de confiance. S'il/si elle est accompagnée, il convient peut-être de demander aux proches de sortir de la pièce pour demander au/à la client-e sa préférence quant à la présence d'une personne, et de garder à l'esprit que les client-e-s ont le droit de prendre des décisions médicales pour eux/elles-mêmes, notamment des décisions sur la sexualité et les soins de santé sexuelle.



Les informations sur les client-e-s doivent être traitées de manière confidentielle et respectueuse. De plus, les membres d'une équipe de soins doivent partager des informations confidentielles seulement si cela est nécessaire, pour des soins sûrs et efficaces dispensés à une personne. Les organisations et les établissements de SSR doivent être au fait des lois et des règles relatives à la confidentialité et au partage des informations aux fins de protection.

En outre :

- Si vous devez partager des informations, il faut demander le consentement pour ce faire.
- Conserver une trace quand des informations confidentielles sont partagées.
- Les informations qui sont partagées pour le bien de la communauté doivent être anonymisées (retirer toute information permettant d'identifier un individu).
- Le droit d'un individu à s'opposer au partage d'informations confidentielles le concernant doit être respecté.
- Les organisations doivent mettre en place des politiques, des procédures et des systèmes pour veiller à ce que les règles de confidentialité soient respectées.

Passer à la diapositive PowerPoint n°177

À présent, lancer la vidéo qui présente des témoignages de personnes en situation de handicap à propos des difficultés subies par rapport au respect de la vie privée et de la confidentialité lors de l'accès aux soins, et leurs recommandations pour les prestataires de soins.

Discussion en plénière à partir du témoignage relatif au respect de la vie privée et de la confidentialité

Passer à la diapositive PowerPoint n°178

Poser les questions ci-dessous :

- Quelles ont été vos premières réflexions sur le témoignage que vous venez de voir ?
- D'après le témoignage, y a-t-il des tactiques et des approches que vous souhaiteriez mettre en œuvre pour éviter qu'un-e client-e ressente ou subisse quelque chose de semblable à ce que la défenseure autoproclamée a mentionné dans sa vidéo ?

Passer aux diapositives PowerPoint n°179 et 180



Message clé à retenir

L'article 22 de la CDPH affirme l'égalité des droits des personnes en situation de handicap au respect de la vie privée, y compris le caractère privé des informations personnelles sur la santé. Les principes directeurs de la prestation de services de SSR doivent inclure la dignité, le respect de la vie privée, la confidentialité et le respect des désirs et des droits sexuels et reproductifs des personnes en situation de handicap.

Les prestataires de soins doivent être guidés par les client-e-s quant à la question de savoir si les aidant-e-s doivent faire partie du processus de soutien à la prise de décision ou non. Si un-e client-e préfère la confidentialité et ne souhaite pas être impliqué-e dans ces discussions alors le prestataire de soins doit respecter son souhait.

3.7 Étape 4 du processus du consentement éclairé : vérifier la compréhension pour déterminer les besoins en matière de soutien à la prise de décision

Durée	1 heure et 45 minutes
Méthodologie	Présentation, travail de groupe et discussion en plénière
Ressources	<ul style="list-style-type: none">• Outil 5a : Étude du cas d'Adana• Outil 5b : Étude du cas de Promise• Stylos• Document 4 : Vérifier la compréhension pour déterminer les besoins en matière de soutien à la prise de décision
Diapositives	181 - 186

Passer à la diapositive PowerPoint n°182

Il est important que le/la client-e comprenne les informations concernant ses soins et son traitement, et les implications de ses décisions. Dans le cadre de la CDPH, l'évaluation de la compréhension du/de la client-e ne doit pas être concentrée sur la question de savoir si le/la client-e est dépourvu-e de personnalité juridique mais plutôt sur les aménagements et le soutien dont le/la client-e a besoin pour contribuer à la prise de décision (Leonard Cheshire, 2023).

Distribuer **Document 4** aux participants et explique que pour vérifier la compréhension afin de déterminer les besoins en matière de soutien à la prise de décision, les prestataires de soins doivent suivre les étapes déclinées ci-dessous :

Étape 1 : Partir du principe qu'il/elle est en capacité

Étape 2 : Communiquer des informations d'une manière qui vous semble compréhensible pour le/la client-e.

Étape 3 : Lui accorder du temps pour penser aux informations et poser des questions.

Étape 4 : S'il/elle ne peut pas parler, chercher d'autres méthodes, comme des gestes pour lui permettre d'indiquer s'il/si elle est ou n'est pas d'accord (oui ou non).

Étape 5 : Se souvient-il/elle des informations ?

Peut-il/elle vous les répéter à sa façon ?

Si **oui**, passez à l'**étape 6**, si **non**, répétez les **étapes 2-4** à nouveau. Préparez-vous à recommencer plusieurs fois. S'ils ne comprennent toujours pas, passez à l'**étape 11**.

Étape 6 : Comprend-il/elle qu'il y a plusieurs options ? Peut-il/elle vous décrire ces options ?

Si **oui**, passez à l'**étape 7**, si **non**, répétez les **étapes 2 à 4**. Préparez-vous à recommencer plusieurs fois. S'ils ne comprennent toujours pas, passez à l'**étape 11**.

Étape 7 : Comprend-il/elle les risques et les bénéfices de chaque option ? Par ex., d'après vous, que pourrait-il se passer si vous alliez au centre de santé ? En quoi cela vous serait-il utile ? Quelles sont les mauvais côtés de cette option ?

Si **oui**, passez à l'**étape 8**, si **non**, répétez les **étapes 2-4**. Préparez-vous à recommencer plusieurs fois. S'ils ne comprennent toujours pas, passez à l'**étape 11**.

Étape 8 : Comprend-il/elle les conséquences probables du fait de ne pas bénéficier de services ? Par ex., que se pourrait-il se passer si vous décidiez de ne pas aller au centre de santé ?

Si **oui**, passez à l'**étape 9**, si **non**, répétez les **étapes 2 à 4** à nouveau. Préparez-vous à recommencer plusieurs fois. S'ils ne comprennent toujours pas, passez à l'**étape 11**.

Étape 9 : La personne est-elle contrainte ? Est-ce qu'elle se contente d'être d'accord avec tout ce que vous dites ? Des membres de sa famille et des aidant-e-s lui disent-ils/elles ce qu'elle doit dire ?

Si **oui**, passez à l'**étape 11**, si **non**, passez à l'**étape 10**.

Étape 10 : Le/la client-e peut-il/elle expliquer sa décision ? Par ex., qu'est-ce que vous voulez faire ? Pourquoi voulez-vous faire cela ?

Si **oui**, le client a la capacité de donner son **consentement**. Respectez sa décision. Si **non**, passez à l'**étape 11**.

Étape 11 : Il se peut que le/la client-e ne soit pas en mesure de donner son consentement.

Documentez la manière dont vous êtes parvenu à cette décision. Quelles étapes n'ont pas été franchies ? Déterminez la volonté et les préférences du client. Expliquez comment vous êtes parvenu à cette décision, y compris les personnes que vous avez consultées pour la prise de décision. Documentez les résultats négatifs et positifs potentiels de l'action. Documentez les résultats négatifs et positifs potentiels de l'action sur le bien-être physique, émotionnel et sur le bien-être physique, émotionnel et social du/de la client-e.

Étape 12 : S'agit-il de l'action la moins néfaste ?

Si **oui**, passez à l'**étape 13**, si **non**, demandez **conseil à votre votre superviseur**.

Étape 13 : Expliquer la décision au client d'une manière que vous pensez qu'il/elle comprendra.

Étape 14 : Donnez-lui le temps de réfléchir aux informations et de poser des questions.

Étape 15 : S'il/elle ne peut pas s'exprimer, cherchez d'autres méthodes, comme des gestes pour indiquer qu'il/elle est ou n'est pas d'accord (oui ou non).

Étape 16 : L'action est-elle conforme aux souhaits du client ?

Si **oui**, mettre en œuvre des actions "moins intrusives" et à plus court terme selon les **volonté et les préférences du client**. Si **non**, demandez **conseil à votre superviseur**.



Note : Il peut y avoir un cas de figure dans lequel vous devez solliciter les conseils de votre superviseur pour savoir comment procéder. Cela ne veut pas dire pour autant que les superviseurs auront toutes les réponses aux problèmes mais ils peuvent aider à :

- Réfléchir sur les difficultés à la lumière des directives juridiques, des politiques de santé et des directives relevant des services.
- Solliciter les conseils des organisations de personnes en situation de handicap et/ou des organismes gouvernementaux nationaux ou infranationaux qui aident les personnes en situation de handicap intellectuel,
- Intensifier les discussions lorsqu'un soutien ou une action de plus haut niveau est nécessaire.

Passer à la diapositive PowerPoint n°183

Activité : Études du cas d'Adana et de Promise



Travail de groupe : (45 minutes)

Séparer les participant-e-s dans deux groupes. Distribuer des copies de l'étude du cas d'Adana au groupe 1 et distribuer des copies de l'étude du cas de Promise au groupe 2. Les informer que chaque étude de cas comprend 2 scénarios et que chaque scénario comporte un ensemble de questions auxquelles chaque groupe doit répondre.

Informers le groupe que 20 minutes lui seront accordés pour lire l'étude de cas et discuter en groupe des réponses à chaque question. Les informer qu'ils devront choisir 2 membres de leur groupe et leur attribuer un scénario. Il sera demandé à ces membres de faire un compte rendu au groupe élargi une fois que nous aurons repris la discussion en plénière. Chaque membre devra documenter sur une feuille de papier les points qui sont soulevés pendant que leur groupe passe en revue et discute du scénario, et devra noter comment il est arrivé à ses réponses.

Discussion en plénière (45 minutes)

Rassembler les groupes. Un-e des facilitateur-trice-s va lire à haute voix le préambule de l'étude du cas d'Adana.

Inviter le groupe 1 à venir devant la salle si possible. Lui demander quels sont les 2 membres qui ont été désignés pour faire un compte rendu au groupe élargi de ce qui a été discuté dans leur scénario attribué.

Demander à la première personne désignée de partager le contexte du scénario A et de lire les questions et donner une réponse à chacune d'entre elles. Une fois cette étape terminée, inviter l'autre personne désignée pour le scénario B à suivre le même processus que la personne précédente.

Une fois que tous les scénarios correspondants à l'étude du cas d'Adana auront été partagés avec le groupe dans son ensemble, inviter le groupe 2 (affecté à l'étude du cas de Promise) de faire part de ses réflexions ou questions/préoccupations/commentaires. Inviter d'autres membres du groupe 1 à faire part de leurs réflexions également.

Demander ensuite au groupe 1 de regagner sa place et inviter le groupe 2 à venir devant la salle si possible. Lui demander quels sont les 2 membres qui ont été désignés pour faire un compte rendu au groupe élargi de ce qui a été discuté dans leur scénario attribué.

Demander à la première personne désignée de partager le contexte du scénario A et de lire les questions et donner une réponse à chacune d'entre elles. Une fois cette étape terminée, inviter l'autre personne désignée pour le scénario B à suivre le même processus que la personne précédente.

Une fois que tous les scénarios correspondants à l'étude du cas de Promise auront été partagés avec le groupe dans son ensemble, inviter le groupe 1 (affecté à l'étude du cas de Adana) à faire part de ses réflexions ou questions/préoccupations/commentaires. Inviter d'autres membres du groupe 2 à faire part de leurs réflexions sur ce point également.

Passer aux diapositives PowerPoint n°184 et 185



Lire ce qui figure ci-dessous aux participants :

Impliquer un-e aidant-e dans le processus de consentement éclairé

L'implication d'une autre personne de confiance peut s'avérer nécessaire lors du processus de consentement éclairé initial pour qu'elle aide à faciliter la communication et la compréhension des services que vous offrez (Leonard Cheshire, 2023). Dans la mesure du possible, la décision concernant la personne à impliquer doit être prise en partenariat avec le/la client-e. Un membre du personnel ne doit jamais prendre ce type de décision tout seul. Si personne n'accompagne le/la client-e, consulter votre superviseur pour définir la manière de procéder. Une telle décision doit toujours être prise en analysant la volonté et les préférences du/de la client-e. **Se souvenir que l'obtention du consentement de l'aidant-e aux services ne signifie pas que vous avez le consentement du/de la client-e ou de l'aidant-e pour toute autre intervention.**

Si les aidant-e-s ou d'autres sont impliqués dans le consentement à l'orientation et à d'autres services, il est important que vous continuiez de faire en sorte que les souhaits et les besoins du/de la client-e restent la priorité.

Tenir compte de la coercition. Veiller à observer les interactions du/de la client-e avec l'aidant-e. Si vous considérez que le rapport de forces et la relation entre l'aidant-e et le/la client-e impacte le droit du/de la client-e de participer à la prise de décision et/ou si les décisions ne sont pas en phase avec ses souhaits et ses désirs, consulter votre superviseur afin de déterminer comment procéder.

