



Guide méthodologique

L'accès aux services pour les personnes handicapées

Direction des Ressources Techniques
Décembre 2010



Auteurs

Diana Chiriacescu
Maryvonne de Backer
Rozenn Botokro

Recueil des données et de documentation

Eric Delorme
Anne-Marie Fombon
Catherine Clavel
Stéphanie Deygas
Nacéra Karfa
Catherine Dixon

Révisions et commentaires

Susan Girois
Jean-Baptiste Richardier
Nathalie Herlemont-Zoritchak
Luciano Loiacono
Andréa Brezovsek
Jean-Pierre Delomier
Dominique Granjon
Céline Lacoffrette

Comité de coordination

Catherine Dixon
Philippe Chervin
Isabelle Urseau
Anthony Vautier
Hervé Bernard
Eric Delorme

Édition

Pôle Management des Connaissances
Direction des Ressources Techniques
Elodie Finel

Commentaires additionnels

Sandrine Chopin
Jean Van Wetter
Sarah Blin
Thomas Calvot
Laetitia Blezel
Christopher Devlin
Mathieu Dewerse
David Gauthier
Frédéric Joyeux

Suivi des corrections et de la publication

Stéphanie Deygas
Elodie Finel
Pôle Management des Connaissances

Traduction anglaise

Steven Durose

Création graphique

IC&K, Frédéric Dubouchet
Maude Cucinotta

Ce guide peut être utilisé ou reproduit
sous réserve de mentionner la source et
uniquement pour un usage non commercial.



Guide méthodologique

L'accès aux services pour les personnes handicapées

Avant-propos

Préface	5
Introduction	6

Principes et repères 11

Les services	12
Les acteurs	19
Les facteurs déterminants	22
Évolution et influences	30

Guide pratique 33

Étape 1: Recueil et analyse de données 34

A. Analyse des contextes	37
B. Analyse des acteurs	41
C. Analyse de la pertinence du programme	44

Étape 2: Prises de décisions 44

A. Choix d'approches	44
B. Niveau d'intervention	46
C. Mode d'intervention	48
D. Identification des partenaires	50
E. Moyens d'évaluation	51

Boîte à outils 53

Les outils du guide pratique	54
Les fiches techniques	85
Lexique	97
Bibliographie de référence	98

« **Rendre disponible, adaptée et accessible l'offre des services dans nos secteurs d'activité** » représente une des finalités des actions de Handicap International¹.

La pertinence et l'impact de nos efforts dépendent en grande partie de la manière dont on conçoit nos actions et nos relations avec les acteurs locaux. Ce guide d'aide à la décision des programmes de Handicap International s'articule autour d'une vision « systémique » des services incluant la politique d'un pays ou d'un secteur donné (les politiques sectorielles) la pratique (l'offre de service) et la vie des personnes.

Ce guide contient trois parties. La première établit la base d'une vision commune des principaux déterminants d'accès aux services. Un panorama des éléments d'analyse pour le secteur des services pour les personnes handicapées est ensuite élaboré selon la typologie et la continuité des services, le rôle des services ordinaires, spécifiques et de support, les acteurs clé dans le processus de prestation de service et d'accès, et le lien entre un meilleur accès des usagers et la qualité interne du service. Cette perspective globale du système de services et de son organisation, en parallèle avec le regard plus précis porté sur un secteur ou un service spécifique, peut améliorer significativement notre intervention stratégique dans le pays concerné.

La deuxième partie présente des étapes à suivre dans la planification au niveau d'un programme. Ces étapes nous aideront à définir des paramètres d'analyse et de décision pour nos programmes et en accord avec les spécificités de Handicap International, afin de mettre en place des projets efficaces et pertinents, dans les différents secteurs des services pour personnes handicapées. La troisième partie propose des outils concrets qui permettent de mettre en application les différentes techniques proposées dans le guide pratique. Au moyen de documents préétablis à remplir ou de précisions et études approfondies sur la thématique traitée. On y trouve enfin un lexique ainsi qu'une bibliographie de référence complète.

Notre approche est pragmatique. L'analyse met au clair les forces et faiblesses du système d'accès pour que notre réponse puisse rester pertinente. Souvent dans des contextes de reconstruction et du développement, les faiblesses du système nécessitent d'agir sur les aspects structurels du problème (textes de loi, disponibilité des budgets, des locaux, organisation des services, etc.). Si par contre la difficulté (incapacité, obstacle) qui se présente est plutôt d'ordre individuel, alors nous devons offrir un accompagnement personnalisé.

Bonne lecture et bonne continuation !

Susan Girois

Directrice, Direction des Ressources Techniques,
Handicap International.

1. Champs d'Action de Handicap International, novembre 2009.

A

Pourquoi un nouveau guide ?

La plupart des projets mis en œuvre par Handicap International depuis plus de 25 ans dans le cadre de ses programmes inclut la prestation de services pour les personnes handicapées. La gamme visée est très large : éducation, services de prévention et de santé, rééducation, accompagnement personnalisé, soutien à l'emploi, services de loisirs et sports, formation des professionnels, etc. Les niveaux d'intervention peuvent aussi varier (local/national/régional), tout comme les acteurs soutenus et les partenaires choisis dans le cadre des programmes de Handicap International.

Le secteur des services s'est considérablement élargi et il devient essentiel pour l'organisation d'analyser ses pratiques. Ce, afin d'y promouvoir la structuration d'une démarche et une programmation tactique, en cohérence avec les dernières évolutions internationales. C'est ainsi que progressivement, à partir des problématiques sur la prestation de services, Handicap International est maintenant confronté au questionnement de l'accès aux services pour les personnes handicapées, souvent parmi les plus pauvres et les plus vulnérables.

De nombreux documents de référence existent sur les services (se reporter à la bibliographie en fin de document). Cependant, ils traitent essentiellement des *prestations de services* et non de l'accès ou de l'accessibilité pour certaines populations marginalisées.

B

Pourquoi Handicap International privilégie la thématique de « l'accès aux services » ?

Malgré les efforts consentis, les engagements pris par les gouvernements dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement risquent fort de ne pas être tenus. Masquées par l'écran de statistiques globales, les disparités s'accroissent entre nations et au sein même des sociétés. L'accès à la santé, à l'éducation, au logement et à un revenu décent relève toujours du défi pour la majorité des habitants de notre planète. Les femmes restent particulièrement désavantagées à cet égard dans de nombreux contextes.

Incontestablement, la pauvreté est soit un facteur aggravant, soit le résultat de situations de handicap :

La pauvreté et les faibles niveaux d'instruction freinent l'accès aux soins entraînant des complications de santé. Celles-ci limitent la participation sociale pourtant essentielle à l'intégration des personnes handicapées. Elles restreignent l'accès à l'éducation et à l'emploi entraînant précarité et aggravation des situations de handicap.

Rompant le cercle vicieux, l'accès aux services peut avoir un impact direct sur l'amélioration de la qualité de vie et de l'inclusion économique, sociale et culturelle des citoyens. Il représente ainsi un levier essentiel pour lutter contre la pauvreté.

Outre la mise en place des services quand cela est pertinent, l'amélioration de l'accès aux services existants est un moyen essentiel pour une prise en compte des besoins rapide et à long terme. La problématique de l'accès aux services des personnes handicapées concerne la majorité des projets et tous les programmes de Handicap International.



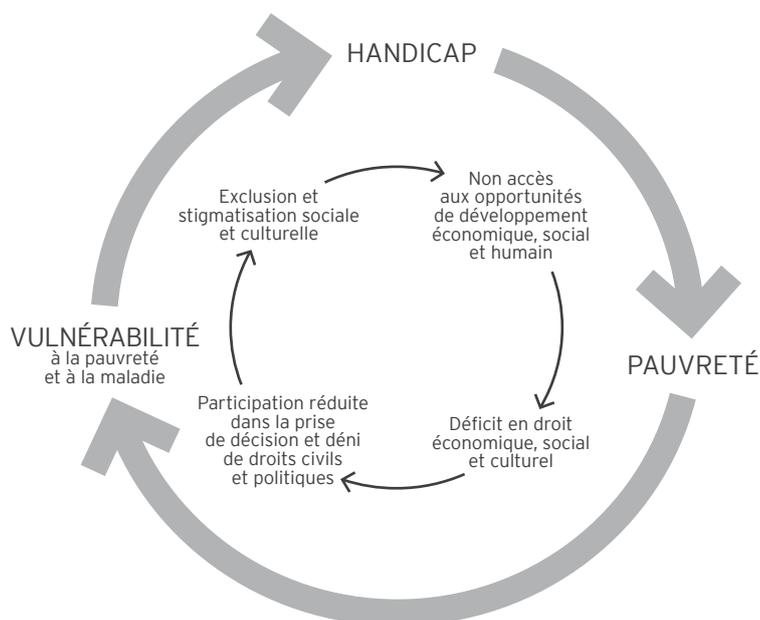


Figure 1
Pauvreté et Handicap, un cercle vicieux

Source : Department for International Development (DfID), Disability, Poverty and Development, Issues Paper, Feb. 2000.

Dans l'analyse de ces expériences, on constate une évolution du sujet :

Durant les années 90, les axes de nombreux programmes concernant les services ont d'abord privilégié l'appui à l'équipement et à l'administration ; puis, quelques années après, les ressources humaines, la formation professionnelle et la qualité. Mais la sous-utilisation des services demeurant un problème, la mobilisation des équipes s'est donc orientée vers l'accès aux services ces dernières années. Sans pour autant exclure l'appui aux prestations, elles prennent aussi en compte l'accès à l'information, l'accès financier, l'amélioration des mécanismes de régulations, etc. Depuis plusieurs années, la thématique est à l'origine de nombreux et riches débats en interne mais aussi avec nos partenaires². Pourtant, la capitalisation sur ce thème reste très limitée.

2. Travaux réalisés pour Handicap International par Charlotte Axelsson en 2007 ; documents de travail sur les mécanismes de régulation en Europe du Sud-Est (Diana Chiriacescu, 2006), séminaire technique de Handicap International à Skopje (avril 2007) ; guides et recommandations techniques dans les domaines de la Direction des Ressources Techniques (DRT) ; document de discussion sur l'accès des personnes en situation de handicap aux services sociaux et médico-sociaux (Franck Flachenberg, Audrey Relandeau, Alice Jardin, Louis Bourgois) 2008.

Les éléments suivants ont constitué la base de départ de l'approche choisie pour ce guide :

- a. De par le mandat de *Handicap International*, les équipes de l'ensemble des programmes sont régulièrement confrontées au constat d'un accès limité aux services des personnes handicapées et des personnes vulnérables.
- b. Travailler sur le système d'accès aux services augmente la possibilité des personnes handicapées à pouvoir en bénéficier. Une action qui se restreint à la qualité des prestations d'un service, sans travailler en parallèle à l'accès pour tous, n'aura pas suffisamment d'impact sur l'amélioration de leurs conditions de vie.
- c. Enfin, la problématique d'accès aux services trouve parfaitement sa place dans les contextes d'urgence, de reconstruction comme dans ceux du développement ; le partage d'expériences enrichira l'ensemble des équipes.

C

Qui a commandité ce guide, quel a été le groupe de rédaction, quels sont les principaux destinataires et quelle méthodologie de travail a été privilégiée ?

En 2008, le Comité de Direction a commandité un travail de capitalisation de nos pratiques sur cette thématique afin de renforcer la pertinence et l'impact de la programmation pluriannuelle des programmes. Pilotée par la Direction des Ressources Techniques, une équipe projet³ a été constituée en janvier 2009, avec pour but principal d'élaborer un document de cadrage général pour l'ensemble de l'association, guidant le processus d'analyse et de prise de décision pour la mise en place des cadres opérationnels d'accès aux services des personnes handicapées.

Méthodologie d'écriture

Inspirée par le travail synthétique et conceptuel d'un groupe de réflexion interne⁴, l'équipe a choisi de s'appuyer sur des expériences existantes pour apporter des outils concrets d'aide à la décision aux équipes.

L'équipe projet a bénéficié d'un appui consistant du pôle Management des Connaissances⁵. Celui-ci a mis à disposition une large base documentaire pour l'analyse des pratiques internes et a contribué à la rédaction de ce guide.

Les principaux destinataires du document sont :

— Les équipes des programmes de Handicap International et les coordinations des programmes

qui développent des actions liées à l'accès des personnes handicapées aux services sociaux et médico-sociaux (responsables de programmes, directeurs de programmes, coordinateurs techniques, chefs de projets, coordinateurs de projets, équipes terrain, etc.). Ce cadrage leur servira comme outil de décision, de choix méthodologique et d'intervention concrète dans un pays ou contexte d'action donné.

— Les domaines techniques de la Direction des Ressources Techniques

le document assurera une vision systémique et cohérente des projets visant l'accès aux services, pour l'ensemble des domaines techniques.

— Le service veille et positionnement de Handicap International.

3. Diana Chiriacescu, Maryvonne de Backer, Rozenn Botokro.
4. Document de discussion sur l'accès des personnes en situation de handicap aux services sociaux et médico-sociaux (Louis Bourgois, Franck Flachenberg, Audrey Relandeau, Alice Jardin) 2008.
5. Anne-Marie Fombon, Catherine Clavel, Stéphanie Deygas, Nacera Kaïfa, Catherine Dixon et Elodie Finel. Avec l'appui d'Eric Delorme.

D

Quelle démarche a été privilégiée dans ce guide et comment l'utiliser ?

Le document présente un ensemble de questions et d'invitations à analyser votre expérience, en facilitant le repérage des aspects à approfondir ou à explorer et en stimulant la création de liens.

Le guide propose des questions et réflexions en début de chaque point abordé.

Il est conseillé de répondre à chacune de ces interrogations d'abord individuellement, puis collectivement. Que chacun prenne le temps d'y répondre à l'écrit, puis partagez vos questionnements, idées et points de vue en équipe et avec les partenaires, en organisant des temps de débats, avant de poursuivre votre lecture de ce guide. Cette mobilisation des personnes conduira, sans doute, à porter un regard distancié sur leur contexte, leur mode d'intervention, à les mettre en appétit pour des nouveaux apports, à renforcer des compétences et à rechercher des façons d'agir innovantes.

E

Pourquoi avoir privilégié certaines expressions ?

Personne en situation de handicap ?

Personne avec un handicap ?

Personne handicapée ?

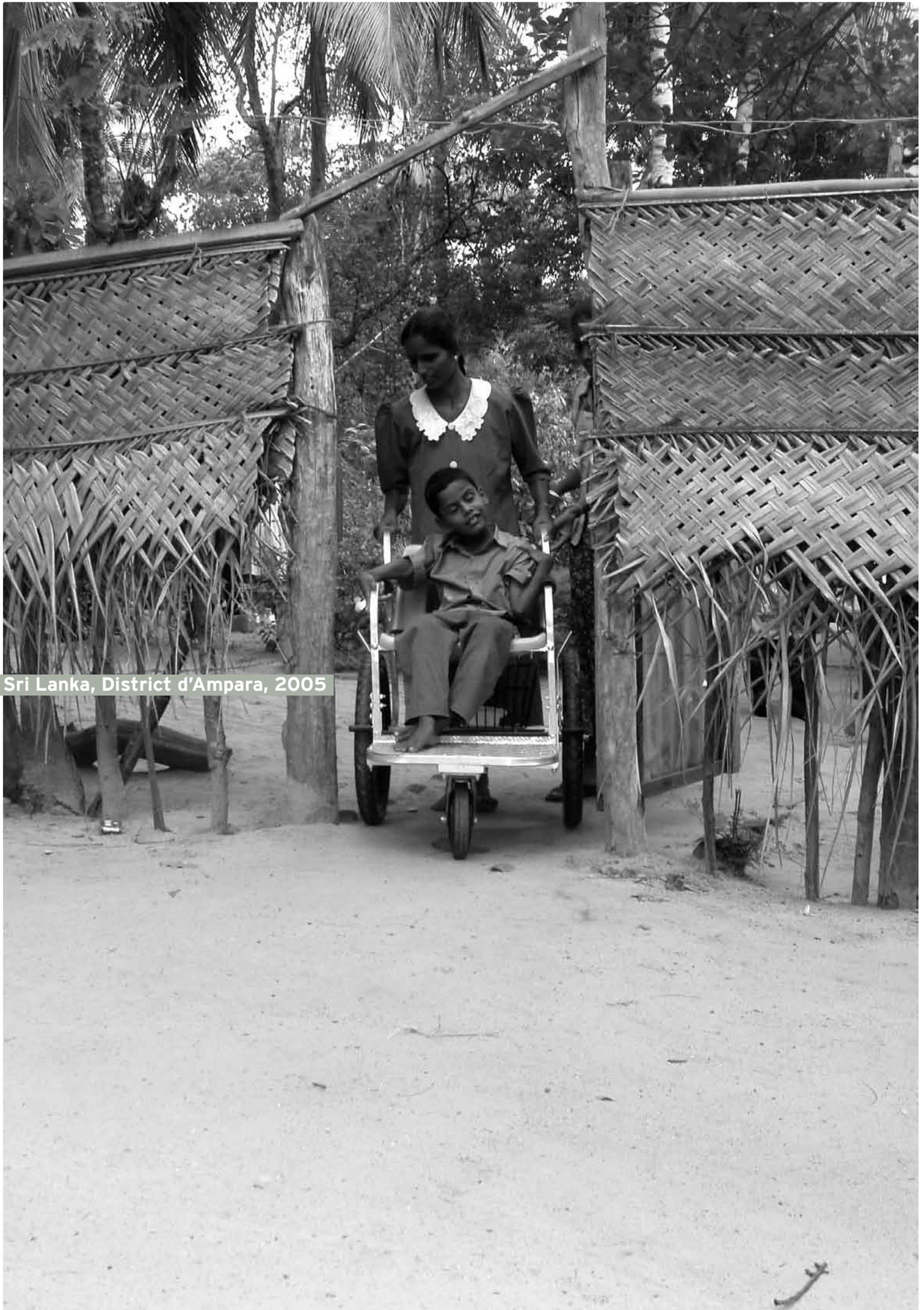
En se basant sur l'intitulé de la Convention des Nations Unies, il a été retenu « personne handicapée » en français et « person with disabilities » en anglais.

Un lexique à la fin du guide reprend les principaux mots de vocabulaires spécifiques.

Ceci n'exclut pas une explicitation des termes au fur et à mesure.



Fin



Sri Lanka, District d'Ampara, 2005

Principes et repères

LES SERVICES	12
A. Introduction: gamme et continuité des services	12
B. Gamme des services	13
1. Services de support	
2. Services ordinaires et spécifiques	
3. Services de base	
4. Services sociaux et services à fonction sociale	
C. Synthèse	18
<hr/>	
LES ACTEURS	19
A. Introduction: gamme et interactions des acteurs	19
B. Rôles et interactions des acteurs détaillée	20
1. Les usagers et leurs familles	
2. Les autorités et/ou décideurs	
3. Les prestataires	
C. Synthèse	21
<hr/>	
LES FACTEURS DÉTERMINANTS	22
A. Par niveaux	22
1. Systémique (macro)	
2. Internes (micro)	
3. Externes (usagers et population)	
B. Illustrations	25
1. Enquête en Afrique	
2. Étude Afghanistan	
3. Questionnaire du séminaire d'Amman	
4. Expérience du terrain	
5. Étude documentaire transversale	
C. Synthèse	29
<hr/>	
ÉVOLUTION ET INFLUENCES	30
A. L'évolution vers un droit fondamental	30
B. Les textes de références	31
C. Synthèse de la première partie	31

Les services

Vous

Quels services avez-vous appuyés dans le cadre de votre programme ? (Citer et expliquer en illustrant)

À quel secteur appartiennent-ils ?
Pour quel âge ou type d'utilisateur ?
En milieu rural ou urbain ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

A

Introduction: gamme et continuité des services

Afin d'obtenir une compréhension commune des services pour lesquels Handicap International souhaite agir, voici des notions importantes à intégrer dans le secteur des services pour les personnes handicapées: comme tout citoyen, les personnes handicapées ont le droit d'avoir accès à cette large gamme de services à proximité de leur lieu de vie⁶.

Ces services appartiennent à des secteurs très différents, mais ensemble, constituent **un cycle, une continuité** qui contribue à l'amélioration des conditions de vie de la personne. Dans la figure n°2, des exemples de services sont représentés sous forme d'une continuité sur un cercle.

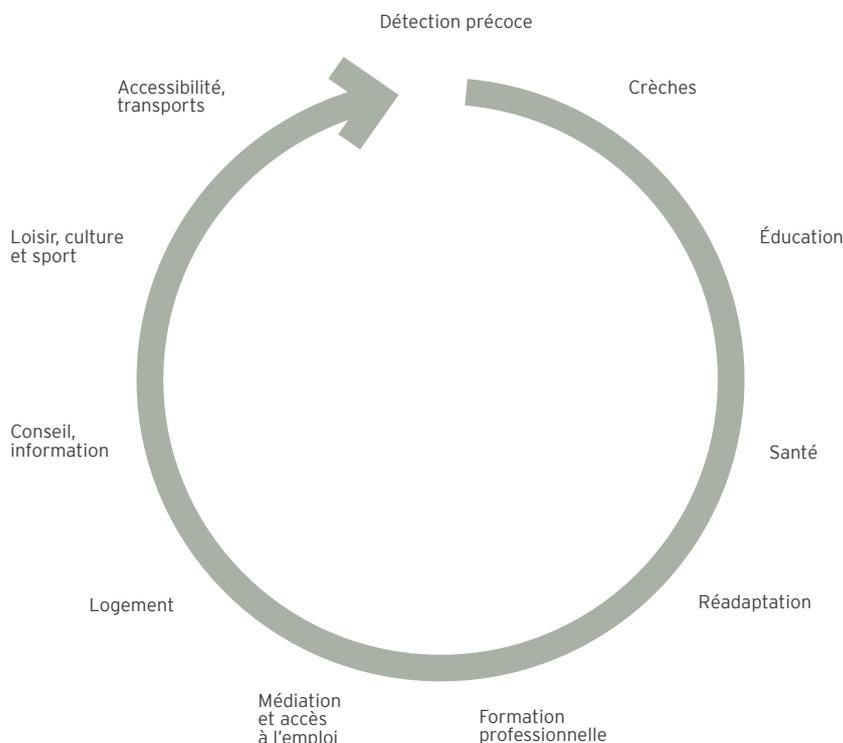


Figure 2
Gamme des services

B

La gamme des services

Il est couramment admis que la participation de la personne dans la vie sociale et économique est favorisée par la bonne qualité de ces services, ainsi que par **la continuité de leur prestation**, au cours des cycles de vie de la personne handicapée. Il ne suffit donc pas que ces services existent, il faut assurer un lien fonctionnel entre eux, ainsi qu'entre des services qui interviennent au moment d'un changement de cycle de vie ou de statut de la personne (de l'enfance à l'âge adulte, de l'âge scolaire vers l'encadrement au champ du travail, etc.). Ce principe de continuité de la prestation est très important pour les personnes handicapées, car leurs besoins de support et d'accompagnement restent complexes.

Il est nécessaire d'avoir une bonne continuité entre :

- Éducation et réadaptation ;
- Éducation et formation professionnelle (pour, entre autres, lui donner du sens via une perspective réelle à l'emploi) ;
- Rééducation et médiation à l'emploi.

Et ce, afin que la personne handicapée bénéficie pleinement de ces services.

1. Services de support ⁷

Un des besoins les plus significatifs des personnes handicapées en matière d'accès aux services est le **« service d'appui » ou de « support »**.

Les personnes handicapées peuvent avoir des besoins additionnels pour lesquels l'environnement ou les services ordinaires ne sont pas préparés.

Les services de support compensent ce manque et facilitent leur participation aux activités quotidiennes sociales, culturelles ou économiques : soin personnel, déplacement (dans et hors de la maison), apprentissage, travail, loisirs, etc. Pour ces raisons, cette catégorie de services joue un rôle clé dans leurs vies. D'où leur position centrale dans la figure n°3 : les services de support sont des leviers essentiels pour la vie quotidienne.

Voici des exemples de services de support présents dans tous les secteurs majeurs des services.

- Un professeur de soutien (« auxiliaire de vie scolaire »), service de support pour l'éducation des enfants handicapés ;
- Un médiateur à l'emploi dans le milieu professionnel ;
- Un interprète professionnel en langue des signes, service de support pour l'accès aux services de santé, juridiques, éducationnels ;
- Un assistant personnel ;
- Une aide aux soins quotidiens à domicile ;
- Un conseiller ou travailleur social, etc.

La production et diffusion des technologies d'assistance utilisées sont aussi considérées comme services de support dans tous les secteurs : logement, éducation, emploi, formation professionnelle, loisirs, etc.

Cf. figure 3 page suivante.

6. Articles 19, 23, 24, 25 et 26 de la Convention UN.

7. Le terme « services de support » (ou d'appui) a été mentionné pour la première fois de manière officielle dans le texte des « Règles Standards pour l'Égalisation des Chances des Personnes Handicapées », élaboré par les Nations Unies en 1993. La règle numéro 4 leur est consacrée, dans le cadre de ce document primordial pour le domaine du handicap.