Il ne s'agit pas de suggérer que les superviseurs auront toutes les réponses à ces questions éthiques, mais ils peuvent aider à :

- Réfléchir sur les difficultés à la lumière des directives juridiques, des politiques de santé et des directives relevant des services.
- Solliciter les conseils d'OPH et/ou des organismes gouvernementaux nationaux ou infranationaux qui aident les personnes en situation de handicap intellectuel.
- Intensifier les discussions lorsqu'un soutien ou une action de plus haut niveau est nécessaire. **Garder à l'esprit le fait que les intérêts des membres de la famille et des aidant-e-s ne sont peut-être pas liés à la volonté et aux préférences du/de la client-e.**

Passer à la diapositive PowerPoint n°186



Message clé à retenir

- Créer un environnement confidentiel.
- Adapter et essayer différentes méthodes de communication pour répondre aux besoins de la personne et veiller à ce qu'elle comprenne.
- Prendre son temps et demander à ce qu'il/elle répète ce qu'il/elle a compris. Poser des questions.
- Avoir conscience du fait que leur famille et leurs amis puissent être habitués à prendre des décisions en leur nom et intervenir. Répéter les stratégies pour faire face à ces situations.

3.8 Étape 5 du processus de consentement éclairé : faciliter la prise de décision soutenue par le/la client-e

Durée	20 minutes
Méthodologie	Présentation
Ressources	Video
Diapositives	187 - 192

Passer à la diapositive PowerPoint n°187

Rappeler aux participant-e-s que la veille, ils/elles ont appris des approches visant à vérifier et déterminer les besoins de soutien à la prise de décision pour les client-e-s en situation de handicap. Ils/elles ont aussi pris part à une activité qui avait pour but de les aider à comprendre quand il peut être important d'apporter un soutien à la prise de décision pour permettre le consentement éclairé/déterminer la volonté et la préférence du/de la client-e.

Expliquer aux participant-e-s que si on a utilisé des techniques évoquées précédemment et s'il semble que le/la client-e ne comprend pas les traitements, les services et les méthodes de contraception disponibles, il est important d'utiliser les approches suivantes :

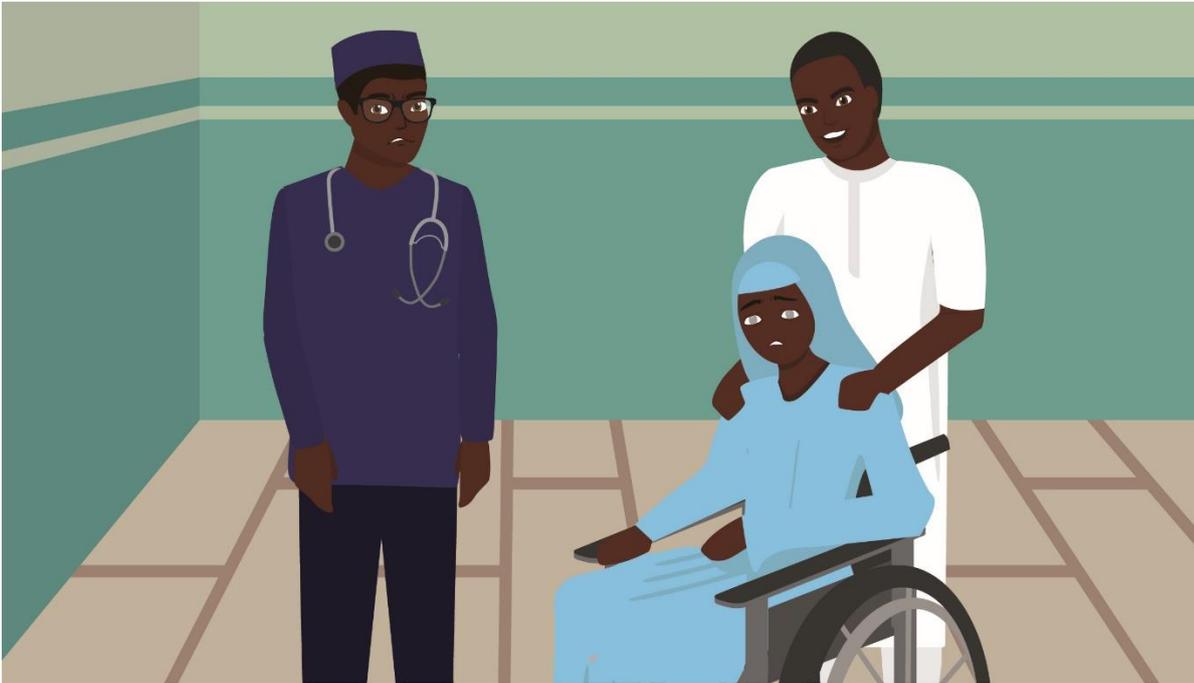
Passer à la diapositive PowerPoint n°188

Procéder à des arrangements : En reconnaissant que les prestataires travaillent avec de lourdes contraintes de temps et de ressources, il peut être utile de faire ce que vous pouvez pour garantir suffisamment de temps pour la discussion et la prise de décision, et/ou procéder à des arrangements comme :

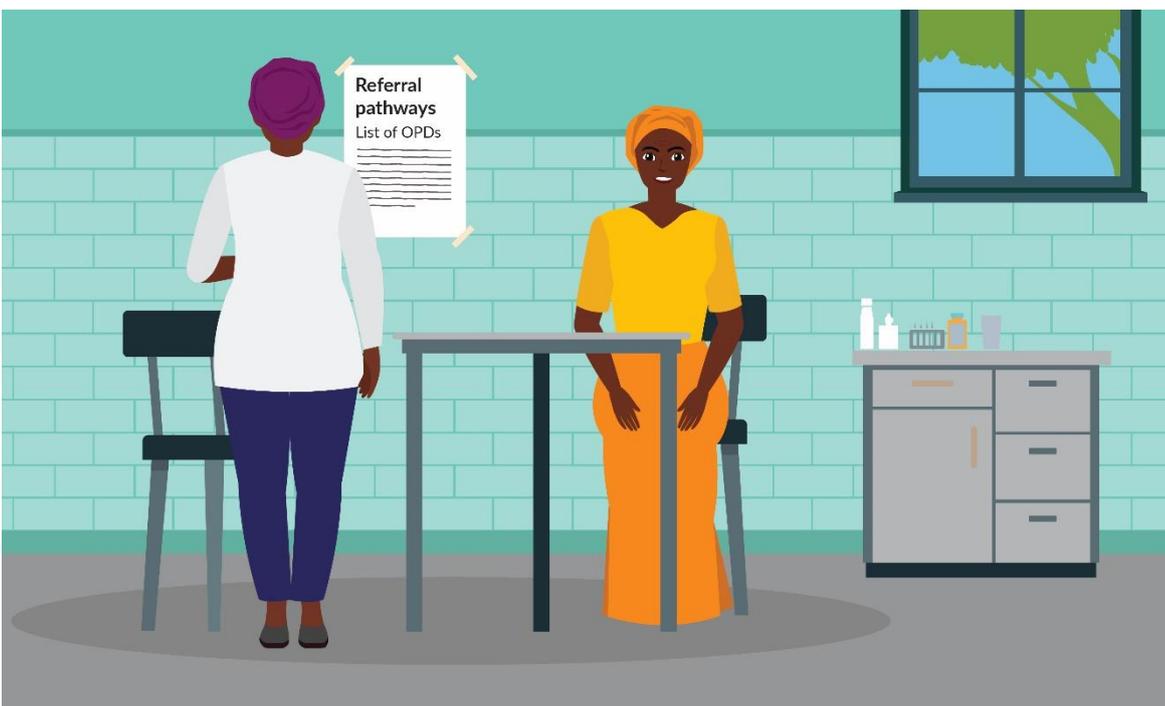
- Ajuster les dispositifs sensoriels (éclairage, sons),
- Veiller à ce que les supports de communication soient en place (dispositifs, interprètes),
- Prévoir des rendez-vous à un moment idéal de la journée ou plusieurs visites,
- Adapter les interventions pour gérer la douleur ou l'anxiété,
- Permettre à la personne d'apporter des effets personnels ou de venir accompagnée pour améliorer son sentiment de confort et de sécurité,
- Mobiliser un ou plusieurs soutiens à la prise de décision.

Impliquer les aidant-e-s : Veiller à ce que le/la client-e ait le soutien d'une personne de confiance de son entourage pour l'aider à prendre sa décision, si nécessaire. Les aidant-e-s et les proches sont très importants, et les prestataires doivent travailler avec eux afin de soutenir la personne en situation de handicap.

Tenir compte de la coercition : Si un agent de santé a le sentiment que le/la client-e est contraint-e d'utiliser ou non une méthode de contraception (par son aidant-e ou dans le cadre d'une autre relation), parler à un responsable de service dès que possible pour déterminer la ligne de conduite.



Orientations : Le consentement éclairé doit être sollicité pour toutes les orientations. Il est important que les prestataires de soins sachent vers quelle structure orienter les client-e-s en situation de handicap, y compris vers les OPH. La mise en relation de client-e-s avec des OPH est une modalité clé pour veiller à ce qu'ils/elles aient le soutien de pairs pour comprendre et prendre des décisions, ce qui facilite leur consentement éclairé. Néanmoins, cela dépend aussi de la nature de l'OPH. Certaines ont un objectif exclusivement axé sur le plaidoyer et ne sont peut-être pas équipées pour aider les individus face à ces problèmes spécifiques. Il est aussi important de garder à l'esprit que toutes les OPH n'ont pas toutes une représentation et des capacités solides par rapport à certains types de handicaps comme les handicaps psychosociaux et les handicaps intellectuels.



Passer à la diapositive PowerPoint n°189

Lancer la vidéo sur le consentement éclairé.

Passer à la diapositive PowerPoint n°190

Une fois que la vidéo est terminée, demander rapidement à 1 ou 2 participant-e-s s'ils/si elles souhaitent partager des réflexions avec le groupe élargi.

Ensuite, expliquer que lorsque d'autres personnes sont impliquées dans le processus de consentement éclairé et de prise de décision, il est important de garder à l'esprit que :

- Même les personnes qui ont besoin d'un soutien important peuvent jouer un rôle dans la prise de décision et qu'elles ont un droit à l'information (Women's Refugee Commission, 2015c).
- Partager des informations et écouter les idées des clientes ainsi que leurs opinions.
- Utiliser des images, des gestes et des symboles pour demander si quelqu'un souhaite accéder au service ou traitement.
- Il faut prendre compte des signes d'agitation, de colère ou d'anxiété qui peuvent indiquer que le/la client-e n'est pas satisfait-e de ce qui est évoqué ou d'une activité en cours.

L'offre d'un soutien de qualité aux aidant-e-s est un des moyens les plus efficaces pour renforcer la sécurité et améliorer le bien-être de ceux/celles dont ils prennent soin. Au niveau local, il peut y avoir des groupes qui apportent un soutien aux aidant-e-s. Le travail mené séparément avec les aidant-e-s (outre celui qui est effectué avec les survivant-e-s et les aidant-e-s ensemble) peut faire office d'intervention psychosociale en soi, en créant un espace sûr destiné aux aidant-e-s pour parler des sujets qui les concernent, de leurs propres émotions - positives et négatives - sans avoir le sentiment d'être exigeant-e-s ou égoïstes, ou qu'il-elle-s ne sont pas entendu-e-s correctement.

Il est aussi important de reconnaître que les sentiments d'un-e aidant-e peuvent être complexes, et il est normal de ressentir de la frustration, du ressentiment et de la colère parallèlement à l'amour et à la préoccupation. L'aide accordée aux personnes pour développer des modalités de compréhension et de gestion de ces sentiments peut s'avérer utile pour renforcer la relation entre l'aidant-e et la personne prise en charge, et mettre au point des stratégies pour faire en sorte que les besoins de l'aidant-e soient satisfaits.

Passer à la diapositive PowerPoint n°191



Messages clés à retenir

En accordant un tel soutien à l'aidant-e, il est important que le prestataire de soins réfléchisse aux points suivants : Qu'est-ce que l'aidant-e attend de vous ? Quel type d'alliance voulez-vous établir avec lui/elle, et à quels types de limites devez-vous prêter attention ? Dans quelle mesure leurs attentes sont-elles réalistes/possibles ? Quels sont les éléments de cette relation qui pourraient s'avérer difficiles, et sur quoi pouvez-vous vous appuyer ?

Fin du jour 3

Durée	10 minutes
Méthodologie	Discussion en plénière
Ressources	-
Diapositives	192

Passer à la diapositive PowerPoint n°192

Remercier les participants pour leur mobilisation active et demander si quelqu'un a une dernière question avant de clôturer le troisième jour de formation.

Demander à présent aux participant-e-s de restituer les outils qu'ils/elles ont partagés pendant les activités de groupe. **Leur rappeler que pour la journée suivante de formation ils/elles devront apporter les documents qui leur auront été distribués la veille ou les jours précédents.**

Avant de conclure, faites des rappels logistiques concernant le dernier jour de formation, comme l'heure d'arrivée, etc.