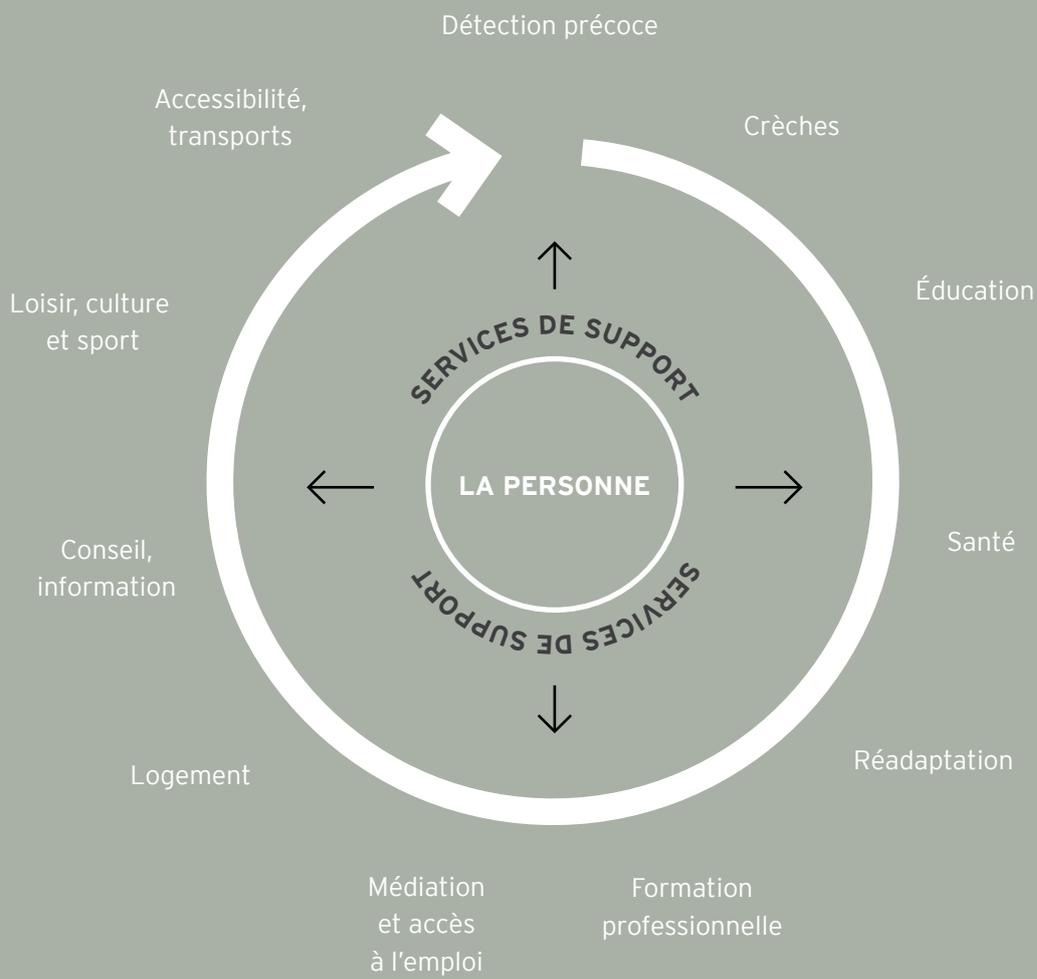


Figure 3
 Les services de support -
 place clé dans le système des services

2. Services ordinaires et spécifiques

Les services spécifiques sont tout aussi nécessaires que les services ordinaires dans une société à vocation inclusive (le « toit de la maison » dans la figure 4 page suivante).

Pour être inclusive, une société doit s'assurer que ses citoyens ont accès, aussi bien aux services ordinaires qu'aux services plus spécifiques, selon leurs besoins et leurs choix.

Cette approche appelée « à double-volet » montre que, pour répondre à certains besoins, plus particulièrement pour des personnes ayant des incapacités multiples ou très dépendantes, la société s'engage à rendre les services spécifiques aussi accessibles que les services ordinaires. De ce point de vue, la catégorie de services de support peut être considérée comme une catégorie à part des services spécifiques. Leurs rôles restent cependant très précis, car ces services ne sont pas thérapeutiques, mais d'assistance à la participation active des personnes handicapées dans les différents aspects de la vie quotidienne.

Par exemple :

Le processus de réadaptation fonctionnelle. Il se retrouve distribué entre :

- ▀ Les services ordinaires (incluant la réadaptation fonctionnelle, la kinésithérapie, l'orthophonie, l'ergothérapie, etc.);
- ▀ Les services de support (aides techniques, dont l'aide à la mobilité);
- ▀ Les services spécifiques (centre de réadaptation avec toutes la gammes des services appropriés dont la rééducation fonctionnelle, l'orthoprothèse, l'accompagnement social, les aides techniques y compris celles pour la mobilité, etc.).

3. Services de base

Souvent dans les contextes d'urgence ou d'extrême pauvreté, on parle de la priorité d'assurer l'accès de la population aux « services de base ».

Handicap International se joint aux acteurs internationaux en y intégrant :

- ▀ Les services essentiels à la survie des personnes (accès à l'eau potable, aliments de base, assainissement); et parfois :
- ▀ L'éducation;
- ▀ Les soins de santé primaire;
- ▀ Les infrastructures routières;
- ▀ Les mesures élémentaires de sécurité⁸.

8. « Les services et infrastructures communautaires de base comprennent notamment l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement, la gestion des déchets, la protection sociale, les transports et les communications, l'approvisionnement énergétique, les services de santé et les services d'urgence, les établissements scolaires, la sécurité publique et la gestion des espaces verts. » (Nations Unies, Programme pour l'habitat, paragraphe 84, cité dans le document « Lignes directrices internationales sur l'accès aux services de base pour tous », http://www.un-habitat.org/downloads/docs/6243_65697_K0950030-F_HSP_GC_22_2_ADD6.pdf)

UNE COMMUNAUTÉ INCLUSIVE

=

ÉLIMINATION DES BARRIÈRES

physiques, informationnelles, attitudinales...

+

Services ordinaires

- Éducation préscolaire, scolaire, universitaire, formation continue, etc.
- Formation professionnelle
- Garde d'enfants
- Centres de jour
- Santé
- Rééducation et réadaptation
- Services de médiation à l'emploi (ex. Bureau du Travail)
- Service d'accompagnement social (travail social)
- Logement social
- Transport public
- Loisir, sport
- Information (centre ressources...)

Services de support

- Auxiliaires de vie (assistants personnels)
- Aides techniques
- Interprètes en langue des signes
- Auxiliaires de vie scolaire
- Médiation et appui à l'emploi
- Transport adapté
- Budgets personnalisés
- Aide à domicile, etc.



Services spécifiques

- Services de diagnostic et d'intervention précoce
- Évaluation individuelle des besoins
- Centres de jour pour personnes handicapées
- Centre de rééducation et réadaptation
- Emploi protégé
- Logement protégé, etc.

Figure 4

Typologie de services
dans une communauté inclusive

(Schéma proposé par les équipes de Handicap International
d'Europe de Sud-Est et du Moyen-Orient)

4. Services sociaux et services « à fonction sociale »

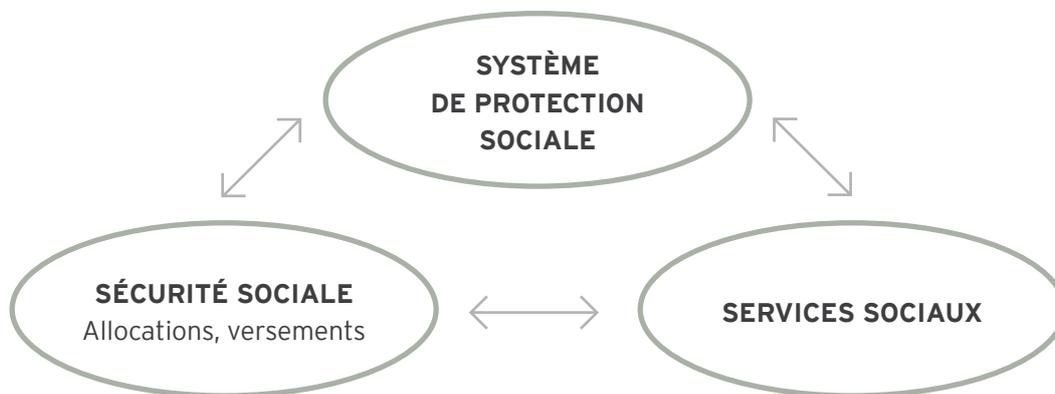


Figure 5

Deux composantes clés du système de protection sociale

Dans l'ensemble des services importants pour les personnes handicapées, une catégorie à part est représentée par les services sociaux. Il n'existe pas encore de définition universellement acceptée, mais leur rôle principal est de compenser des situations de vulnérabilité, de déficit ou de précarité, temporaires ou permanentes. Exemple: accompagnement social, assistance à domicile des personnes âgées, cantine sociale, assistance sociale ou psycho-sociale pour les familles nombreuses, etc. Les services sociaux font partie du système national de « protection sociale ». Dans les pays où existe un tel système, il est composé de deux parties :

- ▀ Les services sociaux ;
- ▀ Les aides financières (allocations, pensions, indemnités etc.) parfois appelées « services de sécurité sociale ».

L'accès à ces services est également important pour les personnes handicapées, car ils améliorent leur qualité de vie et leur participation sociale (allocation pour l'assistant personnel, bons pour le transport, budgets personnalisés, etc.).

La politique actuelle pour les personnes handicapées incite à trouver un équilibre correct entre les aides financières à la personne et les services sociaux disponibles.

Ainsi, la personne peut exercer ses droits, ses choix, mais aussi bénéficier d'un support en adéquation avec ses besoins particuliers. En général, **les États sont garants de l'accès de tous les citoyens aux services sociaux**. Mais cela n'inclut pas nécessairement la prise en charge d'une **prestation directe** de ces services, et souvent, cette dernière est déléguée à des prestataires privés. Cependant, l'État (autorités locales ou nationales) reste responsable et, de fait, se doit d'en garantir l'accès à ses citoyens en fonction de leurs besoins. Certains services comme l'éducation et la santé ne peuvent pas entrer strictement dans la catégorie des services sociaux mais ils contribuent à l'inclusion sociale des citoyens. Ils entrent donc dans la catégorie des « services à fonction sociale »⁹.

9. Formulation apparue en UE, dans le cadre des débats sur les services d'intérêt général (2001-2006).

C

Synthèse

- Les personnes handicapées ont généralement besoin d'un accès à une large gamme de services dans leur communauté, depuis le diagnostic et l'intervention précoce jusqu'à l'éducation, la formation professionnelle, les services de santé et réadaptation, loisirs, transport, etc.
- La continuité des prestations de services est nécessaire (Exemple : réadaptation, services de santé, etc.)
- Une société inclusive s'assure que les services ordinaires et spécifiques sont également accessibles aux personnes handicapées.
- Les services de support permettent aux personnes handicapées l'accès aux services et la participation aux activités sociales, culturelles, etc.
- Dans des situations d'urgence ou d'extrême pauvreté, l'accès aux services de base devient prioritaire.
- Les politiques sociales d'un pays font référence à deux éléments principaux :
 - le système de sécurité sociale (ou la totalité des mécanismes de support financier pour les citoyens) et
 - l'ensemble des services sociaux et d'assistance à la personne. L'accès à ces services est tout aussi important pour les personnes handicapées.
- L'éducation et la santé sont considérées comme « des services à fonction sociale ».



B

Rôles et interactions des acteurs

Au cours de l'analyse des prestations de services d'un pays, l'interaction des acteurs d'un système dit « idéal » doit être prise en compte car elle détermine les conditions d'accès. Elle permet d'identifier les défaillances et d'analyser la capacité et la situation concrète de chacun des acteurs.

1. Les usagers et leurs familles

Ils sont les premiers demandeurs des services de proximité. Ils doivent réussir à exprimer leurs besoins et faire entendre leurs choix et priorités. Dans un contexte favorable, les usagers peuvent réussir à orienter les politiques et défendre leurs droits auprès des autorités. Pour cela, ils ont besoin d'informations nécessaires afin de conserver un regard critique sur la disponibilité et la qualité des services. Une implication volontaire dans la démarche d'assurance qualité des services est essentielle.

2. Les autorités et les décideurs

Les autorités d'un pays, d'une région ou d'un territoire sont chargées d'assurer une réponse aux besoins des populations en matière de services sociaux et à fonction sociale. Ces services peuvent être fournis par des prestataires publics ou délégués à des acteurs privés. Les autorités ayant la capacité et les ressources assument un rôle de régulation. Elles définissent les grandes orientations et doivent fournir les ressources nécessaires pour garantir l'offre de ces services. Les autorités sont également garantes de la qualité des services. Dans ce sens, des mécanismes d'audit et d'accréditation peuvent assurer un contrôle adapté.

Quand les autorités publiques (locales ou nationales) ne peuvent assurer correctement leur rôle, la régulation des services est généralement déléguée aux agences ou organismes externes (locaux ou internationaux : ONU, etc.)

3. Les prestataires

Les prestataires de services sont en contact direct avec les usagers. Ils fournissent les informations requises sur leurs services aux autorités et doivent respecter les normes et principes de qualité définis par un organe régulateur (État, décideur local, organisme délégué à la régulation des services, etc.). L'information aux usagers est moins réglementée dans la plupart des pays d'intervention de Handicap International. Mais elle fait toujours partie de la relation prestataire-usager. Dans l'idéal, les prestataires sont responsabilisés face aux usagers et aux autorités. Dans certains cas, ils peuvent participer aux processus d'appel d'offres et recevoir des fonds publics ou privés.

Il existe trois catégories de prestataires formels et une catégorie informelle dans le secteur médico-social et social. Cette diversité représente un des éléments spécifiques de la problématique de ces services¹⁰ :

- les prestataires publics
 - les organisations privées à but non lucratif
 - les organisations privées à but lucratif
 - Puis, les prestataires « informels » : familles, bénévoles, voisins, etc.
- (NB : quand il s'agit de la famille, se sont majoritairement des femmes) ou « traditionnels » (tradi-praticiens, guérisseurs).

10. Munday, B., « Les services sociaux européens, caractéristiques et tendances », dans les documents de la Conférence internationale « Services d'Intérêt Général dans l'Europe actuelle et future », ODSSE, Hambourg, 2002.

C

Synthèse

Au delà d'un rôle de prestataire de services, ces praticiens peuvent jouer plusieurs rôles simultanément :

- un rôle humanitaire pour les plus démunis ;
- un rôle politique, visant le soutien des intérêts d'une certaine profession, d'un type de service, d'une catégorie de population d'utilisateurs ;
- un rôle de mobilisateur de ressources pour des causes ou des besoins bien précis.

Les prestataires sont également des révélateurs importants des besoins sociaux. En contact direct avec les catégories les plus vulnérables de la population dont les besoins sont rarement pris en compte, ils peuvent aussi construire un lieu de partage des savoirs et expériences entre personnes de différents milieux.

- **L'accès aux services est un aspect fortement lié à la responsabilité des acteurs et à la bonne gouvernance.**
- **L'accès aux services est facilité quand les trois types d'acteurs se trouvent dans une relation de collaboration et d'échange : usagers, autorités et prestataires et assument leur rôle dans la transparence et la bonne gestion de l'offre et de la demande.**
- **Les services peuvent être fournis par des prestataires publics, ou délégués à des prestataires privés à but lucratif ou non lucratif. Dans le système idéal, les autorités conservent un rôle de régulation.**

L'existence de l'information diffusée largement sur les services disponibles

et sur ce qu'ils peuvent apporter :

- Formats multiples pour s'adresser à des publics particuliers (braille, langue des signes, langues locales, facile-à-lire, images pour les personnes non alphabétisées, etc.);
- Medias adaptés aux modes de communication et de vie sociale (théâtre, sensibilisation en groupes, communication dans les lieux fréquentés par les filles et femmes, etc.).

L'existence de professionnels formés et motivés :

- en nombre suffisant avec une diversité de compétences complémentaires dans les services ordinaires, spécifiques et de support, ainsi qu'une approche globale¹¹ et des attitudes facilitatrices d'accès aux services.

Une gamme technologique appropriée et des aides techniques disponibles ;**Un coût raisonnable et une accessibilité financière aux services ;****L'existence de procédures souples d'accès aux services :**

- Non bureaucratiques et reflétant les besoins réels des usagers ;
- Incluant le changement de région de domicile des usagers¹² ;
- Des procédures ou des services d'orientation des personnes vers les services (relais handicap et vulnérabilité, maison du handicap, commissions d'orientation, etc.).

2. L'organisation interne (micro)

Soit le **fonctionnement à l'intérieur même du service** pouvant faciliter, ou inversement s'il venait à manquer, décourager l'accès des usagers :

La capacité d'écoute, l'information dispensée et les procédures d'accueil

- Par le personnel des services (en langue locale par exemple).

L'existence de moyens adéquats

- Le cadre du service, fonctionnant avec une maintenance assurée ;
- L'installation de sanitaires adéquats et respectueux.

La « flexibilité » des services

- Via une gamme de technologies et méthodes de travail adaptées à la variabilité des usagers et des contextes (urgence, reconstruction et développement) ;
- Grâce à des ajustements réguliers aux besoins nouveaux ;
- Exemple : prise en compte des usagers enfants qui grandissent, des adultes handicapés dont les besoins en soins à domicile évoluent, des femmes enceintes, etc.

La disponibilité des informations sur la prévention et sur le traitement

- Pour les maladies concernées (dans le cas de services de santé) L'accès aux diagnostics précis ;
- Par exemple : pour la prescription d'appareillages.

Un déplacement facile à l'intérieur du service**Un management de qualité**

- Qui prend en compte prioritairement l'intérêt des usagers pour une réponse à leurs besoins réels.

11. Approche globale : prise en compte de la personne, son histoire, son environnement, ses besoins, etc.

12. Exil rural, personnes déplacées, réfugiés, etc.

Cf. Schéma page suivante.

ACTIVITÉ AU NIVEAU DU SYSTÈME/MACRO

PLANIFICATION

Activités :

- Analyse des besoins au niveau local ;
- Élaboration de schémas des besoins et des services existants et nécessaires ;
- Élaboration des procédures d'accès des usagers ;
- Appels d'offres de services ;
- Autorisation des services qui correspondent aux besoins territoriaux, en accord avec les conditions ou standards minimaux requis ;
- Contractualisation et financement des prestataires.

DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS

Fourniture du service concret.

ÉVALUATION

- Évaluations externes des services existants ;
- Actions de type « benchmarking » au niveau local ou national.

CORRECTIONS ET SUIVI

- Recommandations de type correctif ;
- Renégociations du contrat et des financements ;
- Actions punitives, si nécessaires.

ACTIVITÉ AU NIVEAU DU SERVICE/MICRO

PLANIFICATION

Activités :

- Élaboration des instruments d'organisation interne (manuel de procédures, règlements internes, chartes éthiques, etc.) ;
- Analyse des besoins des usagers qui accèdent au service, évaluation initiale ;
- Élaborations des plans d'interventions personnalisées ;
- Échéancier des activités destinées aux usagers ;
- Planifications des évaluations internes.

DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS

- Prestations proprement dite des services aux usagers ;
- Action du cycle « Plan Do Check Act » au niveau interne, de l'organisation prestataire.

ÉVALUATION

- Évaluation interne de la qualité du service ;
- Évaluation des plans d'interventions personnalisées, etc.

CORRECTIONS ET SUIVI

- Suivi continu du service ;
- Corrections des erreurs ou procédures inefficaces, au sein du service.

Le schéma ci-dessus présente les activités de la prestation de services à différents niveaux et stades d'une démarche qualité

B

illustrations

Selon le Groupe à Haut Niveau de la Commission Européenne, il existe des principes qui ne déterminent pas, mais contribuent à la qualité des services pour les personnes handicapées¹³:

- Le respect des droits des usagers, de ses choix et de ses intérêts;
- L'approche personnalisée de l'intervention;
- La continuité des soins et interventions, tout au long des différents cycles de vie;
- La participation des usagers dans la planification et l'évaluation du service;
- Le partenariat dans la réalisation des services;
- L'orientation du service vers les résultats;
- La bonne gouvernance du service.

3. L'organisation externe (usagers et populations)

Soit des facilitateurs liés à l'**attitude de la population par rapport aux services ou dans la recherche de support** en général.

Les attitudes proactives des usagers initiateurs de la demande

- Qui cherchent et utilisent les services adéquats, grâce entre autres, à la conscientisation du droit à l'accès aux services (lutte contre le concept d'introjection de Paolo Freire¹⁴).

Une perception positive par tous de l'accès aux services possibles pour:

- Les femmes;
- Les minorités ethniques;
- Les personnes handicapées quel que soit le type de déficiences;
- Les personnes pauvres, etc.

Et ce, afin de réduire les obstacles culturels, liés aux croyances ou coutumes locales.

13. <http://www.easped.eu/LinkClick.aspx?fileticket=4D55703469685630427A633D&tabid=3531&stats=false>
14. Paulo Freire, *Pédagogie des opprimés*, La découverte/Maspero, 1983. Voir dans le lexique, la Transposition du Concept d'auto appréciation ou d'introjection de Paolo Freire au handicap.

1. Enquête en Afrique

Dans le cadre d'une Enquête Nationale sur le Handicap au Maroc¹⁵, réalisée en 2004, il a été « demandé aux personnes en situation de handicap interrogées de définir, parmi les multiples contraintes et barrières auxquelles elles sont confrontées, celles qui leurs posent le plus de problèmes et quels sont leurs principaux besoins et attentes pour résoudre ces difficultés. »

Voici les principales raisons des difficultés d'accès aux services et de non-fréquentation, de la part des usagers :

Manque de moyens financiers

83,2 %

Éloignement géographique

25,2 %

Image négative des services de santé

21,1 %

Manque de moyens des services

17,6 %

Inaccessibilité physique

7,9 %

Difficulté de communication

4,6 %

Démarches administratives trop compliquées

3,4 %

Manque d'information

2,1 %

Autre raison

8,2 %

15. Enquête Nationale sur le Handicap au Maroc, Secrétariat d'État chargé de la famille, de l'enfance, des personnes handicapées, Royaume du Maroc avec le soutien de la Communauté Européenne, 2004.

Un questionnaire sur l'accès aux services a été aussi appliqué, en Afrique de l'Ouest (DECISIPH 2009)¹⁶.

Une enquête au Togo¹⁷, réalisée en 2007 a mis en évidence que :

« L'accessibilité des rues en saison des pluies constituait un obstacle pour plus de trois quarts des personnes interrogées. L'impact négatif de ce facteur environnemental est évoqué en très large majorité par les personnes présentant des difficultés motrices (plus de 83 %) ou des problèmes de vue (85,3 %). »

Une étude en Zambie¹⁸ a relevé que :

« Les difficultés les plus importantes sont le transport public, accessible pour seulement 65 %, et l'endroit du travail, accessible pour 68 % des personnes handicapées. À peu près un tiers des personnes handicapées qui utilise le transport public ou qui travaille se confronte à des barrières pour accéder à ces services »

2. Étude en Afghanistan

Une étude de Handicap International en Afghanistan montre aussi les types de difficultés rencontrées par les usagers au cours des visites dans les services de santé (comparaison entre les personnes avec et sans handicap)¹⁹ :

- manque d'argent ;
- manque du transport ;

- médicaments insuffisants ;
- pas d'accompagnateur ;
- manque de nourriture ;
- personnel médical insuffisant ;
- mauvaise attitude du personnel ;
- équipement donné inutilisable.

Autres obstacles relevés dans des études d'autres ONG :

- Peur de la dénonciation ;
- Non-domiciliation dans un contexte où les preuves de domiciles sont obligatoires pour faire valoir ses droits²⁰.

3. Questionnaire au cours du Séminaire Amman

Un bref questionnaire, complété par les participants au séminaire international organisé par Handicap International à Amman en décembre 2009, a listé les principaux obstacles et facilitateurs de l'accès des personnes handicapées aux services, tels qu'ils sont perçus par les équipes de Handicap International et par nos partenaires locaux.

Voici les résultats :

Les obstacles les plus significatifs, envers l'accès aux services dans la communauté :

- Nombre limité ou inexistence des services dans les zones rurales, géographiquement difficiles ou isolées ;
- Accès physique difficile aux services existants ; grandes distances à parcourir par les usagers, parfois dans des conditions de sécurité précaire, surtout pour les femmes et les enfants ;
- Accessibilité limitée des services existants (physique, information, etc.) ;

16. ENQUETE SIPS - DECISIPH, Santé, Incapacités et Participation Sociale, 2009, Handicap International

17. Conditions de vie des personnes en situation de handicap au TOGO : enquête dans 30 communautés du TOGO, Rapport d'étude Juin 2007, Handicap International

18. Living conditions among people with activity limitations in Zambia, a national representative study, SINTEF A262 Report, Septembre 2006.

19. Understanding the challenge ahead, Executive Summary Report, National Disability Survey in Afghanistan, Islamic Republic of Afghanistan and Handicap International, 2005, schéma p. 28.