Jour 4 : Protéger les client-e-s en situation de handicap

4.1 Accueil et récapitulatif de la journée précédente

Durée	30 minutes
Méthodologie	Activité de groupe
Ressources	<ul style="list-style-type: none">• Papier• Stylos• Casquette ou bol/récipient (pour y mettre des morceaux de papier aplatis)
Diapositives	193

Passer à la diapositive PowerPoint n°193

Au début de cette section, accueillir les participant-e-s avant de leur faire prendre part à une activité interactive pour récapituler les principaux apprentissages du jour précédent.

Distribuer deux feuilles de papier à chaque participant-e et leur demander d'écrire une question sur chaque feuille. Les questions doivent porter sur quelque chose qui a été appris la veille.

Ensuite, distribuer la casquette/le bol/le récipient et demander aux participant-e-s de transformer leurs morceaux de papier en boules et de les mettre dans le récipient.

Une fois que toutes les boules de papier auront été ramassées, demander aux participant-e-s de retirer une boule de papier et leur demander de lire les questions et d'essayer d'y répondre en plénière. S'ils/si elles ne connaissent pas la réponse, d'autres participant-e-s peuvent les aider. Si un-e participant-e se tombe sur une question qu'il/elle a écrite, il/elle doit échanger la question avec une autre personne.

4.2 Étape 6 du processus de consentement éclairé : Agir conformément à la volonté et à la préférence de la cliente

Durée	1 heure et 45 minutes
Méthodologie	Exercices de jeu de rôle et discussions en plénière
Ressources	<ul style="list-style-type: none">• Outil 6a : Script de Chioma (Cliente)• Outil 6b : Script du Dr. Babatunde (Prestataire de service)• Outil 6c : Script de Gladys (Mère)• Outil 6d : Script du Dr. Ayala (Superviseur)• Document 5 : Déterminer les besoins en matière de soutien à la prise de décision et solliciter le consentement• Outil 4 : Brochure accessible sur les méthodes contraceptives• Le kit de choix
Diapositives	194 - 198

Passer à la diapositive PowerPoint n°194

Les prestataires de soins et le personnel de soutien peuvent rencontrer des client-e-s qui sont dans l'incapacité d'accorder leur consentement éclairé même avec l'aide nécessaire. Pour établir ces faits, toutes les étapes qui précèdent pour acquérir un consentement éclairé devront avoir été appliquées.

1. Quand un-e client-e n'est pas en mesure d'exprimer une décision même avec une aide, il peut être nécessaire d'essayer d'identifier les éléments que le/la client-e prendrait en compte et agir en fonction de sa volonté et de ses préférences (Leonard Cheshire, 2023). La « volonté et les préférences » d'un-e client-e sont le principe directeur de tous les soutiens ou de la pratique de la prise de décision dans le cadre de la CDPH, mais il peut être compliqué de savoir ce que cela signifie quand les client-e-s ne sont pas en mesure d'accorder un consentement éclairé même avec un soutien à la prise de décision. Vous pourriez parler à un superviseur dès que possible pour déterminer la ligne de conduite.
2. Déterminer si le/la client-e a fait part de points de vue pertinents par le passé.
3. Demander à des proches ou à des ami-e-s s'ils/si elles savent ce que le/la client-e voudrait.
4. Essayer d'identifier des choses que le/la client-e prendrait en considération s'il/si elle prenait la décision lui/elle-même, notamment sa volonté et préférence et ses éventuelles croyances religieuses ou morales.
5. Favoriser des options « moins restrictives ».



Garder à l'esprit que : les « options moins restrictives » représentent les options qui atteindront le but escompté d'une manière qui est moins restrictive pour les droits et la liberté d'action de la personne.

Passer aux diapositives PowerPoint n°195 et 196

Activité : Volonté et préférences

Expliquer aux participant-e-s que vous allez à présent faire un exercice de jeu de rôle qui aidera les personnes à mettre en pratique des compétences permettant de déterminer les besoins en soutien à la prise de décision et les modalités, et de savoir comment prendre en compte la volonté et les préférences des client-e-s dont il est avéré qu'ils/elles ne peuvent pas donner leur consentement.

Dire aux participant-e-s qu'il y a quatre personnages dans ce jeu de rôle : Dr. Babatunde, Chioma la cliente en situation de handicap intellectuel, Gladys la mère de Chioma, et le superviseur.

Demander à quatre participant-e-s de s'avancer pour le jeu de rôle (un-e pour chaque personnage) et leur attribuer un numéro de groupe à chacun. Par exemple, le/la participant-e qui joue le rôle de Chioma sera dans le groupe 1, le/la participant-e qui joue le rôle du médecin sera dans le groupe 2, le/la participant-e qui joue le rôle de la mère sera dans le groupe 3, et le/la participant-e qui joue le rôle du superviseur sera dans le groupe 4. Ensuite, affecter les autres participant-e-s restant-e-s au sein de ces 4 groupes.

Remettre les outils et les documents respectifs à chaque participant-e désigné-e et parcourir le scénario avec lui/elle et le groupe élargi. Lire l'étude du cas du Dr. Babatunde en premier, ensuite celle de Chioma, ensuite celle du superviseur, ensuite celle de la mère. Veiller à préciser que le/la participant-e qui incarne Dr. Babatunde devra renseigner une liste de contrôle figurant dans le script.

Indiquer que chaque membre du groupe devra aider à préparer les participant-e-s qui interpréteront le jeu de rôle. Pour ce faire, passer en revue les outils et les documents concernés, et discuter (et noter) ce que les personnages du jeu de rôle doivent dire ou faire à chaque étape du jeu de rôle. Chaque groupe disposera de 45 minutes pour préparer son jeu de rôle.

Inviter les quatre personnages à venir au centre de la salle pour interpréter le jeu de rôle et leur accorder 30 minutes pour ce faire.

Demander aux groupes élargis de prendre des notes et d'écrire leurs éventuelles questions et réflexions par rapport à chaque personnage et la manière dont ils gèrent la situation en question.

Une fois que les jeux de rôle sont terminés, passer 15 minutes à poser ces questions au groupe élargi (en choisir quelques-unes à évoquer avec le groupe si vous manquez de temps) :

Passer aux diapositives PowerPoint n°197 et 198

- Qu'ont-ils/elles découvert pendant cette activité (Scribd, 2024)?
- Dans quelle mesure ce scénario est-il lié à ce qu'ils/elles savent déjà ?
- Les étapes suivies par le Dr. Babatunde pour confirmer que Chioma avait compris les informations sont-elles suffisamment claires pour les participant-e-s ?
- Les étapes suivies par le Dr. Babatunde pour confirmer la volonté et les préférences de Chioma sont-elles suffisamment claires pour les participant-e-s ?
- Qu'est-ce qui a bien fonctionné et qu'est-ce qui pourrait avoir été fait différemment ?
- Quelles mesures pratiques peuvent-ils/elles retenir et appliquer dans leur pratique ?
- À quoi correspondent les options moins restrictives dans notre contexte ?

4.3 Étape 7 du processus de consentement éclairé : documenter le processus

Durée	15 minutes
Méthodologie	Discussion en plénière
Ressources	-
Diapositives	199 - 200

Passer à la diapositive PowerPoint n°199

Quelle que soit la manière dont le consentement est accordé, le processus de consentement éclairé doit être documenté.

Passer les 15 minutes suivantes à discuter de la documentation du processus de consentement éclairé avec les participant-e-s. Les participant-e-s bénéficieront de suffisamment de temps pour réfléchir sur les informations et contribuer à :

Passer à la diapositive PowerPoint n°200

1. Pourquoi est-il important de documenter le processus de consentement éclairé ?
2. Qui doit documenter ce processus ?
3. Un-e client-e doit-il donner son consentement éclairé volontaire par écrit ou existe-t-il d'autres options ?
4. Le lieu de conservation des dossiers médicaux des client-e-s a-t-il une importance quelconque ? Si oui, pourquoi ?



Réponses aux questions ci-dessus (pour les facilitateur-trice-s)

1. Pourquoi est-il important de documenter le processus de consentement éclairé ?

Cela permet de suivre la manière dont une décision a été prise et d'établir qui a été impliqué dans le soutien à la prise de décision.

C'est une manière de fournir des informations clés sur le/la client-e qu'il pourrait être utile de garder à l'esprit pour de futures consultations, par exemple : ce que sont ses besoins en matière de soutien, préfère-t-il/elle avoir un-e assistant-e/aidant-e/ami-e dans la pièce avec lui/elle ou préfère-t-il/elle être seul-e, faire en sorte que la volonté et les préférences d'un-e client-e soient évoquées avant afin d'alimenter de futures décisions, le prestataire de soins a-t-il des préoccupations concernant le/la client-e qui doivent être prises en compte à l'avenir, etc.

Cela pourrait aider à identifier des problèmes potentiels de protection qui peuvent s'aggraver avec les parties concernées.

2. Qui doit documenter ce processus ?

Le prestataire et le personnel concerné impliqués dans les soins du/de la client-e (par exemple, une infirmière ou une sage-femme).

3. Est-ce que l'écrit constitue la seule manière pour un-e client-e de donner son consentement éclairé volontaire ou existe-t-il d'autres options ?

Non, le consentement éclairé volontaire peut être donné par écrit, en signant (en utilisant la langue des signes) ou verbalement et enregistré, ou par le biais de moyens alternatifs comme l'enregistrement vidéo. Néanmoins, quelle que soit la manière dont le consentement est accordé, le processus de consentement éclairé doit être documenté.

4. Le lieu de conservation des dossiers médicaux des client-e-s a-t-il une importance quelconque ? Si oui, pourquoi ?

C'est important. Les informations sensibles sur les client-e-s peuvent être mal utilisées par des personnes mal intentionnées et cela pourrait mettre les client-e-s en danger. Les client-e-s ont aussi le droit au respect de leur vie privée et à la confidentialité, par conséquent, les dossiers des client-e-s contenant des données sensibles les concernant doivent être conservés en toute sécurité et seules les personnes concernées peuvent avoir accès à ces dossiers si nécessaire. Une procédure doit aussi être mise en place que pour assurer un suivi des personnes qui accèdent à un dossier et dans quel but.

4.4 Protéger les client-e-s en situation de handicap

Durée	5 minutes
Méthodologie	Présentation
Ressources	
Diapositives	201 - 202

Passer à la diapositive PowerPoint n°201

La protection des services de SSR comporte trois aspects clés :

Passer à la diapositive PowerPoint n°202

- **Veiller à ce que les services ne portent pas préjudice aux client-e-s.** Les organisations et les institutions ont le devoir de veiller à ce que leur personnel, leurs opérations et leurs programmes ne nuisent pas aux enfants et aux adultes et ne les exposent pas à des préjudices, à des maltraitements ou à des exploitations. Cela inclut le fait de causer des dommages par inadvertance, en offrant des services et en prodiguant des conseils inadaptés. Le processus de consentement éclairé contribue à faire en sorte que les client-e-s en situation de handicap intellectuel et sensoriel ne soient pas exposé-e-s à des dommages lorsqu'ils/elles ont recours aux services de SSR.
- **La protection des client-e-s qui sont confronté-e-s à des dommages dans leurs relations avec d'autres personnes** (comme les membres de la communauté, les proches, les aidant-e-s et autres). Dans ce cas, les prestataires de soins de SSR doivent vérifier qu'un problème de protection se pose en dehors de la relation avec le prestataire de service (par exemple, la coercition, les maltraitements ou les violences commises par un-e aidant-e, un-e partenaire sexuel ou intime, un membre de la communauté, etc.), et savent quoi faire si tel est le cas. Un problème de protection peut compromettre la capacité d'une personne à donner son consentement éclairé au service sollicité.
- **Protéger le personnel face à d'éventuels dommages.** Il est important de protéger tout le monde au sein de nos organisations à tout moment, notamment de protéger le personnel face à des préjudices et à des comportements inappropriés comme le harcèlement.

Il existe des questions clés en rapport avec la protection des personnes en situation de handicap. Une des difficultés évidentes concerne les cas de figure où un agresseur potentiel est un membre de la famille ou un-e aidant-e et se trouve dans la pièce avec le prestataire de soins de SSR et/ou la personne en situation de handicap est dépendante de ce membre de la famille ou de l'aidant-e pour la communication ou l'interprétation. Les prestataires peuvent aussi être confrontés à des tensions entre la protection des adultes en situation de handicap intellectuel face à la maltraitance tout en respectant leur droit à l'expression sexuelle consensuelle (National Library of Medicine, 2022).

Le processus de protection doit respecter le droit d'un-e client-e de prendre ce que le prestataire de soins peut considérer comme des mauvaises décisions, à condition que ces décisions soient consensuelles, légales et qu'elles ne posent pas un problème de protection.

4.5 Protection : Préoccupations potentielles

Durée	1 heures et 30 minutes
Méthodologie	Travail de groupe + discussion en plénière
Ressources	<ul style="list-style-type: none">• 4 feuilles de tableau à feuilles mobile• Marqueurs
Diapositives	203 -

Passer à la diapositive PowerPoint n°203

Travail préparatoire

Prendre quatre feuilles de tableau à feuilles mobiles et attribuer trois problèmes de protection par feuille, ensuite écrire les préoccupations attribuées sur chaque feuille (veiller à laisser suffisamment d'espace entre chacune).

La liste des préoccupations en matière de protection à noter sur les feuilles de tableau à feuilles mobiles sont :

- Violence physique
- Violence sexuelle
- Harcèlement sexuel
- Exploitation sexuelle
- Coercition ou violence reproductive/obstétricale
- Maltraitance émotionnelle
- Maltraitance financière
- Négligence
- Discrimination
- Maltraitance liée à un handicap spécifique
- Comportements dominateurs
- Pratiques traditionnelles néfastes

Le jour J

Préciser qu'il existe différents types de violences dont les client-e-s en situation de handicap peuvent faire l'objet. Encourager les membres du groupe élargi à énumérer les types de violences qu'ils/elles connaissent déjà et noter ce qu'ils/elles disent.

Ensuite, préciser aux participant-e-s qu'il y a au moins 12 types de violences et de préoccupations en matière de protection et les énumérer un par un (la liste est notée ci-dessus). Préciser que nous allons à présent faire un exercice sur ces différents types de violences.

Activité (partie 1) : Préoccupation en matière de protection

Passer à la diapositive PowerPoint n°204

Travail de groupe (15 minutes)

Répartir les participant-e-s au sein de quatre groupes et remettre à chaque groupe une des feuilles de tableau à feuilles mobiles avec leurs préoccupations respectives en matière de protection. Demander aux groupes de noter sur leur feuille de tableau à feuilles mobiles une définition du type de préoccupation en matière de protection qui leur a été attribuée.

Demander ensuite aux participant-e-s de discuter au sein de leurs groupes et de noter des exemples spécifiques pour chaque violence/préoccupation en matière de protection qui leur a été assignée.

Plénière (20 minutes)

Rassembler les groupes. Un par un demander à chaque groupe de partager la définition de chaque préoccupation relative à la protection qui leur a été assignée. Donner la possibilité aux participant-e-s des autres groupes de faire part de leurs réflexions et d'ajouter des éléments sur ce qui a été présenté. Les facilitateur-trice-s doivent ajouter tout exemple nouveau/supplémentaire identifié par les autres groupes sur la feuille de tableau à feuilles mobiles.

Utiliser les définitions présentées dans le tableau ci-dessous pour guider le passage en revue et la discussion en plénière (Leonard Cheshire, 2023). Il est aussi important de préciser que les client-e-s en situation de handicap peuvent subir ces formes de violence chez eux/elles, dans la communauté et dans les établissements de santé :

Passer à la diapositive PowerPoint n°205

Définitions des différents types de violence

- **Violence physique** Quand quelqu'un vous fait du mal, par exemple, en vous frappant, en vous portant des coups, en vous mordant.
- **Violence sexuelle** Quand quelqu'un touche votre corps ou vos parties intimes d'une manière que vous n'aimez pas ou que vous ne voulez pas. Cela peut inclure le fait de vous embrasser, de vous contraindre à les toucher, d'avoir des rapports sexuels quand vous ne le souhaitez pas.
- **Harcèlement sexuel** Toute avance sexuelle non désirée, qu'elle soit verbale ou physique.
- **Exploitation sexuelle** Cela consiste à profiter de la vulnérabilité d'une personne à des fins sexuelles ; souvent un échange (faveurs sexuelles en échange d'argent, de nourriture, d'un hébergement, de médicaments et d'un emploi).
- **Coercition ou violence reproductive ou obstétricale** Quand quelqu'un vous force à utiliser ou à ne pas utiliser des méthodes de contraception, à tomber enceinte, à subir un avortement ou à vous faire stériliser, ou quand quelqu'un vous maltraite pendant votre grossesse ou votre accouchement.
- **Maltraitance émotionnelle** Quand des personnes vous parlent de manière désagréable. Par exemple, en se moquant, en menaçant, en proférant des grossièretés, en hurlant ou en vous humiliant.
- **Maltraitance financière** Quand des personnes prennent votre argent ou des choses qui vous appartiennent, sans que vous ayez donné votre accord, comme par exemple, le fait de contrôler les allocations de personnes en situation de handicap.
- **Négligence** Lorsque des personnes qui sont censées vous aider ne prennent pas soin de vous correctement. Par exemple, le fait de ne pas vous donner suffisamment de nourriture, le fait de ne pas vous maintenir au chaud et en toute sécurité, le fait de ne pas vous donner de médicaments ou de ne pas vous accompagner chez le médecin si vous êtes malade.
- **Discrimination** Lorsque des personnes vous traitent mal ou injustement en raison de certains facteurs comme la couleur de votre peau, votre religion, votre handicap ou parce que vous êtes lesbienne ou gay et/ou trans.
- **Maltraitance liée à un handicap spécifique** Comme le fait de retirer, de cacher ou de contrôler votre accès aux aides à la mobilité, aux accessoires d'aides sensorielles (par exemple, les lunettes, les cannes blanches, les appareils auditifs), aux médicaments, etc.

- **Comportements dominateurs** Notamment le fait d'isoler une personne de sa famille et de ses amis ; de surveiller ses faits et gestes et de limiter son accès aux ressources financières, à l'emploi, à l'éducation et aux soins médicaux.
- **Pratiques traditionnelles néfastes** Pratiques sociales, culturelles/traditionnelles qui sont discriminatoires et commises régulièrement pendant de longues périodes et que les communautés et les sociétés commencent à considérer comme acceptables dans leur culture. Par exemples : mariage d'enfants, féminicide, mutilation génitale féminine, cérémonies d'initiation, stigmatisation du VIH, etc.

Activité (partie 2) : Questionnaire éclair (30 minutes)

Passer à la diapositive PowerPoint n°206

Informez les participant-e-s qu'ils/elles vont répondre à un questionnaire éclair !

À l'aide des diapositives correspondantes, parcourir chaque scénario et inviter les participant-e-s à partager leurs réponses verbalement. Vous pouvez soit encourager les participant-e-s à lire chaque scénario ou vous pouvez les lire au groupe, en tant que facilitateur-trice-s.

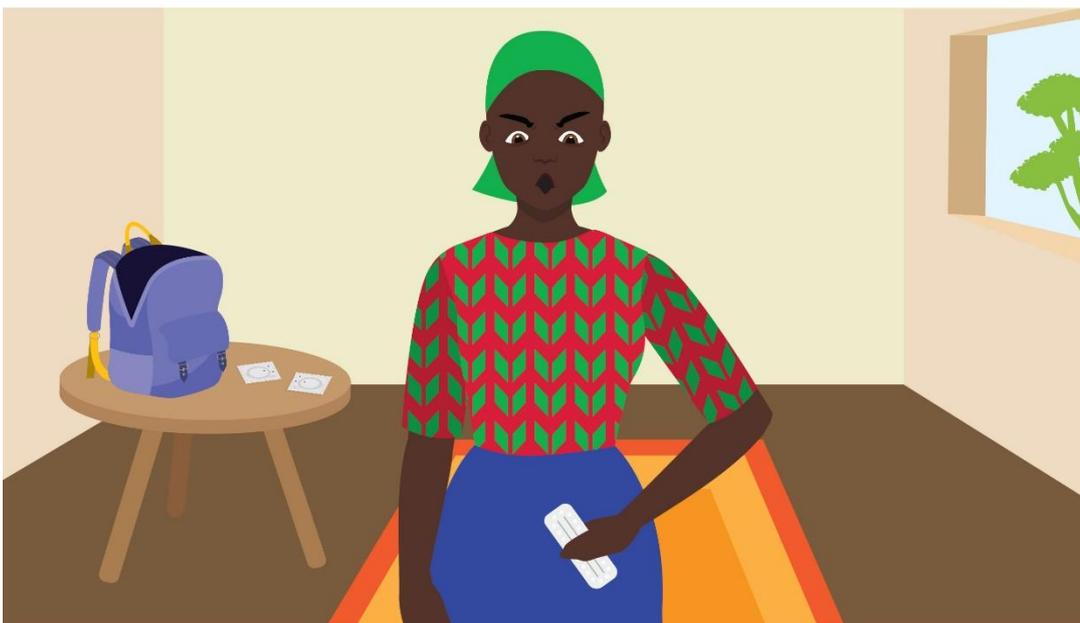
Préoccupations concernant la protection : Questions et réponses du questionnaire éclair

Passer aux diapositives PowerPoint n°207 et 208

Scénario 1 : L'histoire d'Alima

Alima a une relation avec Joseph depuis près de 5 mois et elle fait attention de prendre sa pilule contraceptive pour éviter de tomber enceinte. Bien que Joseph insiste sur le fait qu'il veut avoir des enfants avec Alima maintenant, elle a été très claire et lui a dit qu'elle n'était pas prête à devenir mère. Dernièrement, Joseph a fait pression sur elle et il a dénoncé le fait qu'elle prenne la pilule contraceptive dans un premier temps et qu'elle ait insisté pour qu'il utilise des préservatifs lors des rapports sexuels. Un jour, alors qu'elle cherchait ses pilules contraceptives qu'elle pensait avoir égarées, elle décide de fouiller dans le sac de Joseph et les y trouve avec plusieurs préservatifs inutilisés. Elle se rend compte que ses pilules ont été trafiquées et après avoir inspecté les préservatifs, elle remarque qu'ils avaient tous été percés.

Cela pourrait-il constituer une (ou plusieurs forme(s) de violence ? Si oui, lesquelles?



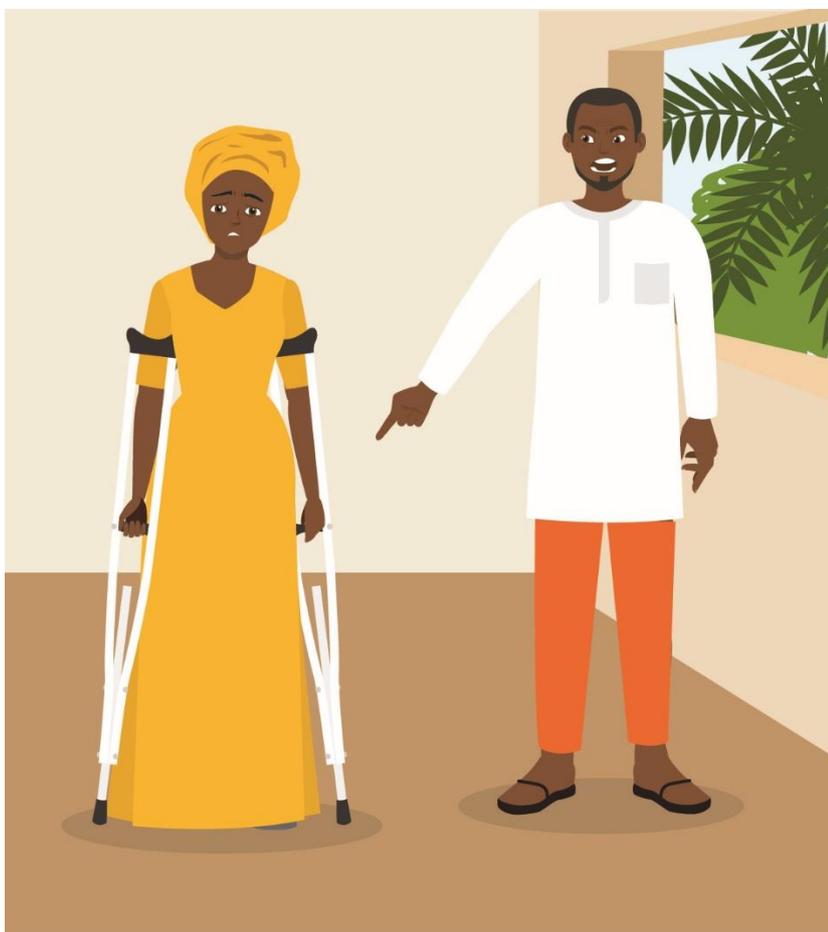
Passer à la diapositive PowerPoint n°209

Réponse : Oui, cela constitue une coercition ou une violence reproductive/obstétricale.

Passer à la diapositive PowerPoint n°210

Scénario 2: L'histoire de Gloria

Gloria est mariée depuis 10 ans et elle essaie toujours de faire de son mieux pour être la meilleure épouse pour son mari pour qu'il ne soit pas fâché contre elle. Son mari l'humilie souvent à cause de son handicap physique et lui dit qu'elle ne lui sert à rien, ce qui la rend vraiment triste. Quand son mari commence à boire (ce qui est très fréquent), il se met très vite en colère et la frappe à plusieurs reprises jusqu'à ce qu'elle perde connaissance. Il lui dit souvent qu'elle ne sera jamais capable de trouver quelqu'un d'autre qui aura suffisamment pitié d'elle pour l'épouser, donc il vaut mieux qu'elle reste avec lui.



Cela pourrait-il constituer une (ou plusieurs forme(s) de violence ? Si oui, lesquelles?

Passer à la diapositive PowerPoint n°211

Réponse : Oui. Maltraitance émotionnelle ET violence physique.