20. Rapport 2003 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde, ORSMIP, édité en 2004, hors série n°1.

- Aspects financiers : prix élevé des services eux-mêmes ou des technologies et moyens auxiliaires ; autres coûts liés à l'accès concret des usagers aux services les plus proches (transport, logement, sécurité, etc.) ; les services ne sont pas une priorité pour les familles pauvres ; les enveloppes budgétaires limitées accordées en général aux services pour les personnes handicapées ;
- Le manque d'information sur ce que proposent les services et leur utilité ; manque de connaissances sur les droits des personnes handicapées, sur les prestations auxquelles ils ont droit, sur les services existants ; manque d'intérêt pour les services, dans certains cas ;
- La pauvre qualité des services ; le niveau réduit d'expertise des professionnels et des prestataires ;
- Des systèmes de prestation de services inefficaces ; bureaucratie excessive ; corruption ; manque de services de support pour faciliter l'accès des usagers aux services de proximité ;
- Le manque de professionnels formés, dans différents secteurs liés au handicap ; manque de connaissances de base sur le handicap dans les formations initiales et continues des professionnels ;
- Les attitudes négatives du public en général par rapport au handicap ; les attitudes négatives des prestataires envers les personnes handicapées ; les préjugés culturels ou religieux par rapport à la demande des services de soins ;
- L'insuffisante coordination de tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes handicapées (à titre individuel ou à titre collectif via les associations qui les représentent, les familles, les professionnels, les pouvoirs publics) ;
- Les politiques défaillantes dans le secteur du handicap ou des services ; le manque de volonté politique pour améliorer le secteur des services pour personnes handicapées ;

- L'insuffisante organisation de la « demande » de services : manque de comportement proactif des usagers quant à la recherche des services existants ; organisations des personnes handicapées encore faibles ou pas coordonnées, manque de collaboration entre acteurs pour un plaidoyer efficace, etc.
- Participation citoyenne insuffisante au sein des communautés locales ;

4. Expériences du terrain recueillies au séminaire (ce qui se fait)

Partage d'expériences

L'expérience de Handicap International dans l'amélioration de l'accès aux services pour les personnes handicapées est très riche.

Les exemples ci-dessous donnent sur cette thématique un panorama de sa gamme diversifiée d'interventions dans le monde²¹.

- Au sein des communautés locales aux Philippines, Handicap International soutient la création d'équipes de soins multidisciplinaires du diabète, afin **d'améliorer l'accès des personnes aux soins primaires** dans les régions pauvres.
- Au Liban, Handicap International participe au fonctionnement des **Centres de Support** et d'Orientation qui facilite l'accès pour les familles aux services de diagnostic précoce ainsi qu'aux services thérapeutiques pour troubles psychologiques à destination des réfugiés palestiniens déplacés dans les camps.
- Au Népal, l'équipe de Handicap International travaille pour rendre les services de rééducation physique plus **accessibles pour les personnes qui se trouvent dans des zones isolées**.

21. Ces exemples ont été présentés lors du même séminaire « Access to Services for Persons with Disabilities in Challenging Environments » organisé par Handicap International à Amman, Jordanie, décembre 2009. Le choix a porté sur des expériences pédagogiquement pertinentes et non pas sur des critères de qualité.

─ Dans les Balkans, due à une présence longue de 20 ans, Handicap International a soutenu les acteurs nationaux dans leurs efforts à démarrer des **réformes structurelles (plus globales) des services** pour les personnes handicapées, au niveau national; mais aussi à la création de services **concrets, innovants** :

• Au Monténégro et en Roumanie, en partant de projets pilotes de centres de jours pour enfants handicapés, Handicap International a soutenu le développement des réseaux nationaux de services, en partenariat avec des autorités locales et des organismes internationaux.

• En Macédoine, Handicap International a participé à la réforme du système de régulation pour les services destinés aux personnes handicapées.

• Au Kosovo, Handicap International a commencé son intervention avec des aides d'urgence, pendant les guerres de l'ex-Yougoslavie, et a ensuite continué avec le renforcement des acteurs locaux et l'appui à l'élaboration des stratégies nationales et locales, afin d'améliorer l'accès des personnes handicapées aux services de proximité.

─ Au Mali, au Rwanda et au Togo, Handicap International a mis en place, avec les acteurs locaux, des fonds équitables pour financer les soins de réadaptation fonctionnelle des personnes les plus pauvres.

5. Étude documentaire transversale (ce qu'il reste à faire)

De mars à juin 2009, l'équipe du projet « services » a étudié également un nombre significatif de documents liés à l'action de Handicap International dans le secteur particulier de l'accès aux services²².

Elle a pu relever la diversité des secteurs d'intervention de Handicap International, en accord avec le champ large des secteurs d'activité de l'association.

(Cf. Champs d'Action, Novembre 2009).

Voici les éléments relevés dans le cadre des améliorations à apporter :

─ **Une stratégie globale d'amélioration de l'accès aux services est rarement explicitée par les programmes.** Dans certains, il y a une prise de conscience de la nécessité d'une approche plus systémique des services (et de leur accès), bien que l'approche par projet soit plus répandue, sans lien clair entre différents projets d'un même programme.

─ **Les analyses des contextes et des acteurs présents dans les textes des revues de programmes/cadres opérationnels des programmes ne débouchent pas nécessairement sur des priorités en termes de choix de services qui seront appuyés ou des acteurs ciblés.** En effet, la grille d'analyse des revues n'est pas suffisamment précise pour une telle priorisation.

─ **Les types de partenariat diffèrent largement d'un programme à l'autre.** Quand il s'agit d'initiatives de partenariat pluri-acteurs, il est rare que la codécision soit vraiment assurée avec les associations et organisations de personnes handicapées. De plus, l'implication des acteurs locaux dans la définition des besoins locaux des services n'est pas considérée d'une manière uniforme sur l'ensemble des programmes. La préoccupation existe, les objectifs sont mentionnés, mais les méthodes ne reflètent pas toujours l'intention.



22. La documentation a été rassemblée et fournie par les Pôles Méthodologie et Documentation de Handicap International. Ils comprenaient les revues de programmes, les documents de capitalisation, les documents de positionnement (...) des dix dernières années.

C

Synthèse

— Il manque souvent, dans des contextes hors urgence humanitaire, l'identification de mesures d'accompagnement ou de transitions nécessaires pour le passage d'une période de prestation directe des services à une phase de fonctionnement durable et de viabilité à long terme, en dehors de l'intervention de Handicap International. La plupart des programmes Handicap International n'anticipent pas le bénéfice du changement durable dans le secteur des services et de l'amélioration à long terme des mécanismes d'accès aux services, plus généraux.

— Enfin, les mécanismes de multiplication des effets positifs (comme par exemple la formation des formateurs, effets multiplicateurs en 'cascade', dissémination large des leçons apprises et des expériences réussies etc.) ne sont pas planifiés ni utilisés régulièrement dans tous les programmes, malgré une progression évidente de ces choix dans les dernières années.

Les facteurs qui déterminent un meilleur accès des personnes handicapées aux services sont :

- L'organisation du système de services au niveau local ou national (planification, financement, évaluation et amélioration);
- La gestion interne des services;
- L'attitude des usagers et de la population vis à vis de ces services.

Ces facteurs déterminants de l'accès aux services doivent être sujets à une analyse détaillée, dans le contexte du pays ou de la région et en y incluant une attention portée au genre. Les priorités d'actions pour Handicap International seront ensuite choisies en fonction du contexte local analysé, mais aussi en fonction des compétences internes ainsi que de la durée d'intervention de Handicap International.

Par exemple :

Il sera difficile d'imaginer un projet complexe de soutien aux autorités nationales, pour une réforme globale des services, si les équipes de Handicap International interviennent en urgence ou pour une durée très courte. Dans ce cas, les équipes pourront aider les prestataires de services existants à améliorer les conditions internes de leurs services et les rendre plus visibles et plus efficaces en termes de management et de disponibilité envers les usagers.

B

Les textes de références

Les interventions visant le développement des services pour les personnes handicapées reposent actuellement sur deux documents de référence au niveau international, élaborés par les Nations Unies :

- **La Convention relative au Droits des Personnes Handicapées** (2006)^{24 25},
- **Les Règles Standard sur l'égalité des chances pour les personnes handicapées** (1993).²⁶

D'autres textes et cadres sont également importants :

- La Convention relative aux Droits de l'Enfant, 1989;
- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes, 1979;
- La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, 1948;
- La Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (OMS, 2001).

Dans le secteur des services pour les personnes handicapées, un rôle particulièrement important est joué aussi par le cadre d'analyse du handicap proposé par Patrick Fougeyrollas²⁷ et ses collègues : le **Processus de Production du Handicap (PPH)**.

Dans les programmes de Handicap International, le PPH a servi de base pour la réforme des systèmes d'évaluation des besoins des personnes handicapées avec un impact direct sur les procédures d'orientation vers les services. Le PPH est également utilisé en lien avec les services de réadaptation et la formation professionnelle pour les personnes handicapées.

24. <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

25. Dixon, C., The UN CRPD holds a central place for access to services for persons with disabilities, 2009, Handicap International.

26. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissrfr0.htm>

27. Fougeyrollas P., Cloutier R., Bergeron H., Cote J., Saint-Michel G., Classification québécoise Processus de Production du Handicap, Québec, RIPPH, 1998.

C

Synthèse

Cette première partie du guide a proposé un panorama des principaux éléments d'analyse pour le secteur des services pour les personnes handicapées :

- **La typologie (la gamme complète) et la continuité des services**
- **Le rôle des services ordinaires, spécifiques et de support**
- **Les acteurs clés dans la prestation de service.**
- **Les évolutions internationales qui influencent actuellement les cadres d'analyse des services pour les personnes handicapées.**

Fin de la partie Principes et Repères.



Macédoine, 2006

Guide pratique

ÉTAPE 1, RECUEIL ET ANALYSE DE DONNÉES 34

Introduction & méthodologie appliquée 34

A. ANALYSE DES CONTEXTES 37

1. Le contexte géopolitique 37

2. Les politiques existantes 38

3. Le contexte administratif et l'organisation systémique 39

4. Les services existants 39

5. Les obstacles à l'accès aux services 40

6. La qualité des services 40

7. Les pratiques en cours ou réalisées sur le terrain 41

B. ANALYSE DES ACTEURS 41

1. Les types de prestataires et leurs outils d'intervention 41

2. Les professionnels formés 42

3. Les autorités publiques 42

4. Les usagers 42

5. Les autres acteurs 43

6. Les bailleurs 43

C. ANALYSE DE LA PERTINENCE DU PROGRAMME 44

ÉTAPE 2, PRISE DE DÉCISION 44

A. CHOIX D'APPROCHE(S) 44

1. Approche d'un service particulier (micro)
ou d'un système de services (macro) 44

2. Approche mono ou plurisectorielle 45

B. NIVEAU D'INTERVENTION 46

1. Déterminer le niveau d'intervention et d'anticipation 46

2. Exemples d'interventions par niveaux 46

C. MODE D'INTERVENTION 48

1. Quels secteurs ? 48

2. Quels services ? 48

3. Quels acteurs ? 48

4. Quel mode d'intervention ? 49

D. IDENTIFICATION DES PARTENAIRES 50

E. MOYENS D'ÉVALUATION 51

Étape 1

Recueil et analyse des données

Introduction et méthodologie appliquée

Afin de décider quels types d'intervention et d'actions seront les plus adéquats, quelques séries d'analyses sont essentielles :

Étape 1.A

Une analyse du contexte pays ;

Étape 1.B

Une analyse de la situation des acteurs impliqués dans la prestation des services : usagers, prestataires directs et autorités publiques ou agences de régulation ;

Étape 1.C

Une analyse du programme de Handicap International dans le pays/territoire/région respectif : historique, priorités de l'organisation dans la région, contraintes, etc.

Quelle utilité pour ces informations ?

Les analyses de contextes et acteurs clés aideront à la prise de décision pour la période visant :

- Les types de services dans lesquels Handicap International va investir : appui, soutien financier, prestation/délivrance directe, formation de personnel, etc. ;
- Les types d'acteurs que Handicap International va appuyer ;
- La décision sur l'appui concret accordé, c'est-à-dire : quelles actions concrètes de la part des équipes de Handicap international ;
- La décision sur le niveau d'intervention : au niveau local d'un service particulier et/ou au niveau régional ou national visant les politiques et le système des services.

La méthodologie globale de ces analyses

La méthodologie pour cette étape d'analyse commence par une collecte de données de plusieurs types qui contribueront à une prise de décision informée et argumentée. Il convient de porter une attention particulière aux questions de genre à chaque étape. Sans quoi, les données recueillies ne permettront pas une analyse « gender-sensitive ». ²⁸ Dans les chapitres suivants, vous trouverez la liste de ces problématiques et questions posées. Ces questions sont accompagnées par des outils correspondants de type « check-list », en recommandant également quelques modalités possibles pour la collecte de données, ainsi que des estimations du temps nécessaire par analyse.

Cet outil ne remplace pas les méthodologies existantes d'analyse des contextes utilisées pendant l'élaboration des cadres opérationnels pluriannuels des programmes.

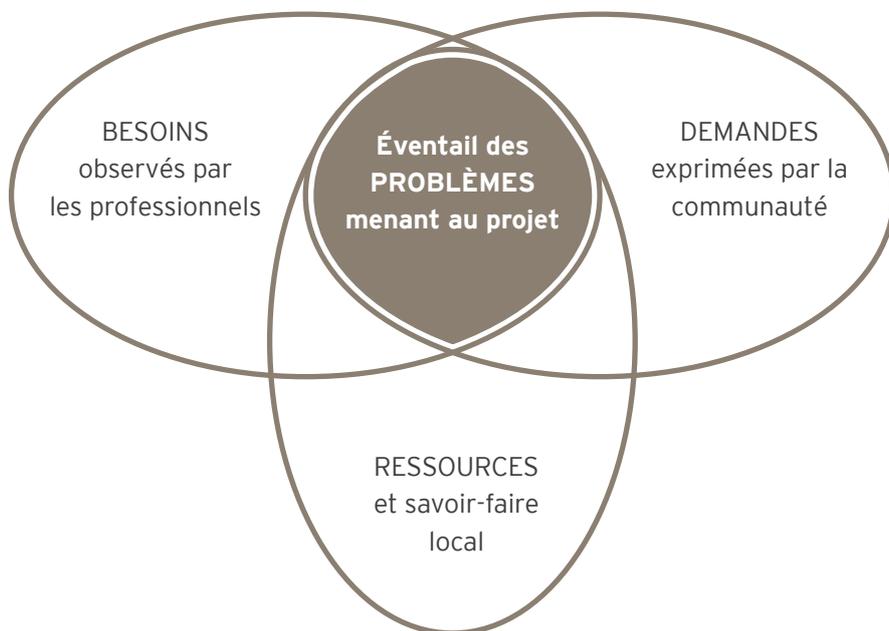
Au contraire, les outils d'analyse présentés dans ce guide servent à approfondir des éléments au cadre « classique » d'analyse ²⁷ chez Handicap International via une approche « systémique » de l'accès aux services des personnes handicapées.

Un bref rappel des composantes des analyses standards faites généralement par les équipes de Handicap International dans un programme :

- Observation de la situation ;
- Analyse des problèmes existants ;
- Programmation des objectifs et de la stratégie d'intervention ;
- Élaboration du plan d'action ;
- Évaluation de la programmation et programmation des évaluations.

28. Genre et handicap : Boîte à outils pour faciliter l'intégration du genre dans les projets Handicap International. http://www.hiproweb.org/fileadmin/cdroms/CD_Genre/index.htm
29. Cf. Manuel de références, Handicap International, 2005, partie I, chapitre 1, pp. 70 - 71.





Quelles méthodes de collectes de données choisir pour accomplir les étapes 1A et 1B? (analyse des contextes et d'acteurs)

Le simple parcours des outils proposés pour ces étapes (voir la boîte à outils) démontre la complexité des données nécessaires à la programmation d'interventions pertinentes pour l'amélioration de l'accès des personnes handicapées aux services.

Afin de réaliser des analyses optimales, il faut se poser la question du temps et des ressources nécessaires. Voici donc des précisions et conseils sur le type de données à collecter, et sur les procédures-mêmes de collecte :

a. Cette collecte d'information peut se faire « **à deux vitesses** », en fonction des ressources (humaines, matérielles) disponibles durant la phase de préparation de la stratégie-programme :

➤ **La collecte « générale »** : elle va guider la programmation de l'intervention dans son ensemble, sans entrer dans les détails, mais en ciblant prioritairement :

- les politiques menées,
 - la gamme des services existants,
 - la situation globale des professionnels ;
- On estime le temps nécessaire pour cette évaluation, en général, **entre 1 et 3 mois.***

➤ **La collecte avancée** : elle donnera des informations plus nuancées sur la situation des services et facilitera l'élaboration d'une stratégie claire, pertinente et bien argumentée du programme.

*Le temps nécessaire, en fonction de l'étendue du programme et de la complexité des pays visés, varie généralement **entre 6 mois et 1 an.***

b. Évidemment, plus l'analyse sera détaillée, meilleure sera la préparation et conséquemment l'efficacité du programme.

Étape 1

Recueil et analyse des données

c. Si les équipes ne sont pas familiarisées avec les concepts spécifiques présentés dans le guide ou dans les outils d'analyse, demander l'**appui des équipes techniques de la Direction des Ressources Techniques, du Département d'Action des Urgences, ou du Département d'Action contre les Mines**. Des personnes ressources seront disponibles pour aider les équipes à mieux faire les analyses de départ.

d. Impliquer les acteurs nationaux (personnes handicapées ou organisations des personnes handicapées, si elles existent, prestataires de services et/ou représentants des autorités) dans la phase de collecte des données et d'analyse de la situation représente une méthode essentielle, quand cela est possible.

e. Les équipes étant souvent contraintes par le temps, il faut trouver les méthodes les plus efficaces pour collecter **un maximum d'information en un minimum de temps**. Des tables rondes au niveau national ou local, des groupes de réflexion, des réunions de travail organisées sur des thématiques précises, peuvent beaucoup aider. **Inviter différents types d'acteurs autour de la table** permet non seulement d'éviter les informations biaisées, mais joue aussi beaucoup dans la dynamique des discussions et témoignages.

f. La documentation existante sur le terrain est également importante: des données officielles jusqu'aux rapports élaborés par les ONG, d'autres organisations ou agences internationales. Toutes sont essentielles pour clarifier la situation réelle des services.

g. Certains programmes utilisent les **mini-projets** de type «Concours des meilleures pratiques dans le secteur des services pour les personnes handicapées» ou «séminaires de diffusion des bonnes pratiques», etc.) afin d'identifier les

exemples innovants mais aussi de collecter des informations *en direct* sur certains secteurs d'activités, leur organisation, les professionnels impliqués, etc.

h. Enfin, à l'évidence, la meilleure analyse est faite **sur le terrain**, quand les équipes passent du temps auprès des acteurs clés (interviews, visites concrètes des services, des familles, discussions avec les responsables locaux, etc.). Cette information concrète sur l'état de lieu des services est primordiale et guidera au mieux les choix ultérieurs de Handicap International.

Important: **Les éventuelles ressources limitées ne doivent pas bloquer le démarrage de l'analyse des contextes et des acteurs**. Chaque équipe peut choisir sa propre modalité de collecte de données. L'approfondissement des analyses peut être planifié et échelonné dans le temps, ultérieurement.

L'intérêt de cette étape est d'obtenir un éventail de paramètres de décisions, argumentés et soutenus par les données du terrain, en vue des futures stratégies d'intervention de Handicap International dans un pays/territoire/région donné.



A

Analyse des contextes

Elle porte sur des éléments spécifiques, à plusieurs niveaux :

– Le contexte géopolitique de l'intervention

– **Les politiques officielles** des services pour personnes handicapées par secteur (éducation, santé, réadaptation, aide à l'emploi, protection sociale, etc.);

– **Le contexte administratif et l'organisation générale du système des services** : niveau de décentralisation, financement, gestion globale des systèmes, mécanismes de réglementation, participation des différents acteurs à la prise de décision, etc.

– **L'état de lieux des services mêmes** : gamme, qualité interne, accessibilité, capacité de gestion, d'amélioration continue, d'innovation, etc.

1. Contexte géopolitique de l'intervention

La précision des contextes d'intervention pour Handicap International est le point de départ de tout exercice de planification.

Le type de crise (urgence, crise chronique, reconstruction ou développement) va déterminer les options dans les choix d'interventions selon le secteur et sur période donnée :

– **La période de sortie de crise**, vers un contexte plus stable de croissance ou de développement, offre des opportunités importantes d'une approche encore plus systémique de l'accès aux services des personnes handicapées et autres populations vulnérables selon les étapes présentées dans ce guide.

– **Les contextes de crise chronique** (extrême pauvreté, incapacités des États à assumer leurs responsabilités élémentaires, insécurité des équipes, des partenaires et

des populations cibles) restent extrêmement difficiles du point de vue de la tactique à adopter pour un accès aux services des populations. Ce guide ne propose pas d'outils particuliers pour ces contextes. Cependant, Handicap International concentre des ressources autour de la capitalisation des expériences dans ces contextes pour mieux anticiper les facteurs favorisant le développement de l'accès aux services de nos bénéficiaires.

Le type de service à rétablir :

deux éléments doivent être considérés par nos équipes :

– Le choix des services à délivrer

à court terme : selon la **typologie des services**, les contextes d'urgence exigent généralement une priorisation des services de base, qui sont essentiels à la survie des personnes : accès à la nourriture et à l'eau, à l'assainissement, aux soins médicaux primaires ainsi qu'une garantie minimale d'autorité de la loi afin de permettre la sécurité des personnes.

– **Les mesures à mettre en place pour assurer au plus tôt une continuité** entre les interventions d'urgence et les actions à plus long terme. Selon les principes d'intervention de Handicap International, dès la conception d'un programme ou d'un projet, il faut anticiper une stratégie de sortie, comprenant les éventuelles mesures d'accompagnement ou de transition nécessaires.

L'impact de la durée d'intervention sur une démarche d'accès aux services

– La durée d'action d'un programme de Handicap International dans un pays joue un rôle clé dans la définition des stratégies d'action à moyen et long terme. On ne peut pas envisager une stratégie qui cible le système de services sur une présence de courte durée. L'introduction pérenne d'un nouveau type de service sur une large échelle, l'appui visant les

Étape 1

Recueil et analyse des données

politiques nationales dans le secteur des services, la formation initiale et le suivi des professionnels, toutes ces actions demandent une présence stable de Handicap International dans le pays, pour une période bien déterminée.

- ▀ Dans un contexte de reconstruction ou développement, l'intervention aux niveaux locaux et nationaux demande une présence estimée à 4-5 ans au minimum pour effectuer un changement pérenne.
- ▀ En revanche, si la présence de Handicap International est estimée à court terme (1-3 ans), il est recommandé de programmer des actions en appui à certains services, sans oublier des mesures de multiplication des résultats positifs. Dans ce cas, il s'avère particulièrement important de forger des alliances ou des partenariats avec des acteurs qui restent plus longtemps dans le pays, le territoire ou la région, afin de transférer les rôles « multiplicateurs » et les compétences nécessaires par un appui intensif à ces acteurs.

▀ Les ressources financières et humaines anticipées :

Le type de professionnels et/ou formateurs que Handicap International pourra mobiliser pour le pays donné, dans le cadre de ses projets, est une information clé au départ.

Le mandat d'Handicap International dans le contexte d'urgence :

Handicap International apporte une réponse humanitaire pluridisciplinaire aux populations réfugiées et aux populations sinistrées ou déplacées par les crises, conflits et les catastrophes, et en leur sein, un accompagnement spécialisé aux personnes particulièrement vulnérables, les victimes de traumatismes et les personnes handicapées, sous forme, entre autre, de contribution à l'organisation des secours, de coordination et gestion de camps, de couverture des

besoins de base et de reconstruction³⁰.

Notre action est soumise au principe de « différenciation opérationnelle », ce qui permet d'adapter le mode opératoire au contexte et secteurs d'activités mobilisés, avec un temps de réaction très rapide. Dans le déroulement d'une action d'urgence, nous veillons à soutenir les initiatives issues de la solidarité de proximité et saisissons les opportunités que l'aide apportée permette des améliorations pérennes.³¹

2. Politiques existantes

▀ Données à recueillir

↳ Cf. outil 1.A.2

Voici trois questions à se poser à propos de chacun des documents ci-après.

Les questions :

- Existent-ils dans les différents secteurs de services ?
- À quel niveau d'intervention ? (pays/territoire/région)
- Sous quelle forme ?

Les documents :

- La signature/ratification de la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées (CRDPH) et son protocole additionnel ;
- Les stratégies et lance d'actions clés dans le secteur du handicap et/ou des services ; la qualité de ces documents et leur synchronisation avec les documents de référence internationaux (exemples : stratégies de réduction de la pauvreté ; programme d'action en faveur des femmes ; plans d'action pour le respect et la protection des droits des personnes handicapées, etc.) ;
- Des lois portant sur le secteur des services, ou de la protection des droits des personnes handicapées ; la qualité de ces documents

30. Champs d'Action, LD Novembre 2009.

31. Principes d'intervention, LD 3 mai 2010.



et leur synchronisation avec les documents de référence internationaux;

- Des stratégies et/ou plans d'action locaux en faveur des personnes handicapées (suivant l'Agenda 22, par exemple³²);
- Un budget alloué à la mise en place de ces plans ou lois ;
- Des responsables de cette mise en place.

— Analyse: quelle est l'utilité de ces informations ?

Elles vont nous donner des points d'appui importants pour démarrer une démarche programme qui vise l'amélioration de l'accès aux services dans le contexte et sur la période donnée.

Si ces documents et des responsables existent, il est alors possible d'utiliser leurs objectifs et principes comme **leviers pour nos programmes**. S'ils n'existent pas encore, et même si leur réalisation n'est pas un but en soi pour les programmes de Handicap International, ils constituent un élément clé du contexte et permettent d'appuyer nos actions sur des dynamiques nationales ou locales, menées par ou avec les acteurs du pays. Cette question devra dans tous les cas se poser au sein du programme, de préférence au début de la période de programmation.

3. Contexte administratif et organisation systémique

— Données à recueillir

↳ Cf. outil 1.A.3

Voici maintenant la check-list à appliquer à l'administration et à l'organisation générale du système des services, et ce, par secteur :

- Les agences qui gèrent ou assurent la réglementation de la prestation de services (ex.: agences locales ou gouvernementales, bureaux de contrôle, départements au sein des ministères, bureau d'accréditation, etc.)

32. Agenda 22, Disability policy planning instructions for local authorities, The Swedish Co-operative Body of Organisations of Disabled People, 2001.

- Les mécanismes de régulation des différentes catégories de services;
- Les différents types de financements des services (basés sur l'impôt, le tiers payant, le système de santé à payeur unique);
- Le degré de décentralisation des services et la détention des services en général;³³
- La coordination globale de ces services.

— Analyse: quelle est l'utilité de ces informations ?

Elles permettent de savoir si les secteurs des services sont suffisamment réglementés au niveau local ou national, et de localiser les agents et les partenaires de négociations liés à la viabilité d'interventions ou d'investissements.

Elles permettent aussi d'identifier les failles ou les lacunes du secteur des services pour personnes handicapées à différents niveaux :

- Une réglementation non établie : à mettre en place ;
- Un financement bancal : à réguler ;
- Des agences sans moyen ou inexistantes : leur fournir un appui technique ou les créer afin de couvrir efficacement leur rôle de réglementation et/ou de financement.

4. Les services existants

— Données à recueillir

↳ Cf. outil 1.A.4

- Un organigramme des services existants ;
- La prévalence et les spécificités des services ordinaires et spécifiques : étape primordiale pour la complémentarité des deux types de services ;
- La situation des services de support (typologie, distribution géographique, couverture des zones rurales ou isolées, etc.).

33. La complexité d'organisation du secteur social ou médico-social fait que les décisions clés viennent souvent de différents niveaux de gestion (les gestionnaires du service ne sont pas toujours les initiateurs ou les financeurs du service). Il est donc particulièrement important de connaître au cas par cas la situation précise de la chaîne de décision. L'analyse correcte de cette chaîne facilitera le positionnement et la prise de décisions.

Étape 1

Recueil et analyse des données

— Analyse: quelle est l'utilité de ces informations ?

Elles vont contribuer à définir les champs des interventions prioritaires par types de services.

Dans des contextes où de nombreux types de services ont besoin d'appui ou de renforcement, il faudra se demander lesquels Handicap International est en mesure d'accompagner le mieux. L'argumentation de ces choix doit prendre en compte ces éléments pour mieux les articuler entre eux: les acteurs, les contextes d'intervention et l'expertise professionnelle d'Handicap International.

5. Les obstacles à l'accessibilité des services

— Données à recueillir

↳ Cf. outil 1.A.5

Voici une check-list permettant d'identifier les principaux types d'obstacles à l'accès des personnes handicapées, selon les catégories de services:

- Les services: existence, nombre et suffisance;
- Les professionnels formés, disponibles et motivés³⁴;
- Les obstacles liés aux coûts des services;
- Le manque d'information sur les services existants y compris en format accessible (braille, etc. Cf. Principes et repères > les facteurs déterminants);
- Les obstacles liés aux procédures d'orientation vers les services (référence);
- Les obstacles liés à la « passivité » des usagers (manque de proactivité dans la recherche des services adéquats) ou liés au « fatalisme » sur leur situation (voir le concept d'introjection de Paolo Freire);

- La perception négative du handicap ou de certaines catégories de personnes handicapées par le grand public;
- Les obstacles culturels;
- Les obstacles physiques ou architecturaux.

— Analyse: quelle est l'utilité de ces informations ?

Une fois recueillies les données sur les principaux obstacles rencontrés, il est important d'établir, en collaboration avec les personnes concernées (les personnes handicapées), un ordre de priorité ou d'importance. Ces éléments guideront l'ordre de priorité d'intervention de Handicap International et permettront de supprimer ces obstacles de manière systématique, efficace et durable.

6. La qualité des services

— Données à recueillir

↳ Cf. outil 1.A.6

- L'adéquation entre les services existants et les besoins exprimés et constatés des personnes handicapées;
- L'existence (ou non) de critères de qualité³⁵;
- L'organisation de contrôle et d'accréditation, liée à la mise en place de critères de qualité;
- La qualité de la formation initiale et continue des professionnels des services;
- La manière dont les personnes handicapées et leurs familles participent à la planification et l'évaluation des services.

— Analyse: quelle est l'utilité de ces informations ?

La qualité des services est un élément intimement liée à leur utilisation par les personnes handicapées. Un service attentif à la qualité permet implicitement un meilleur accès aux usagers.

34. La démotivation des professionnels dans un service devient un facteur limitant de l'accès aux services. Les Lignes directrices de l'appel à propositions, EuropeAid/129196/C/ACT/Multi, La santé pour tous, déc. 2010, le confirment: « la démotivation extrême du personnel de santé constitue certains aspects qualitatifs de la pénurie de RH ».

35. Dans la bibliographie vous pouvez trouver des documents additionnels sur la qualité dans les services et les principes et standards de qualité.



B

Analyse des acteurs

Si cette analyse rapide du dispositif d'assurance qualité démontre un niveau insuffisant, un travail approfondi sur la qualité de l'offre de service devra figurer clairement dans les choix d'intervention du programme, si possible, sur la période de programmation donnée.

7. Les pratiques en cours ou réalisées sur le terrain

Une démarche de capitalisation des expériences existantes sur place et auprès d'autres programmes est fortement recommandée. Elle apparaît comme « optionnelle » car si elle est mal faite, elle peut être inutile voire mal interprétée par ceux auprès de qui l'on recueille les données. Il ne s'agit pas de juger l'action des autres, mais bien de l'intégrer à l'étude afin de mener un programme qui prenne en compte tous les facteurs possibles au cours d'une intervention. Elle fait partie intégrante d'une démarche qualité, et doit bénéficier de l'appui d'une personne ressource technique pour cela. Elle se révèle alors une source d'informations précieuses dans la connaissance et la compréhension du contexte. L'introspection et la réflexion sur les leçons apprises ainsi que les innovations prometteuses renforceront la pertinence et l'efficacité des interventions sur la période donnée. De plus les acteurs « innovants » peuvent devenir des personnes ressources, des formateurs d'équipes et des partenaires du programme Handicap International.

L'analyse des acteurs qui interviennent dans le secteur des services porte sur les caractéristiques et les capacités de chaque type d'acteur clé dans la prestation de services :

- **Les usagers** (personnes handicapées et leurs familles ou représentants) ;
- **Les prestataires de services** (publics ou privés) ;
- **Les autorités publiques** (ou agences qui remplacent les autorités publiques dans certains cas, dans leur fonction de régulation du système des services) ;
- **Les autres organisations** (internationales et nationales) avec des rôles significatifs dans le secteur ;
- **Les bailleurs.**

1. Les types de prestataires et leurs secteurs d'intervention

➤ Données à recueillir

↳ Cf. outil 1.B.1

Voici la check-list qui permet d'établir les différents types de prestataires qui fournissent des services au niveau local et/ou national et leurs secteurs respectifs d'interventions.

- Prestataires publics
- Prestataires privés :
 - Organismes à but non lucratif (organisations locales et internationales)
 - Organismes à but lucratif
 - Prestataires informels (familles, bénévoles, réseaux d'entraide, etc.)

➤ Analyse : quelle est l'utilité de ces informations ?

Elles peuvent guider le choix des partenaires ou des acteurs qui nécessitent un appui spécifique. Elles définissent si différents types de réseaux ou de plateformes d'échanges peuvent renforcer la coordination entre ces prestataires afin d'améliorer l'accès aux services des personnes handicapées.

2. Les professionnels formés

– Données à recueillir

↳ Cf. outil 1.B.2

- Les professionnels formés dans le secteur des services par catégorie.
 - > La qualité de leur formation:
 - Techniques et approches;
 - Initiales, continues et de managers;
 - > Leur employabilité;
 - > L'accompagnement à leur prise de fonction.
- Les associations, syndicats et/ou ordres de professionnels par catégories;
- Les agences/instituts reconnus de formation de professionnel au niveau national.

– Analyse: quelle est l'utilité de ces informations ?

Elles peuvent guider l'investissement de Handicap International dans la formation et le partenariat potentiel avec les différents Instituts de formation et associations de professionnels, afin de renforcer le réseau de professionnels existants sur place.

3. Les autorités et/ou les décideurs

– Données à recueillir

↳ Cf. outil 1.B.3

- Leur capacité à réglementer le système des services et les mécanismes de régulation existants le cas échéant;
- Leur présence comme prestataires des services (cumul des rôles de réglementation et prestation de services);
- Les particularités de la gouvernance au niveau local et central (management, décentralisation, transparence financière, communication, niveau de bureaucratie, ressources).

– Analyse: quelle est l'utilité de ces informations ?

Elles vont aider à déterminer :

- L'investissement nécessaire pour renforcer les capacités des autorités publiques;
- Si ces autorités peuvent devenir des partenaires fiables dans les actions du programme à moyen et long terme;
- Les niveaux d'intervention, sachant que leur bonne fonctionnalité et leur transparence facilitent les effets multiplicateurs de nos actions.

4. Les usagers

– Données à recueillir

↳ Cf. outil 1.B.4

- Les données statistiques existantes sur : leur nombre, répartition géographique, sexe, âge, groupe d'appartenance, etc.
- Leur utilisation actuelle des services généraux, spécifiques ou de support;
- Leur participation au choix des services et à la planification d'intervention, surtout dans le cas des services personnalisés;
- Recommandé: collecte sexo-spécifique.

– Analyse: quelle est l'utilité de ces informations ?

Elles vont nous informer des besoins et des manques existants dans ce secteur, ce qui permettra :

- D'investir sur le renforcement des capacités des usagers;
- D'améliorer leur accès à l'information et à la connaissance des services existants;
- D'augmenter et de pérenniser leur participation active dans la prestation des services.



5. Les autres acteurs

– Données à recueillir

↳ Cf. outil 1.B.5

Voici une check-list afin de n'oublier aucun des autres acteurs importants impliqués dans la prestation des services : les ONG internationales, les agences internationales (ONU), les programmes de coopérations bilatérales interétatiques, etc.

- Quels acteurs ?
- Secteurs d'intervention (secteur d'activité, prestation directe de services, régulation à la place de l'État, plaidoyer, etc.) ?
- Quelles relations entre les associations de solidarité internationale et les autorités locales qui régulent leur présence dans le pays ?

– Analyse : quelle est l'utilité de ces informations ?

C'est un élément particulièrement important pour prendre les décisions de coopération ou de complémentarités avec ces acteurs. L'efficacité des investissements dépend aussi de la coordination avec des acteurs/ interventions similaires pour assurer une bonne couverture des besoins et des services de qualité adéquate.

– Analyse : quelle est l'utilité de ces informations ?

Ces informations vont guider l'estimation de la présence de Handicap International dans la région, en permettant par exemple d'analyser la faisabilité de différents types d'interventions dans un secteur donné sur la période envisagée.

Elles peuvent aussi plus simplement aider à déterminer la durée de l'investissement dans les services.

Elles déterminent les éventuelles alliances à nouer avec des organisations internationales.

6. Les bailleurs

– Données à recueillir

↳ Cf. outil 1.B.6

Voici les données à prendre en compte en ce qui concerne la politique des bailleurs : les opportunités et contraintes

- Quelles opportunités de financement des projets « services » pour la période donnée ?
- Quelles sont les stratégies des bailleurs ?
- Le secteur des services et/ou le handicap figurent-ils parmi leurs priorités de financement ?
- Sinon, peut-on faire du plaidoyer auprès d'eux, afin qu'ils les reconsidèrent comme prioritaires ?

C

Analyse de la pertinence du programme

À réaliser afin de mieux le placer dans une approche « systémique » de la thématique.

- ▬ Existe-t-il un historique du programme des projets d'amélioration de l'accès aux services ?
- ▬ Quelle est la progression des objectifs visée par l'équipe du programme dans le cadre opérationnel pluriannuel ?
- ▬ Quelles sont les connexions entre les projets visant les différents secteurs de services (éducation, santé, rééducation) ? Ont-ils une méthodologie commune et cohérente face à la stratégie de l'ensemble du programme ?
- ▬ Quels sont les choix institutionnels de Handicap International en général ?
- ▬ Quels sont les contraintes éthique de Handicap International, à quel niveau du programme apparaissent-elles ? (voir les documents cadres de l'organisation)

Important

L'accès aux services vu comme un objectif de programme, et non plus un ensemble de projets.

Une approche programme sera préférée à une approche projet. L'accès aux services comme objectif au niveau du programme permet de décliner tous les projets de façon cohérente et synergique dans le pays/territoire/région et sur la période donnée.

Fin étape 1.

Étape 2 Prise de décisions

A

Choix d'approche(s)

1. Agir sur le service particulier (micro) ou sur le système de services (macro)

Explications

Faut-il privilégier une action au niveau d'un service particulier ou au niveau du système de services ? Il y a des bonnes raisons pour chaque alternative selon le contexte et le(s) service(s) en question, mais comment s'assurer que la vision « systémique » existe en toute situation ?

On voit dans la pratique courante de Handicap International que les deux types d'actions coexistent :

- ▬ L'intervention auprès d'acteurs nationaux au niveau central (gouvernements, plateformes nationales de personnes handicapées ou de professionnels, etc.) pour introduire, réformer ou renforcer un type (ou une catégorie) de service dans son ensemble.
- > Les effets multiplicateurs et l'impact d'une démarche au niveau du système est évident.
- ▬ L'action d'appui à un prestataire précis, dans un lieu déterminé.
- > Les besoins des personnes les plus démunies se trouvant très souvent localisées et dépendantes d'un seul service.

La logique la plus répandue dans ce sens est de soutenir d'abord un service dit « pilote » puis de capitaliser et utiliser les leçons apprises dans le cadre d'un système plus large, avec des effets multiplicateurs.

Illustrations d'une évolution programmée d'un projet pilote vers un système de services impacté :

- Introduction des services de réadaptation fonctionnelle et d'orthoprothèse en Albanie, avec des formations qualifiantes au niveau national.
- L'introduction du système de centres de jours pour les enfants et jeunes



adultes au Monténégro. Progression: local (concret) vers système national des centres de jours.

• **Services d'appareillage au Kenya - progression vers une couverture large de la population concernée.**

Éléments d'analyse à utiliser

En général, **l'analyse des politiques existantes** va nous orienter rapidement dans ce type de choix.

▬ Politiques des services défaillantes (ressources et cadres législatifs insuffisants, mécanismes de régulation très faibles, etc.)
> Il est alors important d'appuyer les acteurs nationaux dans une approche « systémique » afin d'améliorer ces cadres, dans les limites du mandat et des compétences de Handicap International.

▬ Même si un service répond aux besoins locaux, à une situation particulière, il sera un jour confronté à un manque de viabilité et de cadre structurant au niveau du système.
> Il est recommandé, dans les actions pilotes, d'anticiper une phase de démultiplication et d'appui à l'amélioration du secteur des services dans son ensemble.

Autre élément à prendre en compte: le **temps effectif de présence de Handicap International** dans le pays/territoire/région.

▬ Une présence courte (1-3 ans) ne permet pas un appui au système des services;
▬ Une présence plus longue nous laisse une marge de manœuvre pour agir au niveau du système de services (3-5 ans au moins).

> Il ne faut pas oublier que l'appui à la modernisation du système des services (ou de certains secteurs) est fondamentalement un processus politique, en lien avec le renforcement des acteurs, des priorités décidées au niveau local (décentralisation) ou central, avec des processus de décisions participatives, etc. Tous ces éléments demandent du temps.

Respecter le temps et le rythme des acteurs nationaux représente une exigence importante pour Handicap International.

2. Approche mono ou plurisectorielle

Explications

▬ Approche mono-sectorielle: se concentre sur un secteur en particulier (exemple: santé, éducation, emploi) et programme une démultiplication au niveau local et national
> Une approche multisectorielle peut ensuite être mise en œuvre. Elle bénéficie de la reconnaissance et de la légitimité de Handicap International sur ce secteur auprès des acteurs des services en général.
▬ Approche multisectorielle locale: appui à un ensemble de services ou secteurs, afin que l'accès général des personnes handicapées à ces services soit amélioré dans son ensemble. (Exemple: en ciblant les mécanismes généraux de régulation des services, les Relais Handicap et Vulnérabilité, le développement local inclusif, la réadaptation à base communautaire, etc.).
> Des secteurs peuvent être ensuite identifiés sur un focus mono-sectoriel qui bénéficie de la mobilisation des acteurs sur un territoire donné.

Éléments d'analyse à utiliser

En général:

▬ L'analyse de la gamme des services existants;
▬ Celle des professionnels;
▬ Et les compétences clés de Handicap International, précisées dans les « champs d'action » de l'organisation, en novembre 2009.

B

Niveau d'intervention

1. Déterminer le niveau d'intervention et d'anticipation

Il faut prioriser le niveau d'intervention du programme de Handicap International pour la période donnée (local/national/régional) et préciser à l'avance les mécanismes de multiplication envisagés afin d'en maximiser l'impact sur les conditions de vie des personnes handicapées.

Explications

─ Il est important de définir si ces actions seront menées :

(Voir le 4^e tiroir de la boîte à outil)

> Au niveau local

(village, municipalité, région d'un pays)

> Au niveau central (national).

La réponse à cette question va influencer le choix des partenaires, la démultiplication des effets et des ressources mobilisées.

La décision peut être liée éventuellement à la réflexion précédente (Étape 2.A - Choix d'approches), sur l'appui d'un service ou de tout un système.

(Voir le 2^e tiroir de la boîte à outil, Fiche 1- «Circuit court et long de la responsabilité»)

Éléments d'analyse à utiliser

En général, trois éléments principaux orientent ce choix :

─ *L'analyse des politiques existantes, ainsi que celle de l'organisation administrative des services à plusieurs niveaux (décentralisation, financements, régulation, etc.); ces informations identifient concrètement les défaillances et les besoins de cadrage à différents niveaux;*

─ *La durée de présence de Handicap International, ainsi que les ressources disponibles.*

Entre agir en réponse immédiate aux besoins locaux et agir au niveau central en appui à un système favorable à l'accès des personnes handicapées, se pose la

question de maximisation d'impact pour l'intervention de Handicap International.

> Dans les cas où les ressources sont limitées, la deuxième option peut être plus efficace.

> Une décision doit être prise au niveau du programme une fois que sont acquis les éléments suivants : contexte, acteurs, pertinence de la période, mais aussi une vision à long terme de la situation.

─ *La présence des autres acteurs internationaux et de leurs compétences spécifiques.*

> L'engagement de Handicap International se réalise en premier lieu au niveau local et au niveau des services, à proximité des populations, groupes et personnes concernés.

> La présence auprès des autorités nationales est souvent choisie à la demande des acteurs nationaux ou à celle des autres organisations de solidarité internationale, partenaires dans les pays.

> Les interventions d'Handicap International auront plus d'impact en synergie avec les interventions des autres acteurs internationaux qui ont mandat d'appuyer les états dans leur gouvernance.

2. Exemples d'interventions par niveaux

Cf. Figure 7 page suivante.



Intervention au niveau national

- Appui aux autorités nationales, par rapport à la réforme sectorielle d'un système de services;
- Appui à la désinstitutionnalisation;
- Introduction des nouveaux services au niveau national;
- Introduction ou modernisation des mécanismes de régulation (financement, accréditation, évaluation, etc.);
- Formation des professionnels (initiale, continue et de cadres);
- Sensibilisation;
- Plaidoyer pour l'accès aux services;
- Appui à l'élaboration des textes législatifs dans le domaine des services pour personnes.

Intervention au niveau local ou régionale (communauté/région)

- Appui aux autorités locales pour la meilleure gouvernance du système des services;
- Planification communautaire;
- Développement inclusif;
- Formation des professionnels (continue);
- Multiplication des services pilotes;
- Amélioration des mécanismes d'évaluation des besoins des usagers et orientation vers les services;
- Appui aux organisations des personnes handicapées;
- Plaidoyer local.

Intervention au niveau d'un seul service

- Appui au niveau du service et des personnes handicapées elles-mêmes : prestation directe d'un service spécifique (par Handicap International ou par un partenaire);
- Amélioration de la qualité interne du service;
- Appui au management, évaluation, renforcement des liens entre le prestataire et les usagers;
- Renforcement des capacités au sein du service;
- Modélisation du service;
- Relations partenariales et coopération multi-acteurs;
- Sensibilisation au niveau communautaire et implication des autorités locales et des leaders d'opinion.

Figure 7

Types de projets possibles aux niveaux d'interventions différents, indifféremment du secteur de services choisi

C

Mode d'intervention

L'étape suivante propose de clarifier la manière dans laquelle le programme de Handicap International va appuyer concrètement la prestation de services.

Les éléments suivants devront être décidés et argumentés.

1. Quels secteurs ?

En fonction de la gamme des services existants dans le pays, il faut se poser les questions suivantes :

- Est-ce que Handicap International a les compétences spécifiques et reconnues dans ce secteur ?
 - Est-ce que Handicap International a des ressources disponibles sur la période donnée pour appuyer les acteurs locaux dans le secteur concerné, et ensuite suivre l'évolution concrète du service ou du secteur ?
- > S'assurer d'une expertise interne disponible dans le « Champ d'action de Handicap International » (Novembre 2009).

Les secteurs d'activités du champ d'action de Handicap International³⁶ :

Santé
Prévention
Réadaptation
Insertion économique
Insertion sociale
Éducation
Développement local
Accessibilité
Préparation aux désastres
et réduction des risques
Déménagement et prévention des accidents
Coordination et gestion des camps
Besoins de base
Reconstruction

2. Quels services ?

Une fois le secteur décidé, il faut déterminer si l'intervention se fera pour une amélioration de l'accès des usagers dans le cadre des services ordinaires, ou spécifiques.

Voici les questions à se poser :

- Quelle est la valeur ajoutée de chaque option (ordinaire ou spécifique) dans le contexte du pays ?
- Si on choisit d'agir dans les deux directions, comment s'assurer du lien fonctionnel et de la qualité entre les deux types de services, afin de promouvoir les pratiques inclusives ?

3. Quels acteurs ?

Décider quels acteurs nationaux seront appuyés par le programme sur la durée.

Généralement, la réponse du programme de Handicap International à cette question dépend de :

- *La durée* de présence du programme. Il est possible d'intervenir auprès des acteurs locaux ou nationaux quand la durée de présence est maximale ;
- *Les acteurs du changement³⁷* identifiés au niveau du programme d'intervention :
 - > Identifier ces acteurs au tout début représente un bon pas en avant pour la décision ;
 - > Investir dans leur renforcement, dans leur formation ou leur appui professionnel pourra donner des effets multiplicateurs plus significatifs par la suite.

37. Par acteurs du changement il est entendu des personnes ou des groupes qui peuvent contribuer d'une manière significative au progrès durable d'un secteur de services, ou qui peuvent influencer positivement leurs pairs, afin de changer les mentalités et les pratiques dans le secteur du handicap. Ce sont des gens qui valorisent l'écoute, le partage de l'expertise, l'amélioration continue, le travail collectif, etc.

- Les ressources dont dispose le programme de Handicap International
 - > Le choix des acteurs est influencé évidemment par cet aspect. On peut envisager des formations ou développement de compétences à plus grande échelle si les financements le permettent, ou quand on se propose de les obtenir.

Sur la nature des prestataires de service, Handicap International suit avec prudence l'expansion des prestataires privés à but lucratif dans le secteur social et médico-social. Avec une attention particulière portée à l'éthique et à la qualité prônées par les prestataires en général. L'appui à ces acteurs est rarement prioritaire.

4. Quel mode d'intervention ?

Prioriser le type de support, l'expertise et les ressources nécessaires pour intervenir.

– Appui ou prestation de service ?

Il y a de nombreux contextes où les services nécessaires pour les personnes handicapées n'existent pas encore ou l'expertise locale est très réduite.