Passer à la diapositive PowerPoint n°212

Scénario 3: L'histoire de David

David vient de commencer à fréquenter une jolie jeune fille de son village. Sa mère croit qu'une personne qui a un handicap visuel comme lui ne devrait jamais avoir de relation et qu'il serait immoral qu'elle le laisse faire. Depuis une semaine, la mère de David lui cache sa canne blanche pour l'empêcher de sortir de la maison.

Cela pourrait-il constituer une (ou plusieurs forme(s) de violence ? Si oui, lesquelles?

Passer à la diapositive PowerPoint n°213

Réponse : Oui. Maltraitance liée à un handicap spécifique.

Passer à la diapositive PowerPoint n°214

Scénario 4: L'histoire d'Ayra

Ayra a un handicap psychosocial et elle est enfermée dans sa chambre depuis son enfance. Cela fait deux mois qu'elle a des pertes de sang au niveau de son téton droit et elle s'est rendu compte qu'elle avait une grosse masse aux seins et sous ses aisselles. Elle est très inquiète et elle en parle à sa mère tous les deux jours, à chaque fois que cette dernière vient lui donner à manger dans sa chambre. Sa mère ne s'en soucie pas et ignore constamment les demandes d'Ayra pour voir un médecin.



Cela pourrait-il constituer une (ou plusieurs forme(s) de violence ? Si oui, lesquelles?

Passer à la diapositive PowerPoint n°215

Réponse : Oui. Ceci est de la négligence.

Passer à la diapositive PowerPoint n°216

Scénario 5: L'histoire de Rema

Rema est un garçon de 17 ans et il sort beaucoup ces derniers temps et fait beaucoup la fête. Ses notes et son assiduité à l'école s'en ressentent fortement. Ses parents sont très déçus de Rema et décident de le punir et de le priver de son téléphone portable dans l'espoir qu'il se ressaisisse et se concentre sur sa scolarité.

Cela pourrait-il constituer une (ou plusieurs forme(s) de violence ? Si oui, lesquelles?

Passer à la diapositive PowerPoint n°217

Réponse : Non considéré comme une maltraitance.

Passer aux diapositives PowerPoint n°218 et 219

Scénario 6: L'histoire de Libianca

Libianca est une fille de 17 ans qui présente un albinisme. Son voisin âgé aime faire des commentaires à caractère sexuel sur son apparence à chaque fois qu'elle passe devant chez lui en allant à l'école ou au retour. Son voisin fait des plaisanteries à connotation sexuelle qui la mettent très mal à l'aise donc ces derniers temps, elle prend un chemin différent pour aller et revenir de l'école pour éviter de passer devant chez lui. Un jour, sur le chemin du retour de l'école, elle le trouve l'attendant devant chez elle. Sachant que personne n'était chez elle, il l'empêche de rentrer et tout en lui faisant des gestes à caractère sexuel, il insiste en lui disant qu'il ne la laissera passer que si elle le laisse entrer et « lui donne du bon temps ». À ce moment-là, le père de Libianca arrive en voiture et le voisin quitte précipitamment les lieux.



Cela pourrait-il constituer une (ou plusieurs forme(s) de violence ? Si oui, lesquelles?

Passer à la diapositive PowerPoint n°220

Réponse : Oui, harcèlement sexuel.

Passer à la diapositive PowerPoint n°221

Scénario 7: L'histoire de Mercy

Mercy a un handicap physique et utilise un fauteuil roulant pour se déplacer, néanmoins son aide à la mobilité a une pièce défectueuse ce qui fait qu'il lui est très difficile de se pousser. Elle a rencontré un homme qui pousse son fauteuil roulant pour qu'elle puisse aller et venir, en échange de rapports sexuels. Même si ce n'est pas ce qu'elle voulait faire, Mercy a le sentiment qu'elle n'a pas le choix car il a été très clair lorsqu'il lui a dit qu'il ne l'aiderait pas à moins qu'elle cède à ses exigences sexuelles.

Cela pourrait-il constituer une (ou plusieurs forme(s) de violence ? Si oui, lesquelles?

Passer à la diapositive PowerPoint n°222

Réponse : Oui, ceci est de l'exploitation sexuelle.

Passer à la diapositive PowerPoint n°223

Scénario 8: L'histoire de Nwanne

Le père de Nwanne fait spontanément des remarques à connotation sexuelle sur les changements physiques de Nwanne depuis qu'elle a atteint l'âge de la puberté. Un soir, le père de Nwanne vient secrètement dans sa chambre et la viole.

Cela pourrait-il constituer une (ou plusieurs forme(s) de violence ? Si oui, lesquelles?

Passer à la diapositive PowerPoint n°224

Réponse : Oui, violence sexuelle.

Ensuite, inviter les participant-e-s à faire part de leurs interrogations sur les questions et les réponses au questionnaire.

Passer aux diapositives PowerPoint n°225 et 226

Coup de projecteur sur les types de violences basées sur le genre

On sait que le handicap est un facteur de risque significatif de violence et de maltraitance. Cela est avéré pour toutes les personnes en situation de handicap. Des études montrent néanmoins que les femmes en situation de handicap subissent des violences à des taux plus élevés que les hommes en situation de handicap et les femmes sans handicap (FNUAP, 2018).

Les caractéristiques démographiques comme le type de handicap peuvent accroître le risque de violence, les femmes en situation de handicap intellectuel sont particulièrement vulnérables face à la violence.

Parmi les femmes en situation de handicap, on estime que 83 % subiront des violences sexuelles au cours de leur vie. Parmi les filles en situation de handicap intellectuel, on estime que 40 à 70 % subiront des violences sexuelles avant l'âge de 18 ans. Parmi les patientes psychiatriques hospitalisées, 80 % ont subi des violences physiques ou sexuelles au cours de leur vie » (Roeher Institute, 2004).

Passer à la diapositive PowerPoint n°227

Mis à part le fait qu'elles soient plus exposées au risque de violence basée sur le genre, les personnes en situation de handicap (surtout les femmes et les jeunes) sont confrontées à divers obstacles en matière d'accès au traitement comme le soutien psychosocial (Plan, 2013) et par rapport au signalement d'une violence. Les VBG ne sont pas signalées pour plusieurs raisons (FNUAP, 2023). Il s'agit entre autres de :

- La peur des représailles
- La disponibilité limitée des services
- L'accessibilité des services
- L'impunité des auteurs des violences
- La méconnaissance des avantages de solliciter un soutien
- La stigmatisation

Passer aux diapositives PowerPoint n°228 et 229



Messages clés à retenir

- La protection implique de promouvoir et de protéger la santé, le bien-être et les droits humains des personnes et de leur permettre de vivre sans danger, exemptes d'exploitation et de violence.
- Il est important de comprendre et de savoir comment détecter les signes de violence.
- Nous devons faire tout ce qui est en notre pouvoir pour assurer la sécurité des personnes qui sont impactées par notre travail et les protéger contre toutes les formes de violence, de blessure, d'exploitation, de maltraitance, de négligence, de mauvais traitements et de violences sexuelles.
- Nous devons toujours apporter une réponse adaptée aux préoccupations relatives à la protection au sein de notre organisation, parmi nos partenaires ou dans les communautés où nous travaillons.

4.6 Identifier les préoccupations en matière de protection

Durée	15 minutes
Méthodologie	Présentation
Ressources	-
Diapositives	230 - 235

Passer à la diapositive PowerPoint n°231

Commencer par demander aux participant-e-s s'ils/si elles ont une opinion sur la manière d'identifier les préoccupations en matière de protection (par ex., la maltrance et les négligences) à l'égard d'un-e client-e en situation de handicap qui accède à un centre de santé sexuelle et reproductive.

Leur accorder quelques minutes pour réfléchir sur la question et ensuite inviter les participant-e-s à lever la main s'ils/si elles peuvent pour partager leur avis avec le groupe.

Lire ensuite les éléments ci-dessous qu'il faut rechercher, et qui pourraient constituer des signes de maltraitance et de négligence infligées aux client-e-s en situation de handicap.

Passer à la diapositive PowerPoint n°232

La maltraitance peut se présenter de la manière suivante :

- Des changements inexplicables de la santé physique (par ex., la malnutrition)
- Des changements inexplicables de la santé mentale (par ex., anxiété, dépression)
- Des changements de comportement (par ex., le repli, les comportements disruptifs, les attachements inappropriés, les comportements sexualisés).

Passer à la diapositive PowerPoint n°233

La négligence peut se présenter de la manière suivante :

- un schéma récurrent de soins inadaptés, comme le fait de ne pas se nourrir régulièrement
- Une ma
- le manque d'engagement
- le non-respect, comme par exemple, le fait de ne pas suivre les conseils médicaux

Passer à la diapositive PowerPoint n°234

Préciser que les prestataires de soins doivent poser des questions clés :

- Y-a-t-il des craintes quant au fait qu'un-e client-e soit à risque ou subisse des maltraitements ou des négligences ?

- Quels sont les types d'abus ou négligences qui inquiètent le prestataire de soins ?
- Ont-ils eu une conversation avec le/la client-e à propos de ces inquiétudes ? Ont-ils cherché à connaître les points de vue et les souhaits du/de la client-e ?
- Y a-t-il des risques immédiats pour le/la client-e ou d'autres personnes y compris les enfants ? Ont-ils discuté et convenu des étapes suivantes avec le/la client-e ?
- Ont-ils prodigué des conseils, fourni des informations ou communiqué par signes avec le/la client-e ?

Facilitateur-trice, passez à la diapositive PowerPoint n°235

Garantir la sécurité physique et émotionnelle de la cliente

Préciser que toutes les actions prises au nom du/de la client-e doivent protéger son bien-être physique et émotionnel à court et long terme (Women's Refugee Commission, 2015b). L'espace dans lequel vous parlez au/à la client-e doit leur donner un sentiment de sécurité. Dans notre évaluation des besoins et dans nos rapports et la planification des orientations vers des structures compétentes, nous devons prioriser les discussions et les actions qui minimiseront les risques encourus par le/la client-e de subir d'autres préjudices. Les soins et le traitement doivent être dispensés dans un espace prévu à cet effet et de façon rassurante pour le/la client-e quant au fait qu'il/elle ne subira pas de préjudices physiques ou émotionnels de la part du prestataire ou du fait des actions du prestataire.

Communication

Le fait d'apprendre à connaître la personne en situation de handicap - les choses qu'elles aiment et n'aiment pas, et la manière dont elle se comporte et communique - peuvent nous aider à comprendre quand un-e client-e ne sent pas en sécurité pour nous parler et pour quelles raisons. Cela peut aussi nous aider à comprendre leur volonté et leurs préférences pour que nous puissions agir en conséquence. Surveiller les signes d'agitation, de colère ou d'angoisse qui peuvent indiquer que le/la client-e ne souhaite pas d'intervention à ce moment-là, et respecter cela. Il est important de noter également que certain-e-s client-e-s en situation de handicap peuvent avoir besoin de soutien ou de temps pour communiquer. Les prestataires de soins peuvent avoir besoin de temps afin de définir un moyen efficace pour communiquer des informations clés au/à la client-e, en particulier si le prestataire de soins n'a pas l'habitude de recourir à des méthodes de communication différentes. Dans ces circonstances, il serait avantageux pour les prestataires de soins de (par exemple) donner des créneaux horaires plus longs ou un jour spécifique de la semaine afin de passer plus de temps avec un-e client-e en situation de handicap et de connaître et comprendre leurs besoins spécifiques.

Implication de l'aidant-e

Bien que beaucoup d'aidant-e-s jouent un rôle de soutien dans la révélation par le/la client-e des violences subies et dans la guérison, il se peut qu'il y ait d'autres cas dans lesquels que l'aidant-e est l'agresseur, ou que nous craignons que le/la client-e subisse des préjudices si l'aidant-e venait à découvrir les faits de violence et/ou les révélations du/de la client-e. Il est important de garder à l'esprit que dans beaucoup de cas de VBG, un-e cliente qui sollicite de l'aide peut être exposé-e à un risque accru de préjudices si l'agresseur ou la famille ou les

amis de l'agresseur le découvrent. Dans de tels cas, la sécurité est primordiale et nous devons soutenir le/la client-e pour qu'il/elle nous dise de qui il s'agit et quels sont les endroits qui ne sont pas sécurisés pour lui/elle et avec qui et où il/elle se sent en sécurité. Si le/la client-e communique le nom d'une personne avec laquelle il/elle se sent en sécurité - vous pouvez lui demander de revenir avec cette personne ou s'il/si elle vous donne ses coordonnées – vous pouvez proposer de la contacter.

4.7 Soulever des préoccupations en matière de protection et dispenser des soins tenant compte des traumatismes

Durée	2 heures et 30 minutes
Méthodologie	Jeu de rôle
Ressources	<ul style="list-style-type: none">• Outil 7a : Étude de cas de Chibundo• Outil 7b : Étude de cas d'Umukoko• Outil 4 : Brochure accessible sur les méthodes contraceptives• Document 3 : Méthodes de communication pour différents types de handicaps : Choses à faire et à ne pas faire• Document 6 : Fiche conseils pour le prestataire de soins pour le consentement éclairé & les questions de protection & les soins tenant compte des traumatismes• Kit de choix
Diapositives	236 - 261

Passer à la diapositive PowerPoint n°237

Commencer par demander aux participant-e-s :

- Ce qu'il faut faire, à leur avis, s'ils/si elles sont confronté-e-s à un problème de protection et s'ils/si elles veulent le soulever.
- Quel type d'aide un prestataire de soins peut-il apporter à un-e client-e qui a subi des violences et/ou des négligences ?

Pendant que vous parcourez cette section, demander aux participant-e-s de garder à l'esprit la politique de protection de l'organisation et de réfléchir à la manière dont elle pourrait être appliquée dans ce que nous allons traiter et l'activité que nous conduirons prochainement.

Passer à la diapositive PowerPoint n°238

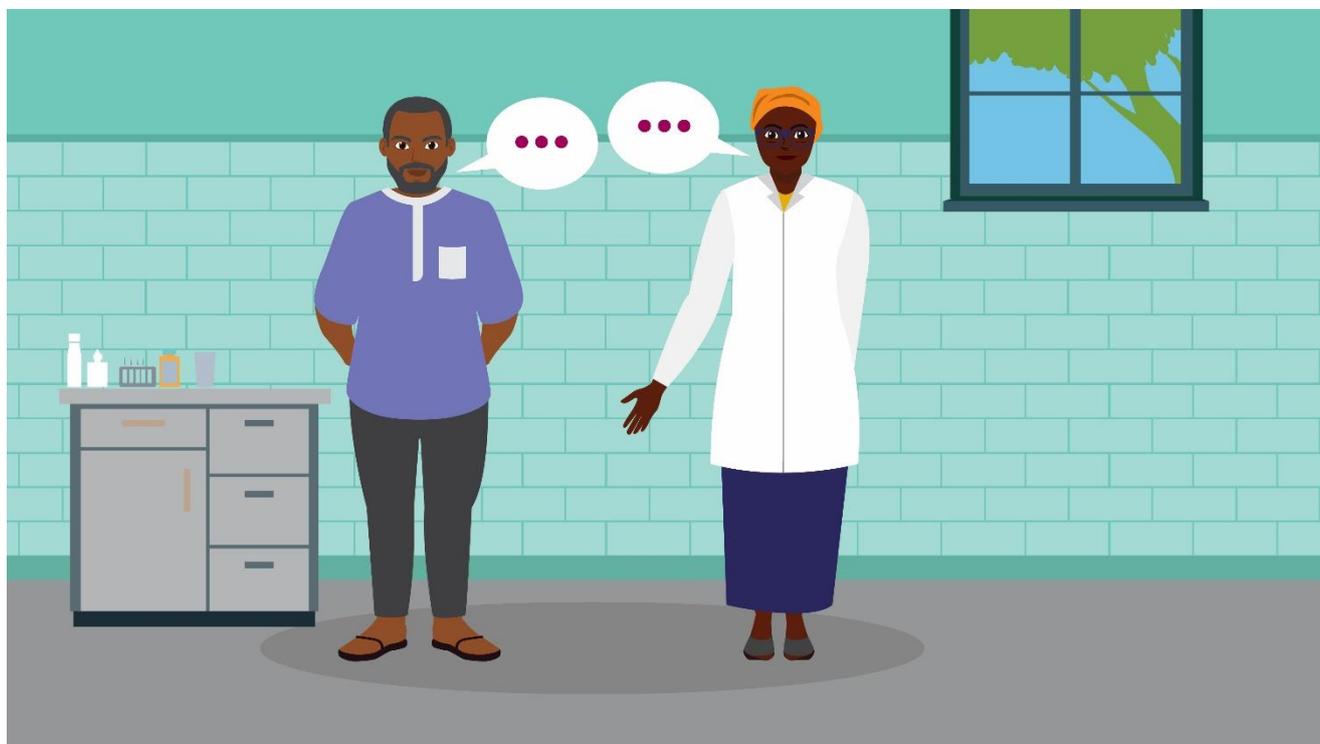
Préciser que si un prestataire de soins a une préoccupation en matière de protection, il devra la signaler conformément aux procédures de son organisation prévues à cet effet, et le cas échéant, il devra orienter le/la client-e. Il peut être vraiment utile pour les prestataires de soins (ou leurs organisations) confrontés à ces situations d'identifier les organisations de personnes en situation de handicap (OPH) dirigées par des femmes qui apporteront un soutien aux personnes en situation de handicap qui ont été l'objet de violences ou tout autre type de problème de protection, et d'orienter les client-e-s vers ces entités.

Si un prestataire de soins a une préoccupation en matière de protection à cause d'un aidant-e, il doit essayer de déterminer si l'aidant-e est trop protecteur-trice ou s'il/si elle agit de manière coercitive. Si l'aidant-e est trop protecteur-trice, cela peut poser problème pour

obtenir le consentement éclairé, mais ce n'est pas un problème de protection par nature. Dans ce cas, prodiguer des conseils aux aidant-e-s, les informer des droits et des principes applicables aux aidant-e-s. Il est parfois possible qu'ils/elles ne sachent pas quand leur intention de protéger va trop loin et relève potentiellement de l'humiliation, de la négligence ou de la maltraitance.

Cependant, si vous avez le sentiment qu'un-e aidant-e agit de manière coercitive, abusive ou violente envers votre client-e, cela relève d'un problème de protection. Dans ce cas :

- Le cas échéant, appliquez vos protocoles de protection et de signalement.
- En tant qu'agent de santé, il se peut que vous deviez vous protéger face à l'aidant-e.
- Si vous vous sentez en danger, fiez-vous à votre intuition. Vous pouvez alerter un-e collègue si vous vous sentez en danger et si vous avez besoin d'aide.
- Adoptez des mesures de suivi avec votre superviseur si votre instinct vous dit que la situation est trop dangereuse pour la gérer pendant la consultation.



Préciser qu'outre le signalement d'une préoccupation en matière de protection, il est important d'orienter le/la client-e, avec son consentement, vers les services adaptés qui fournissent (entre autres) un soutien psychosocial et une aide juridique. Parallèlement, il faut aussi dispenser des soins tenant compte des traumatismes aux client-e-s qui ont subi une forme de violence.

Passer à la diapositive PowerPoint n°240

Inviter n'importe quel-le participant-e à dire au groupe ce que sont les soins tenant compte des traumatismes, à leur avis. Ensuite, montrer le clip vidéo qui sert d'introduction aux soins tenant compte des traumatismes.

Passer à la diapositive PowerPoint n°241

Le clip vidéo peut être visualisé via ce lien :

<https://www.traumainformedcare.chcs.org/trauma-informed-champions-from-treaters-to-healers/>



An Introduction to Trauma-Informed Care

Passer aux diapositives PowerPoint n°242 et 243

Répéter la définition des soins tenant compte des traumatismes :

- Les soins tenant compte des traumatismes et de la violence reposent sur une approche des soins de santé dans lesquels les prestataires connaissent et comprennent les impacts que les traumatismes et les violences peuvent avoir sur la santé et le bien-être physique, mental et émotionnel des client-e-s. Les soins tenant compte des traumatismes et de la violence reconnaissent toutes les formes de violence. Ils ont pour but de sécuriser les espaces où sont dispensés les services. Les soins tenant compte des traumatismes et de la violence reconnaissent les client-e-s comme étant aussi des expert-e-s, de leurs soins et ils respectent leurs priorités et leurs préférences.

Expliquer que les soins tenant compte des traumatismes et de la violence impliquent que les prestataires comprennent les impacts que les traumatismes et les violences peuvent avoir sur le développement, la santé mentale et émotionnelle, la consommation de substances et la santé physique d'un-e client-e. Les prestataires de soins doivent être formés pour être capables de gérer ces effets en partageant des informations sur les stratégies d'adaptation, les éléments déclencheurs et les réactions. Ils doivent donner la priorité aux choix et à la sécurité du/de la client-e.

Passer à la diapositive PowerPoint n°244

Les soins tenant compte des traumatismes et de la violence ont trait à :

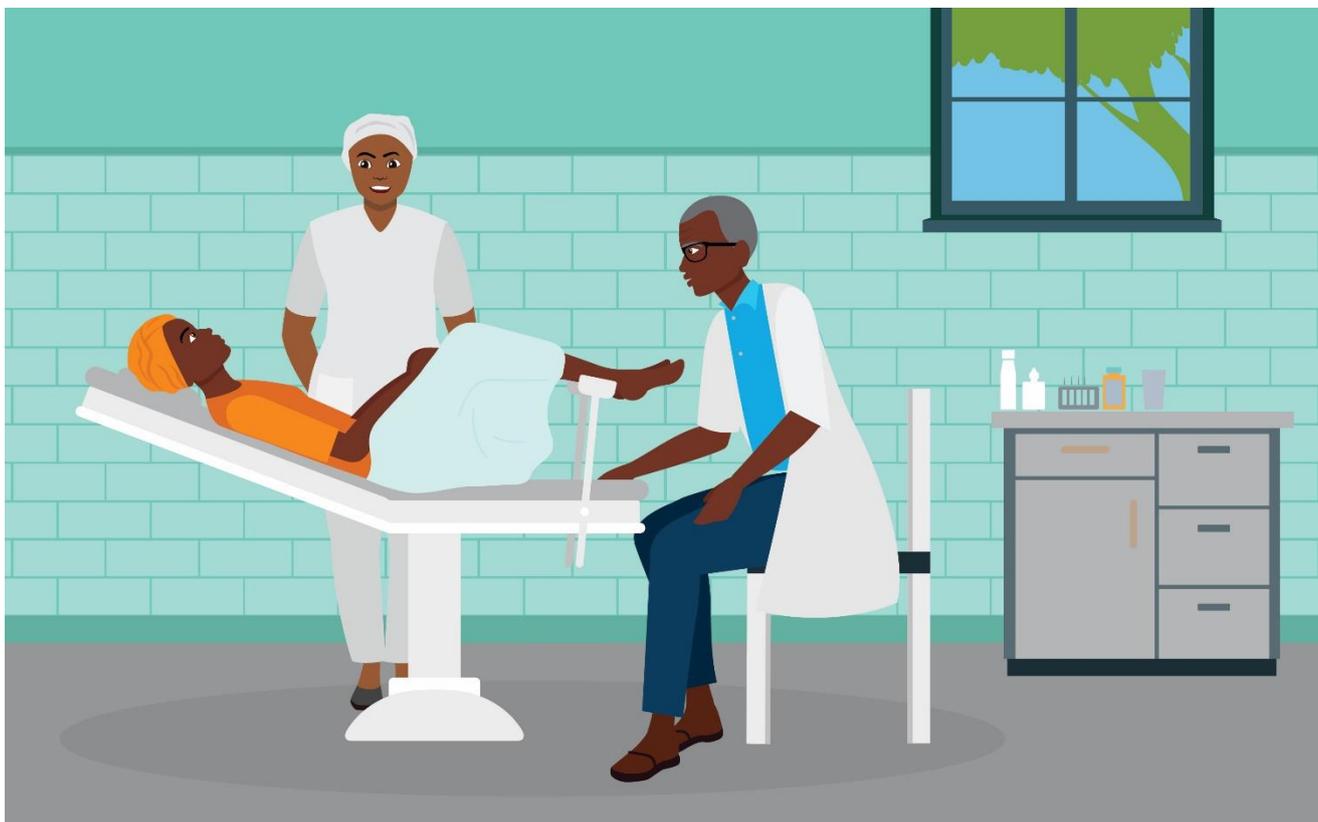
- **L'autonomisation** - dans le cadre de laquelle les client-e-s puisent dans leurs forces pour améliorer leur bien-être. Les prestataires de soins peuvent aider les client-e-s à identifier leurs forces.
- **La sécurité** - les établissements de services de SSR doivent donner un sentiment de sécurité. Cela signifie qu'ils sont sécurisés d'un point de vue physique, émotionnel, psychologique et culturel.
- **La collaboration** - le/la client-e fait partie de l'équipe de soins, et a le droit de décider.
- **Au choix éclairé** - le/la client-e a le droit d'être informé-e à propos de toutes les options de soins et de faire ses propres choix. Il/elle doit être en mesure de choisir les options de soins qui fonctionneront au mieux pour lui/elle.
- **À la fiabilité** - les prestataires de services de SSR doivent expliquer les implications de l'ensemble des options, préciser qui dispensera les soins et comment ils seront dispensés.