- **Appui**: Il faut alors chercher à coordonner ses activités avec les acteurs impliqués sur le plan local, national et international, tout en portant une attention particulière aux contributions des acteurs locaux. Chercher avant tout à renforcer les capacités des acteurs nationaux dans la prestation des services.

- **Prestation directe**: un programme où Handicap International fournit la prestation n'intervient pas forcément en contexte d'urgence (contexte le plus fréquent). Mais cela doit rester un passage vers le renforcement de l'expertise locale.

Cette finalité doit occuper une place claire dans la programmation de l'action de Handicap International sur la durée et doit favoriser la pérennité de l'accès à ce service pour les personnes handicapées.

– Qui appuyer ?

• Appui aux services

- > Appui à l'amélioration des procédures internes (accès aux services, management, suivi et évaluation)
- > Gestion et amélioration de la qualité des services, etc.

• Appui aux professionnels

- > Formation à des compétences techniques et développement d'attitudes³⁸ favorisant l'accès aux services de qualité
- > Accompagnement par une expertise en formation (analyse des besoins de formation (initiale, continue), ingénierie, pédagogie et évaluation)
- > Mise en place de supervision régulière (de suivi ou de post formation, voire d'accompagnement à l'insertion professionnelle s'il s'agit d'une formation à une nouvelle profession)
- > Recherche, dès l'élaboration d'un projet de formation, de dispositifs de reconnaissance (par un diplôme ou une certification avec les instituts de formation et les Ministère de tutelle, etc.)

Illustration

Services de réadaptation en Afrique de l'Ouest avec la progression des appuis:

- Aux professionnels (formations initiales, promotion des professions, accompagnement à l'insertion professionnelle, formation continue);
- Aux services, en parallèle, pour accroître le nombre d'utilisateurs qui accèdent effectivement aux services.

38. Par exemple: L'accueil, la disponibilité, l'écoute, le respect des attentes de l'utilisateur, l'humilité et l'estime (pour ne pas rendre l'autre objet et passif de son expertise), le respect des coutumes et modes de vie de l'utilisateur, etc. (pluie d'idées recueillies au cours d'une formation sur « les liens entre formation et accès aux services »).

– **Appui au plaidoyer**

Le programme doit aussi décider s'il va s'investir sur la période donnée dans les actions de plaidoyer pour un meilleur accès des personnes handicapées aux services, voire appuyer des acteurs qui sont dans une démarche de lobbying.

- **Soit en appui aux acteurs** nationaux et/ou en appui aux organisations représentatives;
- **Soit en direct**: le programme Handicap International peut développer un plaidoyer auprès des gouvernements, des organisations ou des organismes internationaux. (Voir le 3^e tiroir de la boîte à outil: fiche « plaidoyer au niveau international ».)

L'objectif de ces actions de plaidoyer doit être en lien direct avec les autres interventions du programme. L'idée est de créer des synergies de tous types d'actions pour renforcer la dynamique du changement.

D

Identifier les partenaires

Étape primordiale: savoir identifier les partenaires nationaux avec lesquels le programme va travailler sur place et les éventuelles alliances ou partenaires internationaux.

Une des préoccupations importantes de Handicap International doit être l'évaluation détaillée de la présence dans le pays des autres acteurs (publics ou privés) en lien avec la prestation de services pour les personnes handicapées. Avant toute décision sur le démarrage des nouveaux « projets-services », **deux questions sont importantes pour la programmation réaliste des actions:**

- Handicap International est-il le mieux placé pour appuyer ce type de services ?
- Si oui, quels partenariats et alliances garantiront au mieux la pérennité et la qualité de ses actions ?

La priorité est donnée au partenariat avec les organisations de personnes handicapées (OPH), usagers des services³⁹. Tout en s'assurant de la représentativité des femmes. Le document méthodologique élaboré par Stefanie Ziegler au sein de Handicap International constitue une référence importante pour ce type de décision (voir les références bibliographiques).

Illustration

Partenariat avec l'Amicale Marocaine des Handicapés (AMH) pour faciliter l'accès aux services spécifiques de rééducation et d'appareillage.

39. Lorsque le contexte et la nature des activités le permettent, Handicap International choisit de formaliser des partenariats par des conventions précisant les objectifs communs, les modalités de mise en œuvre, les rôles et apports des partenaires (principes d'intervention).

E

Moyen d'évaluation

Décider dès le début de la programmation :

- la manière d'évaluer l'efficacité du programme
- les indicateurs de performance fiables, précis et adaptés à la réalité du terrain.

Cette étape doit aussi préciser les analyses préalables que le programme doit réaliser au tout début de la période, pour vérifier la situation initiale de ces indicateurs (l'état des lieux).



Fin de la partie Guide Pratique.



PHYSIOTHERAPIE



Togo, Afagna, 2007

Boite à outils

LES OUTILS DU GUIDE PRATIQUE 54

Recueil et analyse de données

Étape 1A - Analyse des contextes locaux	55
Étape 1B - Analyse des acteurs	71

Prise de décisions

Aide à l'analyse et à la décision	77
-----------------------------------	----

LES FICHES TECHNIQUES 85

Plaidoyer	86
Illustrations d'intervention par niveaux	87
Accès financier	90
Mécanisme de régulation	94

LEXIQUE 97

BIBLIOGRAPHIE DE RÉFÉRENCES 98

Les outils du guide pratique

Recueil et analyse de données

ANALYSE DES CONTEXTES ⁴⁰	54
1.A.1 Analyse capacités et volonté des acteurs	55
1.A.2 Check-list des textes et politiques existants	56
1.A.3 Analyse du contexte administratif des services	58
Tableaux: 1 - Prise de décision	59
2 - Modalités de financement	60
3 - Régulation	62
4 - Rôles globaux de la régulation	63
5 - Régulations d'activité professionnelle	65
1.A.4. Analyse des services existants	66
1.A.5 Analyse d'accessibilité globale	69
1.A.6 Check-list qualité	70

ANALYSE DES ACTEURS	71
1.B.1 Les prestataires	71
1.B.2 Les professionnels	72
1.B.3 Les autorités publiques/les décideurs	73
1.B.4 Les usagers	74
1.B.5 Les autres acteurs	75
1.B.6 Les bailleurs	76

Prise de décisions

2.A Circuit court et circuit long de responsabilité	77
2.B Les types d'appui de Handicap International, par type d'acteur	79
1. Appui aux usagers	79
2. Appui aux prestataires	80
3. Appui aux décideurs	81
2.C Appui aux acteurs dans différents contextes d'intervention	82

40. Observation préalable: certaines questions seront répétées dans différents tableaux. L'information n'est pas pour autant redondante, car l'application des questionnaires dépend des contextes locaux. Les équipes peuvent décider de ne pas compléter certains tableaux.

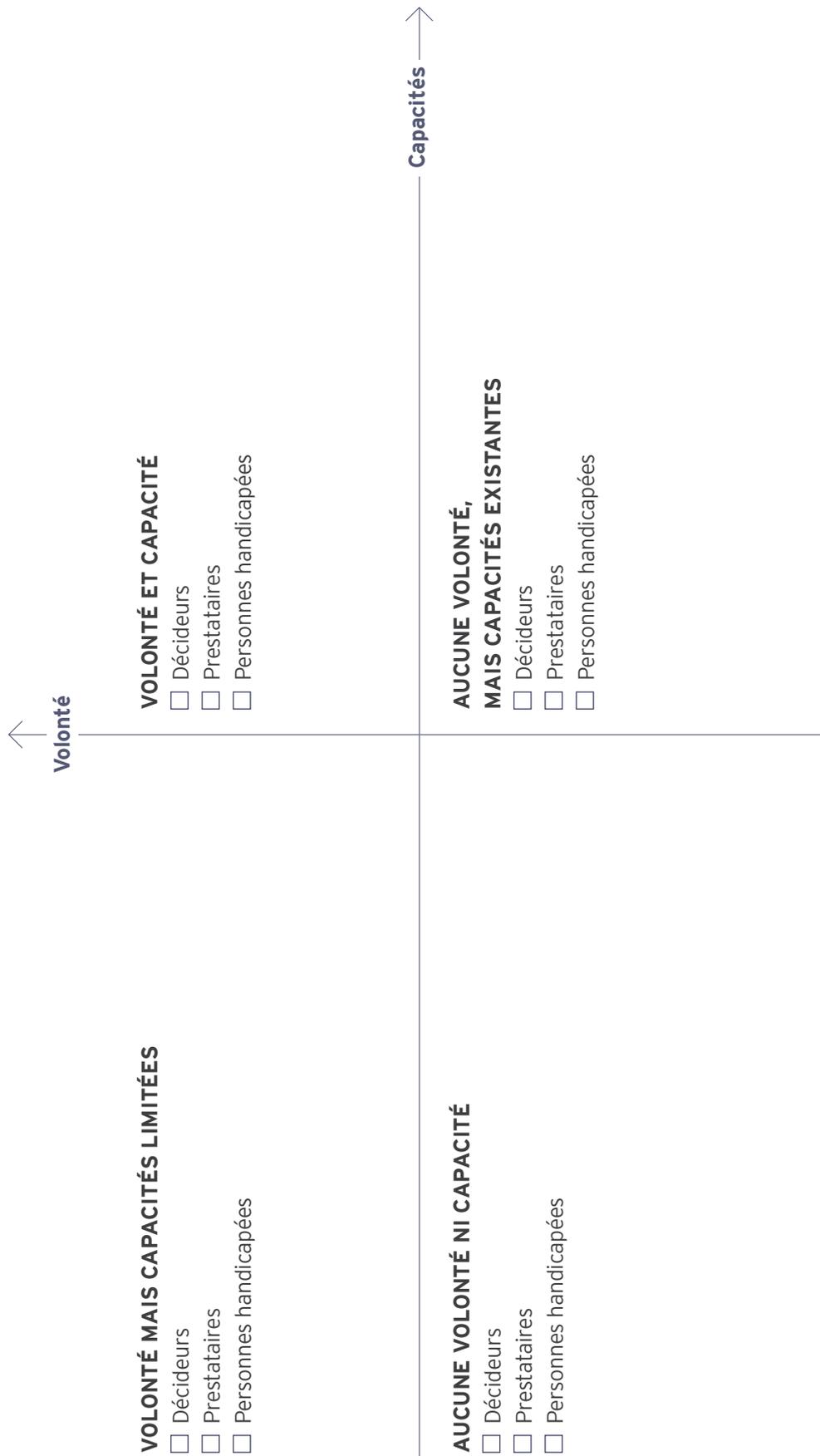
1.A.1

Brève analyse de la capacité et de la volonté des acteurs à gérer et améliorer le système des services

Quelles sont la volonté et la capacité des acteurs clés à améliorer l'accès aux services pour les personnes handicapées ?

Essayez de représenter la position de chaque type d'acteurs (décideurs, prestataires, usagers) dans ce système d'axes.

Tableau adapté du document de travail du DFID intitulé « Approaches to Improving the Delivery of Social Services in Difficult Environments » (Berry, Forder, Sultan, Moreno-Torres, 2004).



1.A.2 Check-list des textes et politiques existants dans les secteurs du handicap et des services

NUMÉRO	L'ASPECT À VÉRIFIER	✓	Commentaires
Cadre législatif: CRPD, stratégies nationales, plans d'action, lois, décrets d'application.			
1. CRPD	La Convention des Nations Unies relative aux Droits des Personnes Handicapées et le Protocole Optionnel ont-ils été signés ?	<input type="checkbox"/>	
2.	La Convention et le Protocole ont-ils été ratifiés ?	<input type="checkbox"/>	
3. Stratégies	Le pays dispose-t-il d'une stratégie ou d'un plan national d'action dans le secteur de la réduction de la pauvreté ?	<input type="checkbox"/>	
4.	Le pays dispose-t-il d'une stratégie ou d'un plan national d'action concernant le handicap ? Exemple: «stratégie pour la promotion et protection des droits des personnes handicapées». NB: Il faut mentionner aussi si ces documents disposent des budgets correspondants, ainsi que des responsables bien définis. À vérifier également la (les) définition(s) du handicap utilisées.	<input type="checkbox"/>	
5. Lois, décrets	Si elle existe, est-ce que cette stratégie dans le secteur du handicap est accompagnée des documents législatifs précis ?	<input type="checkbox"/>	
6. Stratégies sectorielles	Le pays dispose-t-il d'une stratégie ou d'un plan national d'action spécifique dans les secteurs suivants: <input type="checkbox"/> Services sociaux ? <input type="checkbox"/> Éducation ? <input type="checkbox"/> Éducation inclusive ? <input type="checkbox"/> Emploi ? <input type="checkbox"/> Emploi des personnes handicapées ? <input type="checkbox"/> Santé ? Santé mentale ? <input type="checkbox"/> Égalité hommes/femmes ? Minorités ethniques ? Enfants ? Personnes âgées ? <input type="checkbox"/> Protection sociale en général ? <input type="checkbox"/> Autre aspect significatif pour l'accès des personnes handicapées aux services de qualité ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



NUMÉRO	L'ASPECT À VÉRIFIER	Commentaires
7.	<p data-bbox="188 1182 252 1895">Si elles existent, ces stratégies sont-elles accompagnées des documents de loi correspondants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="261 1653 287 1895"><input type="checkbox"/> Services sociaux ? <li data-bbox="296 1727 322 1895"><input type="checkbox"/> Éducation ? <li data-bbox="331 1621 357 1895"><input type="checkbox"/> Éducation inclusive ? <li data-bbox="367 1765 392 1895"><input type="checkbox"/> Emploi ? <li data-bbox="402 1435 427 1895"><input type="checkbox"/> Emploi des personnes handicapées ? <li data-bbox="437 1585 462 1895"><input type="checkbox"/> Santé ? Santé mentale ? <li data-bbox="472 1554 497 1895"><input type="checkbox"/> Égalité hommes/femmes ? <li data-bbox="507 1637 533 1895"><input type="checkbox"/> Protection sociale ? <li data-bbox="542 1473 568 1895"><input type="checkbox"/> Assistance sociale/travail social ? <li data-bbox="577 1451 603 1895"><input type="checkbox"/> Orthopédie et aides techniques ? <li data-bbox="612 1480 638 1895"><input type="checkbox"/> Interprète en langue des signes ? <li data-bbox="647 1285 673 1895"><input type="checkbox"/> Formation professionnelle dans le secteur social ? <li data-bbox="683 1111 775 1895"><input type="checkbox"/> Autre aspect significatif pour l'accès des personnes handicapées aux services de qualité ? 	<p data-bbox="140 1043 165 1066">√</p> <p data-bbox="261 1043 287 1066"><input type="checkbox"/></p> <p data-bbox="296 1043 322 1066"><input type="checkbox"/></p> <p data-bbox="331 1043 357 1066"><input type="checkbox"/></p> <p data-bbox="367 1043 392 1066"><input type="checkbox"/></p> <p data-bbox="402 1043 427 1066"><input type="checkbox"/></p> <p data-bbox="437 1043 462 1066"><input type="checkbox"/></p> <p data-bbox="472 1043 497 1066"><input type="checkbox"/></p> <p data-bbox="507 1043 533 1066"><input type="checkbox"/></p> <p data-bbox="542 1043 568 1066"><input type="checkbox"/></p> <p data-bbox="577 1043 603 1066"><input type="checkbox"/></p> <p data-bbox="612 1043 638 1066"><input type="checkbox"/></p> <p data-bbox="647 1043 673 1066"><input type="checkbox"/></p> <p data-bbox="683 1043 775 1066"><input type="checkbox"/></p>
8. Alignement aux documents de l'ONU	Ces stratégies, plans d'action et/ou lois sont-elles en ligne avec les documents et principes internationaux dans le secteur du handicap ?	<input type="checkbox"/>
Mise en place du cadre législatif		
9.	Le cadre législatif est-il appliqué et respecté ? Existe-t-il des ressources dédiées à la mise en place du cadre législatif ? Peut-on faire appel à la justice si le cadre législatif n'est pas respecté ?	<input type="checkbox"/>
Stratégies locales		
10.	La pratique de planification locale/communautaire (« plans locaux d'action ») existe-t-elle dans le pays ? Planification centralisée/décentralisée ? Jusqu'à quel niveau ?	<input type="checkbox"/>
11.	Existe-t-il des plans locaux d'action en faveur des personnes handicapées ?	<input type="checkbox"/>

1.A.3 Analyse du contexte administratif pour les services au niveau local et national par secteur

Quelle utilité pour ces informations ?

Elles vont nous dire si les secteurs des services sont réglementés au niveau local ou national, et où l'on peut trouver des partenaires de négociations pour les aspects liés à la pérennité de nos interventions ou investissements.

En fonction du contexte, ces partenaires pourront se trouver au niveau local, régional (district, département) ou national.

On peut aussi identifier des failles dans le secteur des services pour personnes handicapées : soit des services non-réglementés (et qui devront l'être), soit mal financés, soit des agences qui nécessitent un appui technique afin de couvrir efficacement leur rôle de réglementation et financement.

Deux possibilités existent pour cette collecte d'information :

a. Rester à un niveau général (des « services pour personnes handicapées ») - dans ce cas, les détails par secteurs seront obtenus dans une étape ultérieure. Ce qui nous intéresse est d'avoir une image d'ensemble sur les responsabilités de gestion et de réglementation des services, dans leur ensemble ;

Ou :

b. Établir un secteur d'analyse et ensuite analyser en détail le contexte administratif de ce secteur.

L'idéal est de pouvoir commencer avec une analyse générale de ce contexte administratif et progresser vers des analyses sectorielles détaillées, au fur et à mesure de la présence de Handicap International dans le pays.

Les secteurs d'intérêt pour Handicap International :

- 1 Diagnostic et intervention précoce dans le secteur du handicap
 - 2 Éducation :
 - Éducation primaire
 - Éducation secondaire
 - Éducation - autres formes
 - 3 Formation professionnelle
 - 4 Insertion économique/emploi
 - 5 Santé :
 - Santé mentale
 - 6 Réadaptation
 - Rééducation : kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, etc.
 - Orthoprothèse et aides techniques
 - 7 Assistance sociale/travail social
 - 8 Assistants personnels
 - 9 Mesures de sécurité sociale pour les personnes handicapées (allocations)
 - 10 Transport adapté
 - 11 Loisirs et sports
- Compléter la liste, si nécessaire.*

Cette analyse, dite « d'organisation administrative du système des services », va porter surtout sur les aspects suivants :

- **Les acteurs clés dans la prise de décision et le caractère centralisé/décentralisé** de la décision, afin de cibler les acteurs qui jouent le rôle le plus important dans l'accessibilité des personnes handicapées aux services et dans les aspects liés à sa qualité ;
- **les différents types de financement du service ;**
- **les procédures de régulation** du service (si elles existent)
- **les agences qui sont en charge de la régulation** des services ou des prestataires.
- La manière de réglementer l'activité des professionnels des services.

41. Encore une fois la précision qu'on peut analyser soit le système de services dans son ensemble (si on dispose des moyens et connaissances, dans le cadre de l'équipe, qui nous permettent une telle vision globale), soit (d'abord) les services par secteurs, afin de constituer ensuite une image globale de l'organisation des services.

42. Comprenant les ONG internationales, les ONG locales.

Tableau 1. Analyse de la prise de décision dans le cadre de ces services ⁴¹

Cochez et annotez dans ces cases si nécessaires.

ACTEUR CLÉ	Qui décide l'ouverture du service?	Qui décide sa modernisation?	Qui embauche le personnel?	Qui donne l'autorisation officielle au service?	Qui gère le service?	Qui évalue le service?	Qui établit les critères d'éligibilité des usagers du service?	Qui finance le service?
Autorités publiques nationales (centrales) (Précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorités publiques locales (Précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisations de la société civile (non lucratives) ⁴²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisations privées (lucratives)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisations religieuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisations des usagers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usagers (Personnes handicapées et familles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (Précisez) (ONU, Banque mondiale, bailleurs CICR, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tableau 2. Analyse des modalités de financement des services

Cochez si le mécanisme de financement existe. La liste peut-être complétée par les équipes terrain.

SECTEUR	Type de prestataire	Budget d'État		Budget d'État global par année	Enveloppe calculée par unités de couts	Procédures de contractualisation et financement des services	Financement par projet	Subventions	Fonds dédiés Fonds d'équité, fonds sociaux	Soutien en nature
		Enveloppe globale par année	Enveloppe calculée par unités de couts							
Éducation	Public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Support à l'éducation	Public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé primaire	Public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rééducation	Public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthoprothèse et aides techniques	Public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation professionnelle	Public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide à l'emploi	Public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide à l'indépendance	Public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loisir/sport	Public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide à domicile	Public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	Public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vérifier les dénominations de ces mécanismes et reformuler si nécessaire. Précisions sur les différents mécanismes de financements page suivante.



Précisions sur les différents mécanismes de financements listés dans le tableau 2

Budget d'État

Enveloppe globale par année
C'est une somme globale qui couvre l'ensemble des coûts d'un service, par année. D'habitude, cette somme (présentée par le prestataire sous forme d'un budget prévisionnel) est négociée à la fin de l'année précédente, entre le prestataire et les autorités qui financent le service.

Budget d'État

Enveloppe calculée au coût unitaire
Représente une somme globale accordée au prestataire, mais calculée cette fois-ci à la base de coûts unitaires.
Par exemple :
coût par jour par personne ;
coût par mois par personne ;
coût par activité/département par mois.

Procédures de contractualisation et financement des services

Suite aux appels d'offres, c'est une procédure de financement détaillée, qui accorde des fonds aux prestataires de services, en fonction de leur offre de services et d'une demande précise de la part des autorités. Un contrat de financement est rédigé, et il contient toutes les exigences de qualité et de mise en place du service, pour bénéficier des tranches de financement correspondantes. Le financement peut se faire par service ou composante d'un service, par an ou par cycle de 2 à 3 années.

Financement par projet

Dans ce cas, la prestation de service est associée à une activité de type projet. Le prestataire dépose un projet qui décrit le déroulement du service pour une durée limitée. Le financement est alors accordé au projet, sur la durée prévue. Le financeur n'a aucune obligation de continuer le financement au-delà de la finalisation du projet.

Subvention

Financement à valeur fixe, accordé sous forme d'aide aux prestataires (en utilisant différentes unités de coûts comme méthode de calcul). Ce type d'aide financière (souvent symbolique et non viable) diminue considérablement le niveau de responsabilité des autorités dans le secteur des services pour les personnes handicapées.

Fonds dédiés

Dans certains pays, les services pour les personnes handicapées font l'objet d'un financement spécifique qui a comme source un fond spécial, constitué au niveau des autorités centrales (gouvernement) et administrés par ces autorités ou par des agences déléguées. Ces fonds ont des dénominations différentes, mais sont le plus souvent appelés « Fonds Sociaux » ou « fond d'équité ». Ils sont généralement alimentés par la Banque Mondiale ou les organismes internationaux, sur une durée déterminée.

Soutien en nature

Les prestataires de services reçoivent des biens en nature de la part des autorités, en soutien à leurs activités : moyens de transport, bâtiments pour les services, gratuité de l'eau et de l'électricité, etc.

Financement indirect

Exemption des taxes, re-direction des impôts vers les services sociaux, etc.

Tableau 3. Régulation des services

Cette analyse ne peut se faire autrement que par secteur.

TYPE DE MÉCANISME DE RÉGULATION	✓	Commentaires
Évaluation des besoins et orientation vers les services (référencement)		
> Au niveau macro/local		
Évaluation des besoins locaux	<input type="checkbox"/>	
Carte des besoins (Schémas territoriaux)	<input type="checkbox"/>	
Organigramme des services existants	<input type="checkbox"/>	
Procédure de collecte de données et statistiques au niveau local/national	<input type="checkbox"/>	
> Au niveau de la personne handicapée (micro)		
Évaluation des besoins individuels	<input type="checkbox"/>	
Orientation vers les services	<input type="checkbox"/>	
Mécanismes d'autorisation des prestataires d'accréditation		
Procédures d'autorisation et d'accréditation	<input type="checkbox"/>	
Standards de qualité des services (dont les critères d'accessibilité)	<input type="checkbox"/>	
Suivi et évaluation des services pour personnes handicapées		
Procédures de suivi	<input type="checkbox"/>	
Procédures d'évaluation	<input type="checkbox"/>	



Tableau 4. Rôles globaux des acteurs dans le processus de régulation des services

✓	Commentaires
Usagers	
<input type="checkbox"/>	Existe-t-il des organisations et plateformes d'organisations des personnes handicapées ? (Exemple: Conseil National des Personnes Handicapées)
<input type="checkbox"/>	Ces organisations sont-elles actives dans la demande de services ? Comment ?
<input type="checkbox"/>	Les personnes handicapées ont-elles les mécanismes d'adresser leurs demandes aux décideurs ? Lesquels ? (locaux ou nationaux)
<input type="checkbox"/>	Les opinions et les demandes d'organisations pour les personnes handicapées sont-elles prises en compte par les décideurs et par les prestataires de service ? Comment ?
Prestataires de services	
<input type="checkbox"/>	Existe-t-il des organisations et/ou plateformes de prestataires de services ?
<input type="checkbox"/>	Existe-t-il des organisations professionnelles (psychologues, travailleurs sociaux, kinésithérapeutes, etc.)
Décideurs	
<input type="checkbox"/>	Les décideurs disposent-ils de mécanismes d'enregistrement des demandes, et/ou plaintes, de propositions d'amélioration, de la part des usagers ? Lesquels ?
<input type="checkbox"/>	Les décideurs disposent-ils des mécanismes de priorisation et planification sur l'amélioration des services pour les personnes handicapées (plans locaux d'action, présence des personnes handicapées dans les structures de décision, etc.) Lesquels ?