Passer aux diapositives PowerPoint n°245, 246, 247, 248, 249

Pour aider les client-e-s qui ont subi des violences à se sentir en sécurité quand ils/elles révèlent les violences aux prestataires de soins, il est important d'appliquer ces approches (MSI Reproductive Choices, 2022) :

- Écouter attentivement avec empathie et sans jugement.
- Interroger sur les besoins et les préoccupations et garantir la sécurité émotionnelle et le respect des limites personnelles.
- Valider leur expérience, montrer que vous comprenez.
- Améliorer leur sécurité et ne pas nuire.
- Les aider et les mettre en relation avec d'autres services.
- Orienter les client-e-s vers des spécialistes, comme par exemple, l'aide psychosociale, l'aide juridique, les soins de suivi et bien d'autres.
- Être sensibles aux éventuelles inégalités de pouvoir entre eux et les client-e-s, les membres des communautés, les collègues ou les partenaires ; et ne pas chercher à abuser de leur pouvoir.
- Reconnaître le fait que tout le monde peut être en proie à la vulnérabilité, et par conséquent traiter tout le monde de la même manière et avec respect indépendamment de son âge, de son handicap, de son statut socio-économique, de la religion, de la race, de la caste, de l'indigénité, du groupe ethnique, du sexe, de l'identité de genre, de l'orientation sexuelle ou d'autres caractéristiques.
- Ne pas se livrer à des comportements pouvant être considérés comme de l'exploitation, du harcèlement ou des violences sexuelles, de la discrimination, de la victimisation ou de la violence contre un-e client-e, un membre de la communauté, un-e collègue ou un partenaire, à n'importe quel moment.
- Respecter les limites professionnelles avec les client-e-s et les adultes vulnérables à tout moment, notamment en s'abstenant de contacter les client-e-s en dehors des canaux de suivi client-e-s approuvés.
- S'abstenir de fournir des services aux client-e-s avec lequel-le-s ils ont des liens, à moins qu'ils soient reconnus comme un conflit d'intérêt et approuvés par le Programme du pays.
- Offrir des services respectueux, axés sur le/la client-e et neutres, en utilisant un langage non technique. Veiller à ce que les client-e-s vulnérables se sentent entendu-e-s et soutenu-e-s pour prendre décisions autonomes concernant leurs soins. Adapter les méthodes de communication si nécessaire.

- Expliquer clairement aux client-e-s les implications d'un service, en utilisant un langage non-technique. Solliciter le consentement actif et continu et ne pas toucher les client-e-s sans leur permission. Se préparer à s'arrêter si un-e client-e est mal à l'aise.
- Garantir le respect de la vie privée et de la dignité par exemple, proposer d'utiliser un drap et des espaces de changement privés.
- Veiller à ce qu'un chaperon (à savoir un deuxième membre du personnel ou un fonctionnaire-agent de santé) soit présent ou soit proposé aux client-e-s du genre opposé pendant tous les examens et les procédures intimes (MSI Reproductive Choices, pas de date).



Passer aux diapositives PowerPoint n°250, 252, 252, 253

Coup de projecteur sur les chaperons :

Un chaperon est idéalement un membre du personnel, qui apporte un soutien pendant l'examen et/ou l'intervention mais ne doit pas forcément pas être un prestataire de soins.

En cas de présence d'un chaperon, il/elle doit :

- Faire preuve de sensibilité et respecter la dignité du/de la client-e et la confidentialité
- Rassurer le/la client-e s'il/si elle montre des signes de souffrance/d'inconfort
- Rester dans la pièce pendant la totalité de l'examen/intervention
- Être prêt-e à évoquer les préoccupations concernant les actions ou les comportements du prestataire

Un-e parent-e/un-e ami-e du/de la client-e n'est pas un-e observateur-trice impartial-e, et ne serait donc pas un chaperon convenable, mais si le/la client-e demande la présence d'un-e parent-e/ami-e pendant un examen/une intervention intime, le cas échéant, cela peut être autorisé en plus de l'accompagnement assuré par un chaperon.

Il est essentiel de noter le nom du chaperon (par ex., deuxième membre du personnel ou autre prestataire de services) dans le dossier du/de la client-e.



À ce stade, demander aux participant-e-s de penser de nouveau à toutes les étapes de la sollicitation du consentement éclairé que nous avons traitées la veille et aujourd'hui. À l'avenir, il peut arriver qu'une préoccupation en matière de protection soit soulevée pendant qu'un prestataire de soins passe en revue les étapes du consentement éclairé avec un-e client-e en situation de handicap. Dans ce cas, les prestataires de soins doivent se souvenir des étapes à suivre et des éléments à prendre en considération pour soulever une telle préoccupation et dispenser des soins tenant compte des traumatismes.



Vérifier la compréhension pour déterminer les besoins en matière de soutien à la prise de décision



Le cas échéant, soulever une préoccupation relative à la protection, en suivant les protocoles de protection de votre organisation



Agir selon la volonté et les préférences du/de la client-e



Garantir la sécurité physique et émotionnelle du/de la client-e



Soins tenant compte des traumatismes

Le cas échéant, parcourir les étapes qu'un prestataire devrait suivre pour le processus de consentement éclairé, soulever les préoccupations et dispenser des soins tenant compte des traumatismes.

Passer à la diapositive PowerPoint n°254



Vérifier la compréhension pour déterminer les besoins en matière de soutien à la prise de décision

Suivre le processus de consentement éclairé de « vérifier la compréhension pour déterminer les besoins en matière de soutien à la prise de décision » en utilisant les différentes approches de communication comme la brochure accessible sur les méthodes contraceptives. Cela permettra d'évaluer la capacité du/de la client-e à donner son consentement. Si après avoir vérifié que le/la client-e comprend, le prestataire de soins

évalue que le/la client-e **PEUT** donner son consentement et évoque des maltraitances, le prestataire doit signaler cette préoccupation en matière de protection

À noter : Si après avoir vérifié que le/la client-e comprend, le prestataire de soins évalue que le/la client-e ne peut pas donner son consentement et évoque des maltraitances et/ou des négligences, le prestataire doit signaler cette préoccupation en matière de protection.



Le cas échéant, soulever une préoccupation relative à la protection, en suivant les protocoles de protection de votre organisation

Signaler le problème conformément au protocole de protection de votre organisation et en suivant les procédures adaptées comme le dépistage et le traitement d'IST (un test sanguin pour identifier les IST et traitement).

À noter : si un-e client-e ne peut pas donner son consentement, alors agissez selon la volonté et les préférences du/de la client-e et suivez les étapes suivantes.

Passer à la diapositive PowerPoint n°255



Agir selon la volonté et les préférences du/de la client-e

Si un-e client-e demande une contraception mais n'est pas en mesure de donner son consentement éclairé même avec le soutien nécessaire, le prestataire de soins doit essayer d'identifier les problèmes que le/la client-e prendrait en compte et agir en fonction de sa volonté et de ses préférences évoquées précédemment. Le professionnel de santé doit :

- Parler à un superviseur dès que possible, pour déterminer la meilleure manière de procéder. Donner des détails clés du cas pour obtenir des recommandations du superviseur pour la suite.
- Déterminer si le/la client-e a fait part de points de vue pertinents par le passé.
- Demander à des proches ou des amis s'ils/si elles savent ce que le/la client-e voudrait.
- Essayer d'identifier des choses que le/la client-e prendrait en considération s'il/si elle prenait la décision lui/elle-même, notamment sa volonté et ses préférences et les éventuelles croyances religieuses ou morales.
- Favoriser les options « moins restrictives ».



Garantir la sécurité physique et émotionnelle du/de la client-e

Les prestataires doivent veiller à protéger le bien-être physique et émotionnel du/de la client-e et faire en sorte qu'il/elle se sente en sécurité. Le prestataire de soins doit prioriser les discussions et les actions qui minimiseront les risques encourus par le/la client-e de subir d'autres préjudices. Le prestataire de soins doit :

- Essayer d'identifier ce que le/la client-e aime ou n'aime pas, ce qu'il/elle veut ou ne veut pas. Il peut utiliser des expressions du visage comme des indices ou pourrait être attentif à des signes d'anxiété, d'agitation ou de colère.
- Essayer de soutenir le/la client-e pour qu'il/elle dise ou montre/indique (en fonction des besoins de communication) qui et les endroits qui ne sont pas sécurisés pour lui/elle et avec qui et où elle se sent en sécurité. L'implication de cette/ces personne-s peut alors être possible dans les soins du/de la client-e, avec le consentement du/de la client-e, et il faut aussi veiller à ce que le/la client-e dispose d'un plan de sécurité.
- Leur dire que les informations qu'ils communiqueront au prestataire de soins resteront confidentielles :
 - a) Les informations sur les client-e-s doivent être traitées de manière confidentielle et respectueuse.
 - b) Les membres d'une équipe de soins doivent partager des informations confidentielles seulement si cela est nécessaire, pour dispenser des soins sûrs et efficaces à une personne.
 - c) Si vous devez partager des informations, demander le consentement pour le faire.
- Conserver une trace lorsque des informations confidentielles sont partagées.



Soins tenant compte des traumatismes

Pour aider les client-e-s qui ont subi des violences à se sentir en sécurité quand ils/elles révèlent les violences aux prestataires de soins, il est important d'appliquer ces approches (MSI Reproductive Choices, 2023) :

- Écouter attentivement avec empathie et sans jugement
- Se renseigner sur leurs besoins et leurs préoccupations
- Renforcer leur sécurité et ne pas nuire
- Les aider et les mettre en relation avec d'autres services.
- Orienter les client-e-s vers des spécialistes, comme par exemple, l'aide psychosociale, l'aide juridique, les soins de suivi et bien d'autres.
- Respecter les limites professionnelles avec les client-e-s et les adultes vulnérables à tout moment, notamment en s'abstenant de contacter les client-e-s en dehors des canaux de suivi client-e-s approuvés.
- Offrir des services respectueux, axés sur le/la client-e et neutres, en utilisant un langage non technique. Veiller à ce que les client-e-s vulnérables se sentent entendu-e-s et soutenu-e-s pour prendre décisions autonomes concernant leurs soins. Adapter les méthodes de communication si nécessaire.
- Veiller à ce qu'un chaperon (à savoir un deuxième membre du personnel ou un fonctionnaire-agent de santé) soit présent ou soit proposé aux client-e-s du genre opposé pendant tous les examens et les procédures intimes.
- Expliquer clairement aux client-e-s les implications d'un service, en utilisant un langage non-technique. Solliciter le consentement actif et continu et ne pas toucher les client-e-s sans leur permission. Se préparer à s'arrêter si un-e client-e est mal à l'aise.
- Garantir le respect de la vie privée et de la dignité par exemple, proposer d'utiliser un drap et des espaces de changement privés.

Passer à la diapositive PowerPoint n°256

Activité : Jeu de rôle pour soulever des préoccupations en matière de protection et dispenser des soins tenant compte des traumatismes



Informez les participant-e-s que nous allons à présent faire un exercice de jeu de rôle qui permettra aux participant-e-s de mettre en pratique ce qu'ils/elles ont appris à propos des besoins en matière de soutien à la prise de décision, en identifiant et en agissant conformément à la volonté et aux préférences d'un-e client-e, en identifiant les problèmes de protection et en les soulevant par le biais des canaux adaptés, et en dispensant des soins tenant compte des traumatismes.

Répartissez les participant-e-s au sein de 2 groupes et leur remettre à chacun une étude de cas. Leur indiquer que chaque étude de cas contient plusieurs personnages et chaque groupe devra déterminer qui incarnera les personnages. Chaque groupe disposera d'environ **45 minutes** pour préparer leur jeu de rôle, et ensuite de **30 minutes** chacun pour les interpréter. Indiquer aux groupes qu'avant de commencer leur jeu de rôle, ils devront faire un bref résumé sur les personnages et le but de la « visite du/de la client-e ».

Passer à la diapositive PowerPoint n°257

Expliquer que le jeu de rôle contient deux phases.

Pour la phase 1 :

Les participant-e-s devront rejouer l'histoire qui leur a été attribuée (les participant-e-s devront recréer l'histoire, les dialogues, etc.)

Pour la phase 2 :

Les participant-e-s devront créer la suite de l'histoire. Pendant cette phase, ils/elles devront inclure des aspects comme les procédures de protection, les besoins en matière de soutien à la prise de décision, la capacité à donner son consentement, les soins tenant compte des traumatismes - à l'aide des outils énumérés ci-dessous :

- **Document 3** : Méthodes de communication pour différents types de handicaps_ Choses à faire et choses à ne pas faire
- **Document 6** : Fiche conseils pour le prestataire de soins sur le consentement éclairé & les questions de protection & les soins tenant compte des traumatismes
- **Outil 4** : Brochure accessible sur les méthodes contraceptives
- **Kit de choix**

Passer aux diapositives PowerPoint n°258 et 259

Chaque membre du groupe devra aider à préparer les participant-e-s qui interpréteront le jeu de rôle. Pour ce faire, passer en revue les outils et les documents concernés, et discuter + noter ce que les personnages du jeu de rôle doivent dire ou faire à chaque étape du jeu de rôle.



Note pour les facilitateur-trice-s

Pendant que les groupes préparent leur jeu de rôle, dirigez-vous vers le groupe à qui l'étude de cas d'Umkoko a été attribuée et attirer leur attention sur la mention « ! **Pssst... faites attention !** » au début de leur étude de cas. Leur demander de discuter rapidement des besoins de personnages supplémentaires à prendre en compte dans leur jeu de rôle et les aider à se concentrer sur l'indice fourni pour qu'ils/elles puissent le déchiffrer. Si, après quelques minutes, ils/elles ne sont pas sûr-e-s des besoins de personnages supplémentaires pour leur jeu, expliquer que dans cette étude de cas, le médecin qui examinera la cliente (à savoir Umukoko) est un homme.

Comme indiqué précédemment, il est important (si possible) de veiller à ce qu'un chaperon (à savoir un deuxième membre du personnel ou un fonctionnaire-agent de santé) soit présent ou soit proposé aux client-e-s du genre opposé pendant tous les examens et les procédures intimes. Dans l'étude de cas d'Umkoko, elle devra être examinée par le médecin-homme, par conséquent, le groupe auquel l'étude de cas sera confiée devra affecter un-e des participant-e-s du groupe au rôle de chaperon pendant le jeu de rôle.

Après 45 minutes de préparation, inviter le premier groupe à venir au centre de la salle pour interpréter son jeu de rôle et rappeler au prestataire de soins de documenter le processus pendant l'exercice du jeu de rôle. Le premier groupe disposera de 30 minutes pour préparer son jeu de rôle. Avant de commencer, inviter les autres groupes à prendre des notes concernant les questions suivantes, pendant le jeu de rôle :

Passer aux diapositives PowerPoint n°260 et 261

- Qu'avez-vous pensé des personnages dans leur jeu de rôle ?
- Quelle préoccupation en matière de protection a été identifiée et était-ce correct ?
- Comment le prestataire de soins a-t-il soulevé le problème de protection ?
- Est-ce que le/la participant-e qui jouait le rôle du prestataire de soins a fait ou dit quelque chose en particulier que vous avez trouvé très bien ?
- Aurait-il/elle pu faire quelque chose différemment pour aboutir à un meilleur résultat ?
- Pour ce qui est des conseils prodigués par le personnage du prestataire de soins, des conseils/des étapes ont-ils été manqués alors qu'ils auraient dû figurer dans le scénario ?

Une fois que le premier groupe a fini son jeu de rôle, demander à des participant-e-s du deuxième groupe de réfléchir aux questions listées ci-dessus. Consacrer 15 minutes maximum à ces questions en tant que groupe élargi.

Ensuite, inviter le deuxième groupe à interpréter son jeu de rôle et lui rappeler qu'il dispose de 30 minutes pour jouer toutes les scènes.

Une fois que le deuxième groupe a fini son jeu de rôle, demander à des participant-e-s du premier groupe de réfléchir aux questions listées ci-dessus. Consacrer 15 minutes maximum à ces questions en tant que groupe élargi.

Mentionner que :

L'exercice qu'ils/elles viennent de faire comportait des sujets difficiles dont l'évocation peut être douloureuse. Le fil conducteur du jeu de rôle a été inventé pour les besoins de cet exercice et n'était donc pas inspiré d'une histoire vraie.

Remercier les participant-e-s d'avoir si bien interprété les jeux de rôle et d'avoir déployé tant d'efforts pour mettre en pratique ce qu'ils/elles ont appris précédemment sur le processus de consentement éclairé et la protection/l'administration de soins tenant compte des traumatismes. Il s'agit là d'un domaine complexe et nous n'aurons pas toujours les bonnes réponses. C'est aussi un processus d'apprentissage considérable et les personnes concernées auront besoin de temps et elles devront déployer des efforts pour appliquer ce qu'elles ont appris et le faire avec assurance. Comme dit le proverbe : « Rome ne s'est pas faite en un jour ». La première étape consiste à montrer un intérêt sérieux et une forte volonté d'apprendre comment s'améliorer et mieux faire son travail pour veiller à interagir avec des personnes présentant tout type de handicap, de façon digne et respectueuse. L'ensemble des participant-e-s ont déjà fait ce pas et espérons qu'ils/elles continueront à tirer parti de leurs apprentissages et de leurs expériences au fil du temps, et lors de leurs interactions avec des client-e-s en situation de handicap.

Fin de la formation

Durée	5 minutes
Méthodologie	Discussion en plénière
Ressources	Formulaire d'évaluation
Diapositives	262

Passer à la diapositive PowerPoint n°217

Inviter les participant-e-s à réfléchir sur les objectifs de formation présentés en début de journée 1 – et leur demandent s'ils/si elles considèrent que ces objectifs ont été remplis. Leur demander de réfléchir aux notions acquises lors de cette formation et de citer 2 éléments qui les ont marqués pendant cette semaine.

Remercier les participant-e-s pour leur mobilisation active et demandent si quelqu'un a une dernière question ou commentaire.

Demander à présent aux participants de restituer les outils qu'ils/elles ont partagés pendant les activités de groupe.

Ensuite, officiellement clôturer la formation.

Références

Able Australia (2019). Deafblind interpreting. Disponible à l'adresse suivante :

<https://www.womensrefugeecommission.org/wp-content/uploads/2020/04/GBV-disability-Tool-6-Guidance-on-communicating-with-persons-with-disabilities.pdf>

Assemblée générale des Nations Unies (1979). Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, 18 décembre 1979, Nations Unies, Recueil des traités, vol. 1249, p. 13. Disponible à l'adresse suivante :

<https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw.pdf>

Assemblée générale des Nations Unies (2007). Convention relative aux droits des personnes handicapées : résolution adoptée par l'Assemblée générale. Disponible à l'adresse suivante : https://www.ohchr.org/sites/default/files/Ch_IV_15.pdf

Beleza, M. L. (2003). Discrimination against women with disabilities. Disponible à l'adresse suivante : <https://rm.coe.int/16805a2a17>

Comité des droits des personnes handicapées (CDPH), Observation générale n°3 (2016). Article 6: Les femmes et les filles handicapées, 2 septembre 2016, CRPD/C/GC/3, disponible à l'adresse suivante :

<https://www.ohchr.org/fr/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no3-article-6-women-and-girls>

Cracks in the ice (2016). Dos and don'ts of managing a client who is angry or aggressive. Disponible à l'adresse suivante : <https://cracksintheice.org.au/pdf/download/managing-a-client-who-is-angry-or-aggressive.pdf>

Déclaration et le Programme d'action de Beijing (1995). Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Pékin du 4 au 15 septembre 1995. Paragraphe 96. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf>

Devkota, H.R., Kett, M. & Groce, N. (2019). Societal attitude and behaviours towards women with disabilities in rural Nepal: pregnancy, childbirth and motherhood. BMC Pregnancy Childbirth 19, 20, disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2171-4>

Fédération mondiale des personnes sourdaveugles (2018). At risk of exclusion from CRPD and SDGs implementation: Inequality and persons with deafblindness. Disponible à l'adresse suivante : https://www.wfdb.eu/wp-content/uploads/2019/06/WFDB_complete_Final.pdf

Fédération mondiale des personnes sourdaveugles (2023). Deuxième rapport global sur la situation des personnes ayant une surdité. Disponible à l'adresse suivante : https://wfdb.eu/wp-content/uploads/2023/03/FRA_WFDB-2nd-Global-Report_-FINAL-V6.pdf

FNUAP (2018). Jeunes handicapés : étude pour mettre fin à la violence basée sur le genre et l'application des droits liés à la santé sexuelle et reproductive. New York : FNUAP.

FNUAP (2023). Disability Inclusion in Gender-Based Violence Programming: Promising Practices and Innovative Approaches from UNFPA Asia and the Pacific Country Offices.

Disponible à l'adresse suivante : https://asiapacific.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_gbv_and_disability_inclusion_final_august_11.pdf

Game Storming (2011). How-Now-Wow Matrix. Disponible à l'adresse suivante : <https://gamestorming.com/how-now-wow-matrix/>

Gutmacher-Lancet Commission (2018). Accélérer le progrès : santé et droits sexuels et reproductifs pour tous. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.gutmacher.org/fr/gutmacher-lancet-commission/accelerer-le-progres-resume>

Human Rights Watch (2020). Living in Chains: Shackling of People with Psychosocial Disabilities Worldwide. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.hrw.org/report/2020/10/06/living-chains/shackling-people-psychosocial-disabilities-worldwide#:~:text=Human%20Rights%20Watch%20research%20across,traditional%20or%20religious%20healing%20centers.>

Ipas (2021). Inclusion du handicap dans les programmes de santé reproductive : Boîte à outils de consignes et de clarification des valeurs. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ipas.org/resource/inclusion-du-handicap-dans-les-programmes-de-sante-reproductive-boite-a-outils-de-consignes-et-de-clarification-des-valeurs/>

Leonard Cheshire (2023). Protection et consentement dans le cadre des services de santé reproductive lors du soutien aux personnes ayant des déficiences intellectuelles et sensorielles. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.msichoices.org/wp-content/uploads/2022/10/Safeguarding-and-Informed-Consent-Report.pdf>

Missing Billion (2022). Reimagining Health Systems. Disponible à l'adresse suivante : https://static1.squarespace.com/static/5d79d3afbc2a705c96c5d2e5/t/634d9409d12381407c9c4dc8/1666028716085/MBReport_Reimagining+Health+Systems_Oct22

MSI Reproductive Choices (pas de date). MSI Duty of Care for Healthcare Providers. Document interne.

MSI Reproductive Choices (2022). Adult Safeguarding Policy. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.msichoices.org/media/4813/adult-safeguarding-policy-msi-2023.pdf>

Nations Unies (2015). Handicap et objectifs de développement durable (ODD). Disponible à l'adresse suivante : <https://social.desa.un.org/issues/disability/sustainable-development-goals-sdgs-and-disability>

National Library of Medicine (2022). Approaches to Determine and Manage Sexual Consent Abilities for People with Cognitive Disabilities: Systematic Review. Disponible à l'adresse suivante : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35119371/>

NHS (2022). Deafblindness: Overview. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.nhs.uk/conditions/deafblindness/treatment/>

Organisation mondiale de la Santé, Liliane Foundation, Humanity & Inclusion, Sightsavers, The Leprosy Mission Nigeria (2021a). Les personnes en situation de handicap partagent leurs expériences en matière d'accès aux services de santé. Disponible à l'adresse suivante : www.youtube.com/watch?v=TKzgi5jmgQM

Organisation mondiale de la Santé, Liliane Foundation, Humanity & Inclusion, Sightsavers, The Leprosy Mission Nigeria (2021b). Les personnes en situation de handicap partagent leurs expériences en matière d'accès aux informations médicales. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.youtube.com/watch?v=LFzBcwC2qqg>

Organisation mondiale de la Santé, (2022). Rapport mondial sur l'équité en santé pour les personnes handicapées. Résumé d'orientation. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240063624>

Plan (2013). Fact Sheet: Violence against Women with Disabilities. Disponible à l'adresse suivante : https://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw57/side_events/Fact%20sheet%20%20VAWG%20with%20disabilities%20FINAL%20.pdf

SCRIBD (2024). How to Facilitate a role play – Handout. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.scribd.com/document/65898163/How-to-Facilitate-a-Role-Play-Handout#>

Sightsavers (2023a). Disability Inclusion Training for SRHR Service Providers Training Package. Inclusive Futures.

Sightsavers (2023b). Disability inclusion training curriculum. USAID/Ghana Accelerating Social and Behavior Change.

The Roeher Institute (2004). Violence against Women with Disabilities. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada.

UK Government Department for Constitutional Affairs (2007). Mental Capacity Act 2005: Code of Practice. [Service des affaires constitutionnelles du Gouvernement britannique , Loi sur la capacité mentales de 2005 : Code de bonnes pratiques]. Disponible à l'adresse suivante: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/921428/Mental-capacity-act-code-of-practice.pdf

UK National Health System NHS (2022). Health A to Z, Management Deafblindness. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.nhs.uk/conditions/deafblindness/treatment/>

Women's Refugee Commission (2015a). Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-Based Violence Programming in Humanitarian Settings. **Tool 6:** Guidance on communicating with persons with disabilities. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.womensrefugeecommission.org/wp-content/uploads/2020/04/GBV-disability-Tool-6-Guidance-on-communicating-with-persons-with-disabilities.pdf>

Women's Refugee Commission (2015b). **Tool 8:** Guidance for GBV Caseworkers: Applying the guiding principles when working with survivors of disabilities. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.womensrefugeecommission.org/wp-content/uploads/2020/04/GBV-disability-Tool-8-Guidance-for-GBV-caseworkers-Applying-the-guiding-principles-when-working-with-survivors-of-disabilities.pdf>

Women's Refugee Commission (2015c). **Tool 9:** Guidance for GBV Caseworkers: Applying the guiding principles when working with survivors of disabilities. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.womensrefugeecommission.org/wp-content/uploads/2020/04/GBV->

disability-Tool-8-Guidance-for-GBV-caseworkers-Applying-the-guiding-principles-when-working-with-survivors-of-disabilities.pdf

World Vision (pas de date). Training activity 4, Game of life. Disponible à l'adresse suivante : https://www.worldvision.org.uk/media/ngtl0cz4/training_activity_4_game_of_life.pdf

Clause d'exonération de responsabilité

Ce support a été financé avec des fonds issus de UK aid du Gouvernement britannique ; cependant les opinions exprimées ne reflètent pas nécessairement les politiques officielles du Gouvernement britannique