Tableau 5. Régulation de l'activité de professionnels dans les différents secteurs des services pour personnes handicapées

À VÉRIFIER	✓	Commentaires
Professionnels de l'éducation		
Y a-t-il des standards ou références professionnelles pour ce secteur d'intervention ?	<input type="checkbox"/>	
Les professionnels de ce secteur bénéficient-ils d'une formation initiale officielle (qualifiante) dans le pays ?	<input type="checkbox"/>	
Les professionnels de ce secteur bénéficient-ils d'une formation continue dans le pays ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Obligatoire <input type="checkbox"/> Optionnel
Existe-t-il une procédure officielle d'évaluation régulière des professionnels dans ce secteur ? Qui s'en charge ? À quelle fréquence ?	<input type="checkbox"/>	
Existe-t-il des textes législatifs spécifiques à l'activité des professionnels dans ce secteur ?	<input type="checkbox"/>	
Professionnels de la santé		
Est-ce qu'il y a des standards professionnels pour ce secteur d'intervention ?	<input type="checkbox"/>	
Les professionnels de ce secteur bénéficient-ils d'une formation initiale officielle (qualifiante) dans le pays ?	<input type="checkbox"/>	
Les professionnels de ce secteur bénéficient-ils d'une formation continue dans le pays ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Obligatoire <input type="checkbox"/> Optionnel
Existe-t-il une procédure officielle d'évaluation régulière des professionnels dans ce secteur ? Qui s'en charge ? À quelle fréquence ?	<input type="checkbox"/>	
Existe-t-il des textes législatifs spécifiques à l'activité des professionnels dans ce secteur ?	<input type="checkbox"/>	



À VÉRIFIER	✓	Commentaires
Professionnels de la réadaptation		
Y a-t-il des standards pour ce secteur d'intervention ?	<input type="checkbox"/>	
Les professionnels de ce secteur bénéficient-ils d'une formation initiale officielle (qualifiante) dans le pays ?	<input type="checkbox"/>	
Les professionnels de ce secteur bénéficient-ils d'une formation continue dans le pays ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Obligatoire <input type="checkbox"/> Optionnel
Existe-t-il une procédure officielle d'évaluation régulière des professionnels dans ce secteur ? Qui s'en charge ? À quelle fréquence ?	<input type="checkbox"/>	
Existe-t-il des textes législatifs spécifiques à l'activité des professionnels dans ce secteur ?	<input type="checkbox"/>	
Est-ce qu'il y a des standards professionnels pour ce secteur d'intervention ?	<input type="checkbox"/>	
Professionnels du secteur social (travail social, assistants personnels, conseillers, etc.)		
Y a-t-il des standards pour ce secteur d'intervention ?	<input type="checkbox"/>	
Les professionnels de ce secteur bénéficient-ils d'une formation initiale officielle (qualifiante) dans le pays ?	<input type="checkbox"/>	
Les professionnels de ce secteur bénéficient-ils d'une formation continue dans le pays ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Obligatoire <input type="checkbox"/> Optionnel
Existe-t-il une procédure officielle d'évaluation régulière des professionnels dans ce secteur ? Qui s'en charge ? À quelle fréquence ?	<input type="checkbox"/>	
Autres		
...	<input type="checkbox"/>	

1.A.4 Analyse de la gamme complète des services existants pour les personnes handicapées au niveau local et national

Quelle utilité pour ces informations ?

Elles vont contribuer (en complément à d'autres critères tels que les intervenants du secteur, les contextes d'intervention et les professionnels de Handicap International disponibles)

à définir le champ concret des interventions prioritaires, par types de services. Dans les contextes où les services en besoin d'appui ou de renforcement sont très nombreux, la corroboration de toutes ces infos pourra servir à choisir un ou deux secteurs prioritaires.

TYPE DE SERVICE	Existant ?	Accessible ?	En nombre suffisant ?	Argumentez si non
Services de diagnostic et d'intervention précoce pour les personnes handicapées				
Évaluation précoce du risque/ou du handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Service d'orientation pour les personnes handicapées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Service d'intervention précoce pour les enfants au risque ou les enfants en situation de handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Crèches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Services d'information ou Centres Ressources pour les personnes handicapées (dont les relais Handicap et vulnérabilité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Éducation et épanouissement				
Maternelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres services de type préscolaire (ludothèques, jardins d'enfants, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Clubs pour enfants (centres aérés, centres de vacances, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Garderies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Écoles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Écoles spécialisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Classes spéciales dans les écoles ordinaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Service de logement pour les enfants handicapés				
Services résidentiels pour les enfants handicapés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Services de vie en milieu familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Famille d'accueil ou foyers d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



À VÉRIFIER		Existant?	Accessible?	En nombre suffisant? Argumentez si non
Soins pour les adultes, logement et vie indépendante				
Centres de jours pour jeunes et adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Établissements ou services résidentiels pour adultes handicapés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soins et services d'aide à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Logement protégé pour les adultes en situation de handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Services d'aide à l'indépendance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Services d'accueil temporaire				
Services d'accueil temporaire pour adultes et enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Adaptation du milieu de vie				
Services liés à l'adaptation du domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Services liés à l'adaptation du milieu éducatif ou professionnel de la personne handicapée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres services d'adaptation au milieu de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Réadaptation et rééducation fonctionnelle				
Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orthoprothèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Support psychologique et conseil				
Thérapies psychologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conseil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Groupes de soutien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1.A.4 Suite

TYPE DE SERVICE	Existant ?	Accessible ?	En nombre suffisant ?	Argumentez si non
Assistance sociale/travail social				
Accompagnement social personnalisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Services liés à la santé				
Services de prévention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soins médicaux primaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Services spécialisés de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Services liés à l'emploi des personnes handicapées				
Formation vocationnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Évaluation des aptitudes professionnelles des personnes handicapées et services de placement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Emploi aidé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Emploi protégé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres services de support				
Services d'interpréariat en langue des signes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Services d'écriture et d'impression en braille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transport et services de support liés au transport adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Services d'auxiliaires de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Technologies d'assistance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aides techniques à la mobilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres services ou équipement de support	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Services de formation pour l'utilisation des services et équipement de support	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Services de loisirs et sports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



1.A.5

Analyse de l'accessibilité globale des services pour les personnes handicapées au niveau local et national

Quelle utilité pour ces informations ?

Elles vont nous aider à identifier les principaux obstacles rencontrés par les personnes handicapées dans leur accès concret aux services. Ces éléments peuvent guider la priorisation des interventions ou appuis afin d'éliminer les obstacles d'une manière durable. La liste des facteurs d'accessibilité peut être complétée.

TYPE DE SERVICE	Les services sont-ils en nombre suffisant ?	Les services sont-ils physiquement accessibles aux personnes à mobilité réduite ?	Les services sont-ils accessibles aux personnes avec des problèmes de santé mentale ?	Les services sont-ils accessibles aux personnes avec une déficience intellectuelle ?	Les services sont-ils accessibles aux personnes avec des problèmes sensoriels ?	Les usagers sont-ils assez proactifs dans la recherche des services qui leur sont nécessaires ?	Les procédures d'orientation vers les services sont -elles efficaces et de qualité ?	Les services ont-ils un coût abordable ?	La perception publique du handicap impacte-t-elle négativement l'accès des personnes handicapées aux services ?
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de loisir et de sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services d'insertion économique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthoprothèse et aides techniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.A.6 Check-list qualité dans le secteur des services pour personnes handicapées

Quelle utilité pour ces informations ?

Elles vont nous donner des informations succinctes sur la gestion de la qualité des différents types de services et sur le potentiel appui de Handicap International pour l'améliorer.

NB: une bonne qualité interne des services a un impact majeur sur l'amélioration de l'accès des personnes à ces services.

TYPE DE SERVICE

Autres	<input type="checkbox"/>					
Services de loisir et de sport	<input type="checkbox"/>					
Services d'insertion économique	<input type="checkbox"/>					
Formation professionnelle	<input type="checkbox"/>					
Orthoprothèse et aides techniques	<input type="checkbox"/>					
Rééducation	<input type="checkbox"/>					
Santé	<input type="checkbox"/>					
Prévention	<input type="checkbox"/>					
Éducation	<input type="checkbox"/>					
Existe-t-il des conditions minimales de performances (ou critères min. de qualité) pour ces services, au niveau national ?						
Existe-t-il des procédures d'autorisation des prestataires, quant au respect des conditions minimales de qualité ?						
Le cadre législatif inclut-il des spécificités sur la qualité des services ?						
Les services fonctionnent-ils suivant une approche centrée sur la personne ?						
Les usagers participent-ils à la prise de décision, au sein des services ?						
Les prestataires ont-ils des procédures internes de gestion de la qualité ?						
Forme-t-on les managers à la gestion de la qualité ?						

1.B.1 Les prestataires par secteur et par type

Quelle utilité pour ces informations ?

Elles peuvent guider le choix de nos partenaires ou le choix des acteurs qui nécessitent un appui spécifique de la part de Handicap International. Elles peuvent aussi nous dire si différents types de réseaux ou de plateformes d'échanges peuvent être constitués entre ces prestataires, afin d'améliorer constamment la qualité des services délivrés. Les fiches précédentes ont aidés à clarifier les différents types de prestataires existants dans le pays, dans les services pour

les personnes handicapées (publics, privés, à but ou non lucratif). La fiche suivante va aider à lister concrètement les prestataires qui fonctionnent dans un espace donné, que ce soit un quartier, une ville, une région, ou, dans le cas de services rares, le pays. Chaque cellule doit contenir les noms (ou le nombre) concrets de ces prestataires afin de dresser une carte ou un organigramme aussi exhaustif que possible. Il ne peut être réalisé que si les informations sur ces services sont suffisamment accessibles à Handicap International ou à ses partenaires.

TYPE DE SERVICE	Éducation	Prévention	Santé	Rééducation	Orthoprothèse et aides techniques	Formation professionnelle	Services d'insertion économique	Services de loisir et de sport	Autres
Services publics									
Services gérés par les ONG									
Services gérés par les entreprises privées à but lucratif									
Services gérés par les familles ou les bénévoles									

1.B.2 L'existence des professionnels, par secteur

PROFESSION	Existence de ces professionnels? + Commentaires	Existence des associations ou organisations de professionnels dans ce secteur ?
Assistants sociaux/Travailleurs sociaux	<input type="checkbox"/>	
Psychologues/conseillers	<input type="checkbox"/>	
Psychothérapeutes	<input type="checkbox"/>	
Sociologues	<input type="checkbox"/>	
Éducateurs	<input type="checkbox"/>	
Éducateurs spécialisés	<input type="checkbox"/>	
Professeurs d'éducation spéciale	<input type="checkbox"/>	
Médecins généralistes	<input type="checkbox"/>	
Médecins spécialistes	<input type="checkbox"/>	
Infirmiers	<input type="checkbox"/>	
Orthophonistes	<input type="checkbox"/>	
Kinésithérapeutes	<input type="checkbox"/>	
Ergothérapeutes	<input type="checkbox"/>	
Orthoprothésistes	<input type="checkbox"/>	
Assistants personnels	<input type="checkbox"/>	
Familles d'accueil	<input type="checkbox"/>	
Médiateurs à l'emploi	<input type="checkbox"/>	
Interprètes en langue des signes	<input type="checkbox"/>	
Agent de réadaptation à base communautaire	<input type="checkbox"/>	
Agents communautaires	<input type="checkbox"/>	
...	<input type="checkbox"/>	

Liste à compléter par les domaines de la Direction des Ressources Techniques ou par les équipes terrain, si nécessaire.



1.B.3

La place des autorités publiques dans la prestation de services

Quelle utilité pour ces informations ?

Elles vont nous dire si Handicap International peut s'investir dans le renforcement des capacités des autorités publiques et si ces autorités peuvent devenir des partenaires fiables à moyen et long terme. En complément des précédentes données, elles vont aussi nous aider à décider du niveau d'intervention de Handicap International (local ou national, appui aux services concrets ou à un système de services), car la bonne fonctionnalité et la transparence des autorités publiques facilitent les effets multiplicateurs des actions de Handicap International. Le tableau nous dit aussi si les autorités cumulent les rôles de prestation avec les rôles de régulation. Souvent, cette double casquette nuit à la transparence.

Si les autorités publiques n'assument pas leur rôle de régulation dans le domaine de services, il faut décrire ici qui le fait, le cas ou ce « remplaçant » existe. Quel autre décideur est en place, et avec quelles responsabilités ? Est-ce qu'il y a une délégation officielle de la part des autorités publiques, pour ces responsabilités de régulation ?

TYPE DE SERVICE

	Autorités locales	Autorités nationales
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de loisir et de sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services d'insertion économique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthoprothèse et aides techniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les autorités publiques assument-elles leur responsabilité à l'accès des citoyens à ces services ?	Autorités locales	Autorités nationales
Les autorités publiques financent-elles ces services ?	Autorités locales	Autorités nationales
Les autorités publiques gèrent-elles ces services ?	Autorités locales	Autorités nationales
Les autorités publiques assument-elles le contrôle et l'évaluation de ces services ?	Autorités locales	Autorités nationales

1.B.4 La place des usagers dans la prestation de services

Quelle utilité pour ces informations ?

Elles vont nous dire si Handicap International peut s'investir dans le renforcement des capacités des usagers, leur connaissance et leur participation active dans la prestation des services. Ces infos sont particulièrement importantes dans le cadre de projets de plaidoyer

et des choix des « masses critiques » qui peuvent contribuer à des actions de plaidoyer efficaces. Elles nous disent aussi si les usagers sont des contributeurs financiers pour l'accès à ces services.

TYPE DE SERVICE				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les usagers participent-ils à la planification de ces services ? Oui ? Non ? Comment ?	Éducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les usagers participent-ils à la gestion de ces services ? Oui ? Non ? Comment ?	Prévention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les usagers participent-ils à l'évaluation de ces services ? Oui ? Non ? Comment ? À quelle fréquence ?	Santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les usagers contribuent-ils au financement de ces services ? Oui ? Non ? Comment ?	Réadaptation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Orthoprothèse et aides techniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Formation professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Services d'insertion économique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Services de loisir et de sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Existe-t-il des organisations d'usagers ? Sont-elles actives dans la formulation des demandes de services ? Leurs demandes sont-elles prises en compte par les autorités et par les prestataires ?

1.B.5

Autres acteurs révélateurs du secteur des services pour les personnes handicapées, leur rôle et leur mode d'intervention

Quelle utilité pour ces informations ?

C'est un élément particulièrement important pour Handicap International, afin de prendre des décisions de coopération ou de complémentarités avec ces ONG et OI.

L'efficacité des investissements dépend aussi de la non-superposition à des interventions similaires, à l'exception d'interventions insuffisantes ou de mauvaise qualité.

TYPE DE SERVICE	Quels autres acteurs interviennent dans ce secteur, au niveau du pays ?	Quel rôle pour ces acteurs : • Prestataires directs • Consultants auprès du Gouvernement • Consultants auprès des autorités locales • Partenaires pour les ONG locales • Autres	Présence forte (+++), moyenne (++), faible (+)
Éducation			
Prévention			
Santé			
Réadaptation			
Orthoprothèse et aides techniques			
Formation professionnelle			
Services d'insertion économique			
Services de loisir et de sport			
Autres			

1.B.6

Bailleurs. Politiques des bailleurs. Opportunités et contraintes

Listez les bailleurs qui financent des services pour les personnes handicapées.
Décrivez les opportunités et les contraintes de leurs financements.

Ajoutez les éventuelles contraintes et opportunités pour Handicap International et ses propres bailleurs dans le contexte.

2.A

Circuit court et long de responsabilité dans la prestation de services



Figure 8

Les relations de responsabilité entre les acteurs, dans la prestation des services (Banque mondiale, 2004⁴³).

On parle de trois catégories d'acteurs incontournables dans le cadre de la prestation des services sociaux et médico-sociaux :

- **Les usagers des services** (personnes handicapées et leurs familles) ;
- **Les prestataires de services** (écoles, centres de rééducation, agences pour l'emploi, assistants personnels, travailleurs sociaux, etc.) ;
- **Les décideurs** ou les organismes responsables avec les politiques dans le secteur des services (d'habitude les autorités publiques, mais aussi des organismes indépendants qui reçoivent des rôles de régulation dans des contextes où les États ne peuvent pas assumer leurs responsabilités).

Cf. Figure 8.

D'autres acteurs interviennent tout au long de cette prestation : la communauté locale, les médias, les bailleurs, etc. Mais ce n'est qu'entre ces trois catégories principales que des relations de responsabilité existent et génèrent une régulation des services. Au cours d'une transaction économique, l'utilisateur reçoit une prestation dont le prestataire peut être tenu pour responsable car il a été rémunéré. Si l'utilisateur n'est pas

satisfait, il a donc le pouvoir de solliciter la répétition de ce service ou, en cas de comportements illicites, de demander des sanctions à l'encontre du prestataire. C'est ce qu'on appelle le « **circuit court de responsabilité** »⁴⁴. Il y a une responsabilité directe du prestataire envers l'utilisateur.

Dans le cadre de nos projets, les services (éducation, santé, services sociaux, etc.) étant souvent gratuits, la responsabilité directe du prestataire à l'égard de l'utilisateur est affaiblie.

La société, à juste titre, a décidé que ces services seraient dorénavant exempts de transactions économiques, et ce, grâce à l'intervention des gouvernements qui mettent en place des services sociaux. C'est un ce que l'on appelle un « circuit long de responsabilité » : les utilisateurs (en tant que citoyens) influencent les décideurs, et ces derniers influencent les prestataires. Si les décideurs ne contrôlent ni ne réglementent ces prestations de services, les utilisateurs en perdent rapidement l'accès et retombent dans la pauvreté et l'exclusion.

43. World Bank, Making Services Work for Poor People, World Development Report 2004, p. 6.

44. Idem, p. 6.

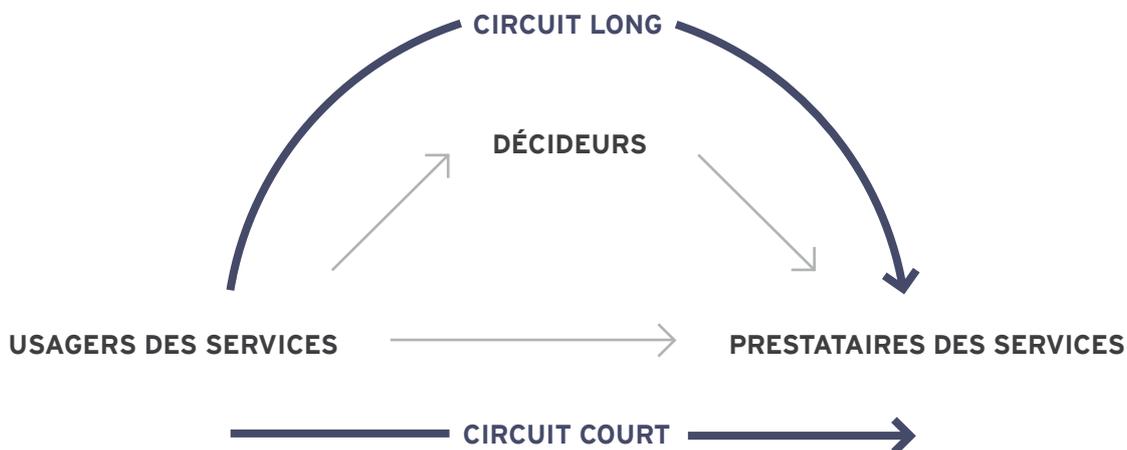


Figure 7
Circuit court et circuit long
pour responsabiliser les prestataires
vis-à-vis des usagers.

Les organisations comme Handicap International peuvent apporter un appui consistant à tous ces acteurs, afin d'améliorer la responsabilité au sein du circuit, ainsi que la visibilité de chacun.

Améliorer l'accès des usagers (personnes handicapées) aux services de qualité signifie, entre autres, renforcer les liens de responsabilité entre les acteurs.

Handicap International doit réaliser une analyse approfondie des capacités et/ou de la volonté des décideurs, des capacités des prestataires de services et des professionnels de terrain existants ainsi que des capacités des personnes handicapées à exprimer leurs besoins et à défendre leurs droits avant de déterminer la nature de ses interventions. **Handicap International peut travailler avec chacun de ces trois groupes**, en fonction des demandes, des capacités, des besoins et du cadre institutionnel identifiés.

2.B

Les types d'appui de Handicap International par type d'acteur

On verra d'abord quel type d'appui est nécessaire en général, par rapport à chaque catégorie d'acteurs.

2.B.1 Appui aux usagers

Handicap international soutient la mise en place de projets visant la participation des usagers à l'ensemble de la prestation de services dans la communauté.

Les usagers ont un rôle clé dans toutes les phases de prestation de service : de la planification d'une intervention personnalisée à l'évaluation du service rendu. Un service de qualité fait en sorte que la présence des usagers soit active et que les opinions des personnes handicapées soient prises en compte par les équipes dans le secteur du service.

Les usagers des services sociaux sont rarement perçus comme « clients » mais plutôt comme « bénéficiaires ». Leur rôle actif et leur participation en sont alors affaiblies. Pour rendre cette participation active possible, les prestataires doivent développer des outils et procédures spécifiques au sein du service : consultation, évaluation, enregistrement des plaintes, communication régulière entre professionnels et usagers, codes éthiques, etc. Handicap International peut appuyer les prestataires dans l'élaboration de ces procédures, ainsi que les usagers dans le renforcement de leurs positions et de leurs capacités.

Côté prestataires, l'appui que Handicap International peut mettre en place pour renforcer la participation des usagers est relativement « classique » : il s'agit surtout des procédures et méthodes de management et gestion de la qualité. Ces procédures sont adaptables à tout contexte, même dans les pays dont le système de services est très faible.

L'appui aux usagers peut se structurer à trois niveaux, depuis une intervention très restreinte jusqu'à la planification d'un soutien à long terme :

• Appui à un groupe très restreint d'usagers, autour d'un service particulier

Lorsque Handicap International apporte un soutien technique au développement d'un service local ou d'un nombre limité de services locaux, les usagers peuvent alors prendre une place active dans la prestation du service :

- En faisant partie (directement ou indirectement) des structures de management ;
- En participant à l'élaboration du plan d'intervention personnalisée ;
- En prenant part aux processus d'évaluation (interne ou externe) des services ;

• Appui au niveau des usagers vivant dans une communauté (village, municipalité, région)

Dans ce cas, plusieurs types de projets peuvent être mis en place pour améliorer la participation des usagers et leur accès aux services. Voici quelques exemples :

- Évaluation des besoins locaux dans le secteur des services sociaux et planification communautaires. (Exemple : les projets visant l'élaboration des « plans locaux d'action » ; ville et handicap, etc.) ;
- Projets de constitution de « groupes locaux d'initiative dans le secteur du handicap » (comités, coalitions, plateformes locales), ayant un rôle important dans la planification de toutes les mesures locales en faveur des personnes handicapées.

Ces groupes peuvent inclure des autorités, mais l'important reste d'assurer la participation active des personnes handicapées et de renforcer leurs capacités d'expression, de planification, d'action ;

- Projets d'accessibilité des services au sein de la communauté, dans lesquels la participation des personnes handicapées

est renforcée (identification des priorités d'accessibilité, conception de projets concrets, appui technique aux professionnels, etc.);

- Projets de développement de nouveaux services au niveau local, ou de modernisation de services existants. Dans ce cas, les personnes handicapées doivent être incluses dans les groupes d'initiatives et les structures de partenariats de ces projets.

• Appui aux usagers au niveau national.

L'existence d'un réseau associatif dense, actif, représentant les intérêts de l'ensemble des personnes handicapées, est généralement une condition essentielle de bon fonctionnement du système de services.

À ce niveau, l'action de Handicap International s'organise autour de projets de renforcement des capacités et de plaidoyer, avec un accent particulier sur les actions visant le secteur des services :

- Participation des personnes handicapées à l'élaboration et suivi des plans nationaux d'action dans le secteur du handicap;
- Plaidoyer pour la signature et la ratification de la Convention de l'ONU sur les Droits des Personnes Handicapées, ainsi que pour la mise en place efficace des articles 19-26 (particulièrement axés sur le secteur des services);
- Plaidoyer pour le développement de nouveaux services (appel à l'action, études conceptuelles visant des services innovants, etc.)
- Participation des personnes handicapées aux plans d'action pour la modernisation des services existants;
- Inclusion des personnes handicapées et de leurs groupes représentatifs (organisations des personnes handicapées, coalitions nationales, unions des parents, etc.) dans la désinstitutionalisation au niveau national, là où le processus a démarré;
- Participation des personnes handicapées à tout processus de suivi des politiques nationales dans le secteur du handicap

et/ou des services (suivi de leur mise en place, leurs allocations budgétaires, leurs planifications annuelles ou pluriannuelles).

2.B.2 Appui aux prestataires

Handicap International soutient la mise en place de projets visant la qualité des services pour les personnes handicapées et le renforcement des capacités des prestataires dans la mise en place et la gestion de ces services.

Jusqu'à présent, ce type d'intervention a été le secteur privilégié d'action de Handicap International. En bénéficiant des compétences techniques consistantes dans certains secteurs (prévention et santé, rééducation, appareillage, accessibilité des services pour les personnes handicapées, formation professionnelle, etc.), Handicap International a constamment offert un appui technique aux prestataires de services, dans chaque pays d'intervention.

Cet appui peut s'organiser à plusieurs niveaux :

• Appui d'un service particulier ou d'un groupe limité de prestataires

Il s'agit dans ce cas d'un appui limité au secteur précis (technique) de ces prestataires : éducation, rééducation, emploi, etc. Les projets de cette catégorie sont réalisés avec le soutien des départements technique de la DRT et visent à l'amélioration de la qualité de ces prestations.

Ce type d'interventions peut aussi appuyer le management d'un service et le renforcement des capacités managériales.

C'est un niveau d'intervention de Handicap International où le besoin d'expertise est particulièrement important : aussi bien l'expertise technique spécifique dans le secteur visé, que l'expertise dans le secteur de gestion et du contrôle de la qualité.

• **Appui d'un groupe de prestataires au niveau local (communauté ou région)**

Dans ce cas, il s'agit de projets visant surtout :

- Les réseaux d'expertises et d'échange professionnel, au niveau local;
- La formation continue des professionnels; renforcement des capacités;
- La planification communautaire et la participation des prestataires dans ce processus;
- L'organisation des prestataires en plate-forme et coalition locales;
- Facilitation de la mise en place de partenariats public-privé;
- Facilitation des services inclusifs au sein des services communautaires existants.

• **Appui des prestataires au niveau national**

Ces projets ciblent en général :

- La constitution des plateformes nationales de prestataires, formelles ou informelles (en ayant comme but soit l'échange d'expertise, soit le plaidoyer dans le secteur des services)
- La constitution des dispositifs de formation professionnelle, au niveau national;
- Le renforcement des associations professionnelles d'un secteur ou autre (par exemple, les associations des psychologues, ou de travailleurs sociaux etc.)
- L'appui au développement des ou de référentiels de compétences au niveau national.

2.B.3 Appui aux états ou aux décideurs

Handicap international soutient l'élaboration d'un système de régulation national visant à garantir l'accès des personnes handicapées aux services de qualité, ainsi que le renforcement des capacités des acteurs, au niveau national.

L'appui de Handicap International part du principe clé que les États restent responsable de l'accès des citoyens (personnes handicapées incluses) aux services de base et aux services sociaux.

Quand la demande d'appui vient de ces niveaux, Handicap International doit d'abord évaluer la valeur ajoutée de sa possible intervention, comparé à d'autres organismes qui se positionnent plus traditionnellement en appui aux États (Banque Mondiale, agences de coopération bilatérales, OCDE, etc.)

Si cette évaluation montre que Handicap International peut apporter une valeur ajoutée, alors les projets les plus souvent réalisés à ce niveau sont les suivants :

- Projets de formations qualifiantes au niveau national, initiale ou continue (l'expertise clé de Handicap International étant la rééducation physique, P&O, appareillage en général); ces projets sont le plus souvent menés en partenariats avec des organismes de formation (GRAVIR, ISPO, etc.);
- Appui à l'élaboration d'un système de régulation officiel, permettant de garantir la prestation de services disponibles, accessibles, transparents, ainsi que le respect des principes de qualité et de choix.

Les mécanismes le plus souvent visés sont : l'accréditation des prestataires de services; les mécanismes de gate-keeping (évaluation des besoins et orientation des usagers vers les services); l'élaboration des critères de qualité au niveau national; les mécanismes de suivi et évaluation des prestataires; la constitution d'un système national de collecte de données dans le secteur des services pour les personnes handicapées.

Les mécanismes mis en place dans le cadre de tels projets doivent être définis en partenariat avec les autorités locales ou nationales, les personnes handicapées et leurs représentants. Ils doivent être exploités et évalués de manière professionnelle, afin de prendre en compte les différents niveaux de la société et l'ensemble des intervenants du schéma triangulaire. Si le gouvernement met en place des stratégies nationales en matière de services sociaux ou de handicap, un processus de réduction de la pauvreté ou d'autres réformes dans le

2.C

Appui des acteurs dans différents contextes d'intervention

secteur du développement social, Handicap International doit joindre ses efforts à ceux des acteurs publics, afin d'éviter toute redondance et de responsabiliser les autorités concernées.

- Handicap International aide les autorités nationales ou locales à mettre en place des plans d'action nationaux ou locaux en faveur des personnes handicapées et des services sociaux. L'Agenda 22⁴⁵ peut facilement être adapté et utilisé par Handicap International et ses partenaires. Basé sur les Règles des Nations Unies pour l'égalisation des chances des personnes handicapées, il comprend toute une section relative aux services sociaux. Dans la mesure où toute évaluation proposée par Handicap International doit inclure les autorités locales ainsi que les acteurs publics et privés de la prestation de services, l'Agenda 22 ou une version modifiée de ce document peut servir de référence pour la communauté locale et Handicap International. Les procédures et méthodes mises en place doivent être exploitées puis intégrées dans les activités quotidiennes des autorités locales et dans leur cadre général d'évaluation des besoins des citoyens.
- Appui aux réformes structurelles dans le secteur des services (modernisation des textes législatifs, stratégies nationales, etc.);
- Appui au processus de désinstitutionalisation;
- Appui au développement des systèmes nationaux de services à base communautaire (constitution des nouveaux services avec des effets multiplicateurs)
- Appui à l'intégration du handicap dans les programmes de développement social ou dans d'autres politiques nationales - lutte contre la pauvreté, emploi, etc.

L'expérience montre que chaque contexte d'intervention nécessite une approche spécifique.

Dans les contextes d'urgence, il est très peu probable de pouvoir intervenir en appui aux États, autre que par distribution d'aide d'urgence suite aux situations de crise. Handicap International se transforme alors en prestataire de services (en offrant aux populations sinistrées ou déplacées des services de base (soins médicaux primaires, rééducation d'urgence, appareillage, aides alimentaires ou kits de survie, etc.) Dans ce cadre, il ne faut pas perdre de vue la responsabilité vis-à-vis des usagers. Aussi démunies que soient ces populations cible, le respect de leurs droits et intérêts est prioritaire. L'existence des codes éthiques clairs, ainsi que le respect des standards de qualité pour les activités d'urgence sont ici à la base de ce circuit court de responsabilité.

Cf. figure 9 ci-contre.

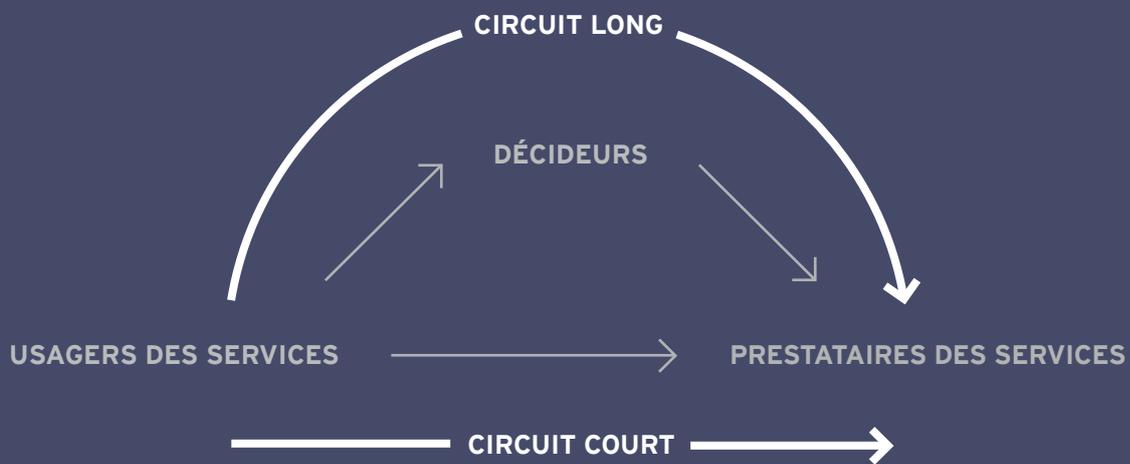
Dans les contextes de reconstruction et développement, on peut considérer toutes les formes d'appuis mentionnés auparavant, car il y a un espace de manœuvre ciblant à la fois le circuit court de responsabilité et le long : Handicap International peut contribuer à améliorer l'accès des personnes handicapées aux services de qualité, en appuyant à la fois les usagers, les prestataires et les décideurs, et en renforçant les relations de responsabilité qui existent entre ces acteurs. Dans ces contextes, il peut se profiler plusieurs situations quant aux capacités des États (ou des décideurs) à assumer leurs responsabilités⁴⁶. DFID working document « *Approaches to Improving the Delivery of Social Services in Difficult Environments* »⁴⁷.

Cf. figure 10 ci-contre.

45. Élaboré par la Fédération suédoise des personnes handicapées, l'Agenda 22 est un outil qui aide les structures locales à mettre en place des politiques relatives au handicap. Pour plus d'informations, consultez le site Internet suivant : <http://www.hso.se/start.asp?sida=7053>. La version anglaise et les traductions serbe, albanaise, macédonienne et arabe de l'Agenda 22 sont disponibles dans le premier rapport de l'initiative Observatoire du handicap de HI-SEE et dans l'analyse des intervenants de Handicap International Moyen-Orient.



9



10

46. Réflexion démarrée au sein de Handicap International en 2006-2007, en utilisant un cadre d'analyse proposé initialement par DFID. Synthèse proposée dans le document de discussion sur l'accès aux services, Handicap International, décembre 2008 + Berry C., Forder A., Sultan S. and Moreno-Torres M., 2004. Approaches to Improving the Delivery of Social Services in Difficult Environments. PRDE Working Paper 3. UK : DFID.

47. Berry C., Forder A., Sultan S. and Moreno-Torres M., 2004. Approaches to Improving the Delivery of Social Services in Difficult Environments. PRDE Working Paper 3. UK : DFID.

Cas 1. Volonté existante, mais capacité limitée

Cette catégorie comprend des pays dont les autorités ont des difficultés à mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre des réformes sociales et des politiques de réduction de la pauvreté pour les raisons suivantes : capacités fiscales insuffisantes, gouvernement faible (mais légitime), manque de statistiques et d'informations adéquates en matière de handicap, manque de personnel formé, etc. Leurs institutions sont cependant sensibles à la question de la réduction de la pauvreté ou motivées par des agences extérieures (accession à l'UE, par exemple). Cette catégorie regroupe des pays tels que l'Albanie, le Kosovo ou le Liban (avant l'instabilité et la crise actuelle), mais également certains pays en situation post-conflit dans lesquels l'aide internationale est toujours très présente (l'Afghanistan et la Sierra Leone, par exemple).

Cas 2. Capacité existante, mais volonté limitée

Cette catégorie comprend des pays qui disposent d'une capacité administrative et d'un contrôle territorial élevés, mais qui restent sourds aux besoins des populations vulnérables et défavorisées. Certains mobilisent les ressources qui auraient pu être consacrées à la réduction de la pauvreté et de l'exclusion pour répondre à des menaces extérieures, réelles ou fictives (la Corée du Nord, par exemple). Cette catégorie regroupe des pays tels que la Jordanie, la Russie ou l'Algérie.

Cas 3. Volonté et capacité limitées

Cette catégorie comprend des pays en manque de reconnaissance ou dont le territoire est contesté. Ils se caractérisent par une capacité administrative limitée en termes d'élaboration et de mise en œuvre des politiques et restent généralement sourds aux besoins de certains groupes.

Cette catégorie regroupe des pays tels que le Sud-Soudan, la Somalie, l'Iraq (pays en conflit).

Cas 4. Volonté et capacité

Cette catégorie comprend des pays qui sont généralement considérés comme de « bons élèves » par la Banque mondiale et la Coopération internationale. Ils bénéficient d'une présence gouvernementale et d'un contrôle territorial élevés ainsi que d'une politique fiscale et monétaire satisfaisante. Leur capacité administrative permet aux institutions publiques de s'engager quelque peu en faveur du développement. Cette catégorie regroupe des pays tels que la Roumanie, la Croatie, la Bulgarie ou certains pays d'Amérique latine.

Chaque cas suppose une analyse de l'appui possible de Handicap International dans ce schéma triangulaire. Par exemple, dans le cas 1, Handicap International va prioriser l'appui aux décideurs, en parallèle avec le soutien accordé aux autres acteurs, afin de renforcer progressivement la capacité de régulation de ces décideurs, dans le secteur des services. Si Handicap International n'est pas bien positionné pour travailler au niveau national, il va faire du plaidoyer en ce sens, auprès des acteurs mieux placés (OMS, Banque Mondiale, UNICEF, etc.). Dans le cas 4 par exemple, Handicap International va décider de se positionner surtout (et parfois uniquement) en appui des usagers, avec une attention particulière à ne pas se substituer à un des acteurs de la prestation de services.

Les fiches techniques

F.1	Plaidoyer	86
F.2	Illustrations d'intervention par niveaux	87
	Niveau politique	
	Niveau système	
	Niveau service	
F.3	Accès financier	90
F.4	Mécanisme de régulation	94

F.1

Plaidoyer au niveau international dans le secteur de l'accès aux services

Handicap International peut être amené en tant qu'ONG internationale à défendre sa vision des services dans des campagnes ou autres actions principalement destinées aux bailleurs, aux États ou aux organisations internationales.

Différents axes de plaidoyer peuvent ainsi être portés par Handicap International dans les réseaux internationaux.

La mise en place des articles de la Convention des Nations Unies relatives aux droits des personnes handicapées (les articles 19-26 en étant les plus significatifs pour le secteur des services sociaux).

L'accessibilité financière des services.

Le plaidoyer pour l'accessibilité financière des services (voire pour leur gratuité) est une réponse cohérente aux constats faits au niveau des projets et programmes par Handicap International, et ce pour plusieurs raisons :

- ─ Ce plaidoyer s'inscrit dans une série de revendications portées par la société civile et qui visent à un rééquilibrage des flux financiers Nord-Sud, notamment via une augmentation substantielle de l'aide publique au développement, et, au sein de celle-ci, de la part consacrée aux services sociaux ;
- ─ La participation de Handicap International à des campagnes sur ces thématiques garantit la prise en compte des personnes en situation de handicap dans les préoccupations portées par ces mouvements de la société civile ;
- ─ Ces campagnes permettent une prise de conscience de la nécessité pour les bailleurs de s'engager sur le long terme, en dehors des situations de crise, en matière d'appui aux services ;

─ Enfin, ces campagnes visent souvent les institutions financières internationales pour que les budgets sociaux soient épargnés par les mesures d'ajustement structurel.

L'engagement de moyens pour un meilleur accès aux services peut également faire l'objet d'actions spécifiques de plaidoyer, visant notamment à :

- ─ Faire pression sur les pays pour respecter l'engagement des 0,7 % du PIB au profit de l'aide au développement et à l'annulation de la dette des pays en développement ;
- ─ Améliorer l'efficacité de l'aide et l'harmonisation des pratiques et efforts des bailleurs afin qu'au minimum 20 % de l'aide au développement soit destinée aux services essentiels.
- ─ Favoriser l'engagement financier sur du long terme de la part des bailleurs ;
- ─ Assurer un suivi des dépenses publiques et l'application des engagements pris par les états en terme de mise en place de services.

La lutte contre les politiques et pratiques qui viennent fragiliser le système des services ou qui entraînent une plus grande exclusion. Les politiques de libéralisation, de privatisation, l'affaiblissement des budgets sociaux, la fuite des cerveaux et des compétences, les droits de propriété intellectuelle, sont autant de sujet sur lesquels Handicap International peut être amené à se prononcer collectivement ou seul.

F.2

Illustrations d'interventions à plusieurs niveaux dans le secteur des services⁴⁸

NIVEAU POLITIQUE

ACTEURS

Projets de Handicap International au niveau politique, en partenariat avec les Autorités publiques.

- **Soutien à l'élaboration de politiques du handicap basée sur une approche sociale.**

- **> Kosovo 2000 - 2001**

- - Quasi substitution dans l'élaboration des politiques relatives à la rééducation physique.

- **Soutien à l'élaboration de politiques sectorielles inclusives**

- **> Politique des transports.**

- - Handicap International Belgique au Cambodge sur la politique de sécurité routière 2004 - 2008.

- **Soutien à la création de référentiels de compétences⁴⁹ pour des nouvelles professions** (souvent kinésithérapeutes, ergothérapeutes), de curriculums de formation, de dispositif d'accompagnement à l'insertion professionnelle et de promotion des professions.

- **> Formation des orthophonistes au Togo** pour l'Afrique subsaharienne francophone ; définition du référentiel orthoprothésistes niveau 2 ISPO,

- **> Indonésie** (en cours).

- **> Formation des spécialistes en rééducation médicale** (physique) en Albanie.

- **> Formation des techniciens orthoprothésistes**

- - Niveau 2 ISPO dans les Balkans.

- **Appui technique aux autorités publiques sur des projets spécifiques**, comme l'élaboration ou le soutien à des enquêtes nationales permettant une prise de décision éclairée.

- **> Enquête nationale en Afghanistan**

- en 2005 (national disability survey + élaboration d'une unité pédagogique pour la duplication de ce projet).

- **> Enquête nationale au Maroc** en 2004.

- **Projets au niveau Politique en partenariat**

- avec les prestataires de services

- - Formation des prestataires et professionnels sur l'environnement institutionnel, les politiques et les cadres législatifs, etc.

- **> Burkina Faso** projet CAPAS d'appui à l'école des cadres de santé publique.

- **> Monténégro, 2004 - 2008**

- - Développement du réseau des services à base communautaire.

- **> Balkans, 2007 - 2009**

- Développement de critères de qualité des services sociaux dans plusieurs des pays des Balkans.

- **Projets au niveau politique en partenariat avec les usagers et les personnes handicapées**

- - Soutien/formation des associations de personnes handicapées pour une participation à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques publiques.

- **> Balkans, 2004 - 2008**

- - Projets SHARE SEE puis SSEO sur l'accès aux services.

- **> Madagascar, 1998 - 2003**

- - Projet SAPESH.

48. Source : F. Flechenberg, A. Relandau, L. Bourgois, A. Jardin, Document de Discussion sur « Handicap International et l'accès aux services médico-sociaux des personnes en situation de handicap », Oct. 2008.

49. Un référentiel de compétences se présente sous la forme d'une liste, énumérant et précisant l'ensemble des compétences, des aptitudes, requises pour exercer une profession. Selon les contextes « standards occupationnels » est synonyme.

F.2

Suite

Handicap International développe des interventions à tous les niveaux et en relation avec l'ensemble des acteurs.

Une analyse rapide des projets développés par Handicap International permet de mettre en perspective les différents modes d'intervention développés par les programmes en fonction des acteurs en présence et des niveaux d'intervention.

NIVEAU SYSTÈME

ACTEURS

- **Projets de Handicap International au niveau du système en partenariat avec les autorités publiques.**
 - Soutien à l'élaboration et à la coordination d'un système des services (système de régulation, de contractualisation, etc.).

Kosovo 1999 - 2000
- Actions de plaidoyer pour la mise en place d'un système de régulation par les états.

Balkans 2004 - 2009
- Soutien à la définition et mise en place d'une stratégie de pérennisation du secteur de la réadaptation.
Exemple : Sierra Leone et Libéria (en cours),

Cambodge 2008 - 2011
Monténégro 2008 - 2009`
Réforme du système d'accès aux services d'éducation (gate-keeping).

Macédoine 2008 - 2009
Réforme globale du système de régulation des services sociaux (préparation du cadre législatif + mécanismes de mise en place).
- **Projets de Handicap International au niveau systémique en partenariat avec les prestataires de services**
 - Formation des prestataires dans le respect/a mise en place d'un système

Cap-Vert 2003 - 2013
Projets réadaptation.
- Coordination du système de référencement entre prestataires de services.

Burkina Faso 2003 - 2013
Projets réadaptation.
- **Projets de Handicap International au niveau du système, en partenariat avec les usagers/personnes handicapées.**
 - Soutien aux associations de personnes handicapées pour des actions de plaidoyer pour l'accès aux services.

Balkans 2005 - 2009
Projet SSEE0
(Social Services for Equal Opportunities).
- Soutien au système d'évaluation directe des services par les usagers.

Moyen Orient 2008 - 2012
Projet régional.
- **Projets de Handicap International transversaux au niveau systémique**
 - Mise en place ou renforcement du système de référencement, notamment en environnement complexe.

Sri Lanka 2006 - 2008
À la fois en zone de conflit et hors conflit.
- Soutien à la mise en place de politiques locales inclusives construites sur des nouveaux modes de collaboration entre acteurs.

Maroc - Souss Massadra
Projet DLI.

F.2

Suite

Cette analyse montre qu'Handicap International est capable d'intervenir à tous les niveaux et avec les différents acteurs dans des contextes géographiques variés.

NIVEAU SERVICE

ACTEURS

- **Projets de Handicap International au niveau des services en partenariat avec les autorités publiques**
 - Soutien à des prestataires de services publics.
 - Formation de professionnels du secteur public en charge de la prestation directe de services.
 - Accompagnement dans la reprise par les autorités publiques de structures privées de services médico-sociaux.
 - **Sri Lanka 2008 - 2011**
 - Transfert progressif du centre de réhabilitation physique de Batticaloa au ministère de la santé, et appui technique sur la mise en place de centre d'appareillage au sein des hôpitaux publics.
 - **Mali 2004 - 2009**
 - Projets PASORF et PIDERF en réadaptation.
- **Projets de Handicap International au niveau des services en partenariat avec les prestataires de services**
 - Prestation directe de service médico-social (substitution) la plupart du temps pour des services spécialisés et/ou des services de base, à travers des structures préexistantes.
 - **Cambodge**, centre para/tétraplégique.
 - **Kosovo, 1999**, centre réadaptation de Pristina, pendant la première année.
 - Fourniture de services de proximité, généralement en situation de conflit.
 - **Palestine**. Équipe de proximité Handicap International en lien avec un hôpital public.
 - Organisation de tournée itinérante pour l'appareillage.
- **Togo, Sénégal, Mali**
 - Fourniture de service par Handicap International via des partenaires.
- **Serbie 2000 - 2004**
 - Distribution d'aide à la mobilité/de kits d'hygiène via les hôpitaux et dispensaires.
- **Tchéchénie 2001 - 2007**
 - Renforcement de capacité des prestataires de services (ex: capacités organisationnelles; soutien à la mise en place de projets d'établissements, etc.).
 - Soutien aux initiatives et pratiques innovantes:
 - **Algérie** depuis 2004: Soutien aux espaces de socialisation.
 - **Russie** (Pskov) soutien aux services liés au logement autonome.
 - Soutien technique/Formation des professionnels pour l'amélioration des pratiques.
 - Etc.
- **Projets de Handicap International au niveau des services en partenariat avec les usagers/personnes handicapées**
 - Accueil et orientation des personnes handicapées vers les services existants
 - **Maroc**, projet CLIO.
 - Soutien aux personnes handicapées dans les actions de monitoring et évaluation des services à l'échelle communautaire.

F.3

Accès financier des personnes handicapées et vulnérables aux services dans les contextes difficiles

L'accès financier aux services est inscrit dans la stratégie 2010-2015 de Handicap International.

L'accès financier aux services : un droit, des devoirs pour les États

L'article 19 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées précise que « les États Parties à la présente Convention [...] prennent des mesures efficaces et appropriées [...] notamment en veillant à ce que [...] les personnes handicapées aient accès à une gamme de services ; [...] les services et équipements sociaux destinés à la population générale soient mis à la disposition des personnes handicapées ». L'article 24 portant sur l'éducation mentionne « un enseignement primaire inclusif, de qualité et gratuit ». L'article 25 relatif à la santé stipule que « les États Parties : fournissent aux personnes handicapées des services de santé gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et la même qualité que ceux offerts aux autres personnes ». Enfin l'article 28 stipule que « les États Parties reconnaissent le droit des personnes handicapées à la protection sociale [...] y compris des mesures destinées à : [...] assurer aux personnes handicapées [...] l'accès aux programmes de protection sociale et aux programmes de réduction de la pauvreté ; [...] lorsque celles-ci vivent dans la pauvreté l'accès à l'aide publique pour couvrir les frais liés au handicap, notamment les frais permettant d'assurer adéquatement une formation, un soutien psychologique, une aide financière ou une prise en charge de répit ».

Ces articles introduisent la notion de gratuité pour l'école primaire et les services de santé. Notons bien qu'une alternative à la gratuité est proposée pour les services de santé, celle des « coûts abordables ». Remarquons aussi que la qualité et la gamme de services proposés sont associées à la gratuité ou au

faible coût. De grands défis à relever pour les États ! Comment pouvons-nous, en tant qu'organisation de solidarité internationale accompagner les États dans leur prise de responsabilité vis-à-vis des droits des personnes handicapées ?

Coût des services et tarification

La première étape de la réflexion porte sur le coût des services.

Tout d'abord il s'agit de bien différencier les coûts et la tarification. Le calcul des coûts réels engagés pour produire un service, plus ou moins affiné selon la technique de calcul choisi relève des sciences comptables. Tandis que la tarification, qui peut être plus ou moins élaborée, est une politique de prix pour l'usager. Il s'agit d'un choix effectué, argumenté par des raisons diverses, sur le coût d'une prestation que le bénéficiaire va devoir payer pour obtenir. Le calcul des coûts est technique, la tarification est politique.

Pour le calcul des coûts il va falloir utiliser des outils mathématiques et comptables. La tarification, elle, n'est pas en lien direct avec le calcul. Ainsi, un service ou un État pourra décider d'avoir un tarif de base et des variantes selon des catégories d'âge (enfants, personnes âgées), de revenus (indigents) ou encore de statut social (veuf, veuve...). Une politique de gratuité, une carte d'exemption, un bon de prise en charge sont des modalités de la tarification tout comme un pourcentage de réduction appliqué dans certaines conditions.

Tout service a un coût. Qui va payer ce coût et donc comment sont financés les services ?

Financement des services

La plupart du temps, les services et même les services publics ont diverses sources de financements. Il peut y avoir cofinancement entre : État, usagers, coopération



bilatérale ou multilatérale, ONG locales ou internationales, organismes religieux, entreprises privées, etc. Différentes modalités sont présentées dans ce guide (Cf. outil 1.A.3 ; tableau 2).

La multiplication des financeurs ne nuit pas, bien au contraire. La dépendance vient de leur raréfaction. Plus elles sont nombreuses, plus l'autonomie pourra grandir. Inciter nos partenaires à multiplier leurs financeurs et les accompagner dans la gestion de ces financeurs est donc une excellente façon de les conduire vers une autonomie recherchée.

Il est possible de se représenter le financement des services comme un panier dans lequel on va regarder tous les fruits présents, repérer leur nature et les dénombrer. Le calcul des coûts permet d'établir la dimension du panier. On peut par exemple définir une dimension souhaitable pour un nombre et une qualité déterminé de prestations (ou de fruits). On va ensuite repérer qui peut mettre quel fruit dans le panier et combien de ces fruits. Ce n'est pas à l'utilisateur de tout mettre et de toute façon il ne le peut pas ! Ainsi dans beaucoup de services publics de réadaptation d'Afrique de l'Ouest cette analyse va permettre de constater que l'État finance les salaires, l'eau, l'électricité et est propriétaire du terrain et des bâtiments. Mais on va aussi constater la part payée par les usagers et celles payées par les ONG ou d'autres financeurs. Nos partenaires sont souvent très surpris lors de cette analyse car ils n'avaient pas une vision réelle du nombre de leurs partenaires et des parts prises en charge par chacun.

La notion du budget d'un service cofinancé par divers acteurs est à utiliser aussi bien pour constater l'existant que pour projeter le futur envisagé.

Après avoir regardé comment les services sont financés, c'est-à-dire être allés du côté de l'offre, regardons maintenant comment l'accès financier aux services peut être considéré du côté de la demande c'est-à-dire des usagers.

Du côté de la demande : gratuité versus paiement à l'acte

Deux grandes modalités semblent s'affronter à première vue : la gratuité et le paiement à l'acte.

Dans le domaine de la santé, pour les pays à faibles revenus, l'initiative de Bamako a prôné le « recouvrement des coûts » des services de santé de base afin de leur donner plus d'autonomie et a institué des comités de gestion locaux. Le soutien à l'initiative de Bamako a été massif de la part des bailleurs de fonds jusqu'aux années 2000. Même si une analyse plus poussée montre qu'au-delà du soutien politique clair, les choix techniques n'étaient pas forcément orientés vers le paiement à l'acte. Ainsi la coopération française soutenue par le Ministère des Affaires Étrangères a plutôt financé le prépaiement comme les mutuelles ou assurances que le paiement lui-même. Le système de paiement à l'acte permet de générer des ressources pour :

- Améliorer la qualité (existence de consommables et équipements) ;
- Augmenter les salaires ;
- Couvrir les frais de fonctionnement.

Il est souvent suivi de résultats positifs s'il est associé au suivi de la qualité.

Cependant, après l'application de ce modèle on a souvent constaté une diminution de la fréquentation des services, une augmentation des barrières d'accès, un endettement des ménages les poussant parfois à la faillite...

Les résultats de la recherche et le plaidoyer de certaines ONG ont ensuite fait basculer l'opinion vers la gratuité. De nos jours, de nombreux organismes internationaux préconisent largement que certains

F.3

Suite

services à fonction très fortement sociale et inscrits dans les droits élémentaires soient totalement gratuits comme la santé (soins primaires dont font partie les soins de rééducation) et la scolarité. En effet, moins un service est cher, plus il sera accessible à tous y compris aux plus démunis. La convention des Nations Unies citée plus haut est le reflet de cette pensée.

Aujourd'hui, dans le domaine de la santé, le soutien à la gratuité pour les soins de base des enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes est un consensus largement partagé par de nombreux acteurs et prôné par l'OMS dans son rapport annuel 2010. Ce mouvement est incité par le souhait de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Les ressources étant rares, les énergies et les compétences se fédèrent actuellement autour de ce consensus fort. Il s'agit là d'un élément à prendre en compte dans le développement de projets concernant la santé maternelle et infantile et la détection précoce au sein de Handicap International.

La gratuité universelle c'est-à-dire pour tous les soins n'est elle, pas consensuelle. Par exemple, l'option actuelle de la coopération Française est la promotion de la mise en place de plans nationaux de financement de la santé qui incluent des systèmes de couvertures maladies dans lesquels la gratuité trouve une place. Suite au G8 de 2007, l'Allemagne, la France et la Suisse ont mis en place le projet « P4H » avec la Banque Mondiale, l'OMS et l'OIT. Un nouveau projet de soutien à l'UEMOA (Union Économique Monétaire Ouest Africaine) pour un soutien dans la définition de la politique de financement de la santé des États qui le souhaitent a débuté en 2011.

La gratuité est donc de plus en plus vue comme un outil d'une politique publique de couverture maladie universelle vers laquelle

tous les États tendraient. Les autres outils seraient l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie volontaire dont font partie les mutuelles de santé par exemple. Cependant, que penser des effets de l'exemption de paiement sur les usagers ? Les services gratuits sont-ils réellement plus fréquentés, accessibles et utilisés par tous ? Des recherches ont montré l'impact fort de la gratuité sur la fréquentation des services à court et moyen terme et souvent sans perte de qualité des soins. Certaines recherches ont aussi montré que « les interventions visant l'exemption du paiement des soins et la subvention par un tiers payeur [...] profite à toutes les catégories de la population sans renforcer les inégalités d'accès aux soins de santé ».⁵⁰

À la recherche de l'équité

Cependant, la gratuité n'implique pas l'équité ou plutôt ne suffit pas à ce que tous aient un accès équitable aux services. Parmi les raisons possibles aux difficultés d'accès aux services nous pouvons citer :

- Le coût pour l'utilisateur d'un soin de santé ou de réadaptation est bien supérieur au coût du soin lui-même. Au Burkina Faso, on estime à au moins 60% les coûts non médicaux d'un accouchement par rapport au coût total. Les transports, le logement, la nourriture, la garde des enfants, la délégation du travail font partie des nombreux coûts indirects d'un soin.
- Le niveau d'information, de sensibilisation c'est-à-dire les barrières socioculturelles
- L'éloignement géographique, le manque de services de soutien, les barrières physiques et de communication, l'attitude des usagers ou de leur entourage... Handicap International qui a pour vocation d'œuvrer pour les plus vulnérables et les personnes handicapées se doit de

50. Ridde, V. et Queille L. (2010) L'exemption de paiement : un pas vers l'accès universel aux soins de santé, Expériences pilotes au Burkina Faso, 44 pages. Publication téléchargeable sur les sites de l'Université de Montréal et des ONG HELP et Terres des Hommes.

rechercher l'équité dans l'accès financier aux services. Cette valeur conduit nos choix en matière d'accès financier aux services. Les bénéficiaires de Handicap International ont des spécificités qu'il convient de cerner. À cela s'ajoutent celles des services de réadaptation vers qui va une part importante de nos actions.

Spécificités des bénéficiaires de Handicap International et de la réadaptation

Du point de vue des :

- Bénéficiaires, usagers des services : lien fort entre pauvreté et handicap, risque avéré d'avoir besoin de certains soins, discriminés, mal informés, peu lettrés, peu ou pas d'assurances liées au travail formel, autodépréciation...
- Prestataires : soins coûteux, de longue durée, variété des prestataires : publics et privés ; services ordinaires : hôpitaux ; services spécifiques : centres ; services de support : ateliers d'aides à la mobilité...
- Autorités publiques : peu informés, préjugés, autres priorités...

Recherche de solutions

Au vu de ces spécificités et des modalités du financement de la santé pour l'accès des personnes handicapées et vulnérables dans les contextes difficiles aux services et plus particulièrement aux services de réadaptation, nous pouvons penser que :

- Les exemptions et la gratuité montrent des limites, ne sont pas équitables et pas efficaces ;
- Les mutuelles de santé et assurances ne conviennent pas pour des soins coûteux dont on est sûrs qu'ils vont être nécessaires ;
- Les Fonds Équitables en Réadaptation (FER) basés sur le principe des fonds équitables en santé (health equity funds) sont une proposition de paiement qui semble adaptée aux personnes handicapées et vulnérables dans les contextes difficiles et aux soins de réadaptation. En proposant un système de tiers-payant qui vient

injecter des financements dans le système des services, ils permettent d'allier coûts abordables pour l'utilisateur, augmentation des prestations et des financements reçus pour les services avec un maintien de la qualité et permettent aux États de remplir leur fonction d'assurer le droit à des services ouverts à tous⁵¹.

Éléments pour l'action

- Analyser finement le contexte ;
- Travailler au niveau d'une région, d'un district avant le niveau national ;
- Penser les projets en recherche-action en partenariat avec université ou consultants ;
- Calculer les coûts ;
- Accompagner les politiques de tarification des services ;
- Informer, former les acteurs au financement des services ;
- Faire inscrire la réadaptation fonctionnelle dans les Programmes Nationaux de Développement de la Santé et dans les stratégies nationales de réduction ; de la Pauvreté ou autres politiques publiques
- Développer des partenariats avec les mutuelles de santé existant dans nos contextes d'intervention pour les services de santé ordinaires des personnes handicapées et vulnérables ;
- Favoriser l'émergence de Fonds Équitables en Réadaptation dans le cadre de recherche-actions ou orienter des fonds de solidarité existants vers la réadaptation ;
- Développer des contacts avec les assurances pour la prise en charge des frais spécifiques.

51. Comment améliorer l'accès aux soins de réadaptation pour les plus pauvres ? Évaluation de 3 Fonds d'Équité mis en œuvre par Handicap International au Rwanda, Mali et Togo, B. Gerbier, R. Botokro, Handicap International, 2009, langue française et anglaise.

F.4

Les mécanismes de régulation

Suite aux expériences du programme Balkans, un document de travail a été réalisé par Handicap International en 2006, expliquant le rôle des mécanismes de régulation dans la prestation de services pour les personnes handicapées⁵². Il a été aussi repris et complété dans le rapport régional « Shifting the Paradigm in Social Service Provision: Making Quality Services Accessible for People with Disabilities in South East Europe »⁵³ (pages 32-43).

Les mécanismes de régulation sont des processus et procédures visant le contrôle, coordination et amélioration des services. Généralement ils sont élaborés au niveau national et implémentés au niveau local. Un bon cadre de régulation conduit à l'amélioration significative de l'accès des usagers aux services identifiés comme nécessaires.

La figure ci-contre présente un exemple typique de cadre de régulation en Europe.

Les mécanismes de régulation sont partout les mêmes :

- évaluation des besoins,
- référencement,
- accréditation des prestataires et des services,
- contractualisation,
- financement des services,
- suivi et évaluation des services,
- collectes de données et analyses statistiques (au niveau local et/ou national)
- ainsi que les procédures de régulation établies à l'intérieur des services.

Ce qui diffère est plutôt la manière d'organiser concrètement ces procédures et de les attribuer aux différents agents de régulation (autorités publiques, organismes délégués, etc).

52. Ensuring the Access of People with Disabilities to Social Services: the need for regulatory mechanisms in South East Europe, Chiriacescu D., Handicap International, 2006, www.disabilitymonitor-see.org
53. Chiriacescu D., Disability Monitor Initiative, Handicap International, Sarajevo, 2008, www.disabilitymonitor-see.org

Les types de blocs utilisés :

Les blocs grisés représentent les mécanismes de régulation du service.

Bloc de décision

Bloc de procédure ou de processus

Bloc d'évaluation

Les lignes continues représentent des situations ordinaires. Celles en pointillés représentent une situation exceptionnelle

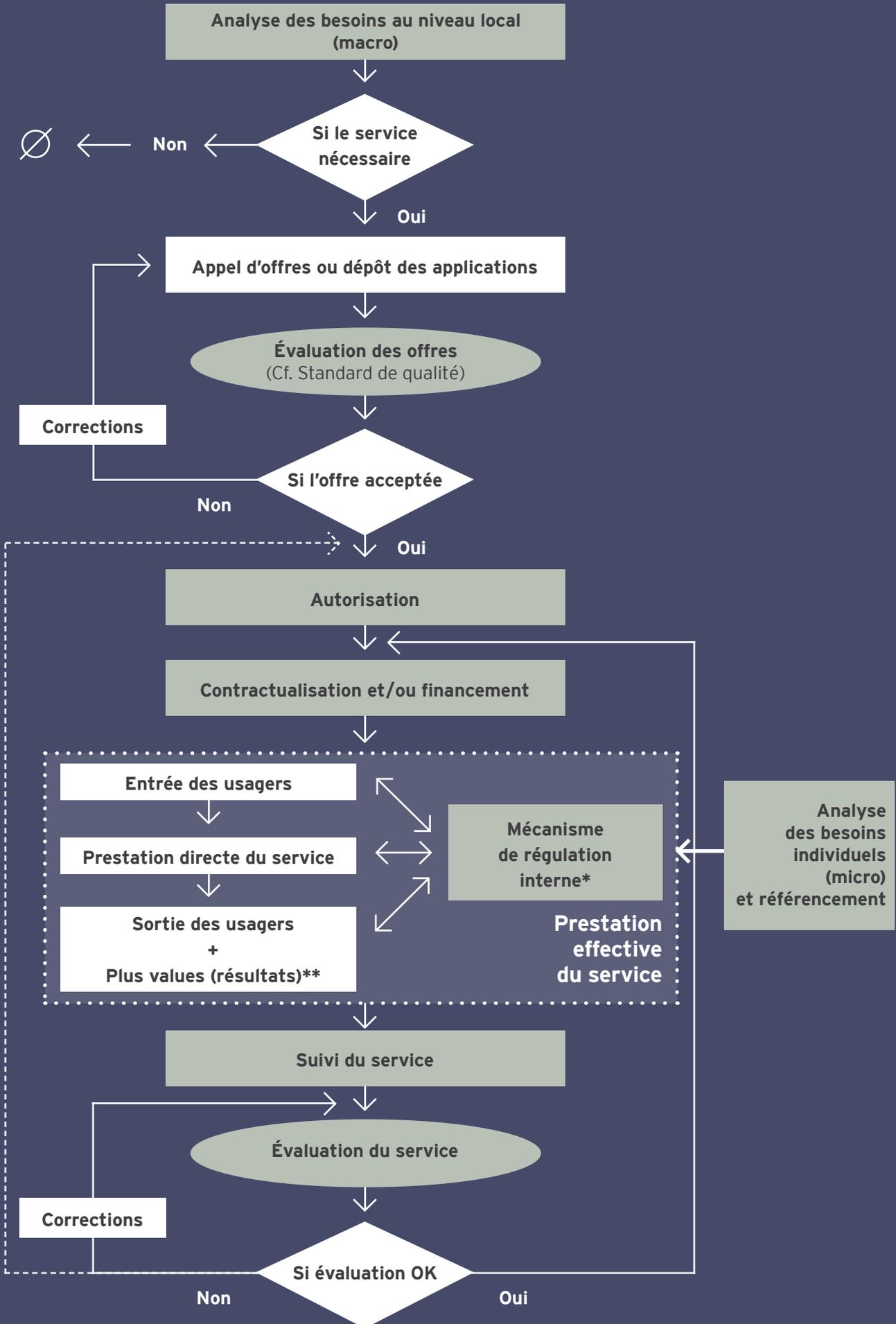
*

Les mécanismes internes de régulation sont tous les instruments et procédures élaborés au sein d'une organisation, du niveau de la direction, en vue de garantir l'efficacité et la continuité du service : des procédures financières, auto-évaluations, règlements internes, chartes éthiques, etc. Ils doivent être aussi liés aux standards existants pour le domaine des services.

**

Les résultats ou les plus values de l'intervention auprès de l'utilisateur peuvent être :

- la satisfaction de l'utilisateur ;
- une amélioration d'ordre fonctionnel, social, etc.
- une aide technique ;
- une amélioration dans le niveau éducationnel ou de formation ;
- des nouvelles compétences pour l'utilisateur ;
- une meilleure participation à la vie sociale ;
- une amélioration des conditions de vie, etc.



Lexique

Aides Techniques

Par aide technique on entend tout support (non humain) aidant à la réalisation des habitudes de vie tel que les aides à la mobilité (fauteuil roulant, canne, tricycle...), les aides au positionnement (chaises spéciales, verticalisateurs...), les prothèses, orthèses et chaussures orthopédiques, les aides à la vie quotidienne (couverts adaptés, siège de douche, poignées...) les aides à la vision (livres en gros caractères, cannes blanches, Braille, écrans informatiques...), les aides pour l'écoute (téléphones amplifiés, systèmes visuels, appareils auditifs...), les aides à la communication (tableau de communication...), les aides cognitives (listes, agenda...). Par aide humaine on entend toute personne aidant à la réalisation des habitudes de vie (parents, amis, personnel médical, etc.); par aménagement : toute modification de l'environnement pour faciliter la réalisation des habitudes de vie : rampe d'accès, porte élargie, etc.

Contracter les services sociaux

Processus utilisé par les autorités publiques pour établir un contrat avec le prestataire de services (public ou privé), afin de fournir des services pour lesquels l'État reste garant.

Décentralisation

Processus de transfert des responsabilités, des capacités et des ressources, du niveau central de l'État (gouvernement, agences centrales) vers les autorités et décideurs locaux (principalement au niveau des municipalités).

Désinstitutionnalisation

Changement de cadre de prestation de services pour les personnes handicapées : des institutions résidentielles de grande capacité vers des services intégrés dans la communauté locales, centrés sur les besoins de la personne.

Mécanismes de régulation des services

Les mécanismes de régulation sont des processus et procédures visant le contrôle, la coordination et l'amélioration des services. Généralement ils sont élaborés au niveau national et mis en place au niveau local. Un bon cadre de régulation conduit à l'amélioration significative de l'accès des usagers aux services identifiés comme nécessaires.

Services au niveau de la communauté

Services rendus à la communauté locale et organisés en partenariat avec (ou par) les membres de la communauté, avec la participation des usagers dans la priorisation des besoins, la planification et l'évaluation des services.

L'auto-appréciation ou l'introjection au handicap

Certaines personnes handicapées deviennent fatalistes. Mais comment peuvent-elles s'autoriser à penser à une amélioration de leur condition alors qu'elles « s'auto-déprécient » ? D'après Paolo Freire, l'auto-dépréciation résulte de « l'introjection » que ces personnes font du jugement porté sur elles par les autres.

Services sociaux pour les personnes handicapées

Services sociaux (à la fois spécifiques et ordinaires) qui contribuent à la mise en place des droits sociaux fondamentaux et à l'égalisation des chances pour les personnes handicapées.

Welfare mix

Un modèle de prestation de services pour les personnes handicapées qui prend en compte la pluralité des prestataires (publics, privés, à but ou non lucratifs) ainsi que les politiques et mécanismes qui permettent le fonctionnement efficace de cette pluralité des prestataires.



Bibliographie de référence

Pour des informations complémentaires sur l'expérience de handicap international dans le secteur des services pour les personnes handicapées.

- *Guide pratique pour l'aide à la mise en place d'un Centre Local d'Information et d'Orientation (CLIO), Modélisation d'une expérience de CLIO à Salé (Maroc),* Juillet 2007, Eric Plantier-Royon, RT Développement local inclusif, Langue anglaise et française.
- *The Right to Live in the Community: Making it Happen for People with Intellectual Disabilities in Bosnia and Herzegovina, Montenegro, Serbia and Kosovo,* Adams L. Disability Monitor Initiative, Handicap International, Sarajevo, 2008, www.disabilitymonitor-see.org
- *Bonnes pratiques pour l'insertion économique des personnes en situation de handicap dans les pays en développement. Mécanismes de financement pour l'auto-emploi.* Handicap international, 2006. Lyon <http://www.handicap-international.fr/uploads/media/bonnespratiques.pdf>
- *Executive summary report national disability survey in Afghanistan,* Handicap International, Islamic republic of Afghanistan, 2005.

Pour approfondir la partie Principes et repères du guide.

- *Handicap International et l'accès des personnes en situation de handicap aux services sociaux - document de discussion,* Franck Flachenberg, Audrey Relandeau, Alice Jardin, Louis Bourgois, Handicap International, Octobre 2008.
- *Conditions de vie des personnes en situation de handicap au TOGO: enquête dans 30 communautés du TOGO, Rapport d'étude,* Juin 2007, Handicap International.
- *Garantir l'accès des personnes handicapées à des services sociaux de qualité dans les pays en développement à revenu intermédiaire,* Charlotte Axelsson, document de travail, Handicap International 2007.
- *Enquête Nationale sur le Handicap au Maroc,* Secrétariat d'État chargé de la famille, de l'enfance, des personnes handicapées, Royaume du Maroc avec le soutien de la Communauté Européenne, 2004.
- *Living conditions among people with activity limitations in Zambia, a national representative study,* SINTEF A262 Report, Septembre 2006.
- *Classification québécoise: processus de production du handicap,* Fougeyrollas p. Et al., 1998. Québec ripph/sccidih.
- *Rapport 2003 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde,* ORSMIP, édité en 2004, hors série n°1.

- *Taking a Step Forward: Views from Stakeholders on Disability Policies and Services in Egypt, Jordan and Lebanon.* Working Paper. AXELSSON C. AND SHARKAWY G., 2006. Amman: Handicap International Middle East Regional Office.
- *Comprendre les approches communautaires du handicap dans le développement (CAHD).* Handicap International, 2001. France: Handicap International et CBM. http://www.handicap-international.fr/bibliographie-handicap/4PolitiqueHandicap/niveau_local_communautaire/rbc_cahd/CAHDFr.doc
- *Beyond De-institutionalization: the Unsteady Transition towards an Enabling Society in South East Europe.* Adams L., Axelsson C., Granier P., Disability Monitor Initiative Handicap International, 2004. Belgrade: Handicap International South-East Europe Regional Office, www.disabilitymonitor-see.org
- *Shifting the Paradigm in Social Service Provision: Making Quality Services Accessible for People with Disabilities in South East Europe,* Chiriacescu D., Disability Monitor Initiative, Handicap International, Sarajevo, 2008, www.disabilitymonitor-see.org
- *Free Movement of People with Disabilities - an inaccessible right ?* Adams L., Sestranetz R., Disability Monitor Initiative, Handicap International, Sarajevo, 2008, www.disabilitymonitor-see.org
- *Guide méthodologique « Comment réaliser un diagnostic local participatif sur la situation des personnes handicapées et leur degré de participation citoyenne »* Eric Plantier-Royon RT Développement local inclusif, Langue anglaise et française.
- *Capacity Development and Partnership. Overview and Methodology. Guide for the staff of Handicap International,* Stefanie Ziegler, Handicap International, Munich, Germany, 2008.
- *Actualisation des champs d'actions de Handicap International - Novembre 2009,* Lyon: Handicap International.
- *Rethinking Care from the Perspective of Disabled People.* Conference Report and Recommendations, Colin Barnes, WHO, June 2001.
- Paulo Freire, *Pédagogie des opprimés,* La découverte/Maspero, 1983.
- *Agenda 22, Disability policy planning instructions for local authorities,* The Swedish Co-operative Body of Organisations of Disabled People, 2001.
- *Impact des soins de réadaptation sur l'insertion sociale des personnes handicapées au Togo: enquête auprès de 30 personnes amputées de membre inférieur,* Y. Tublu, R. Botokro, F. Flachenberg, C. Mésenge. Handicap International, 2009.
- *Community based rehabilitation, CBR Guidelines.* OMS, UNESCO, ILO, IDDC, 2010.
- *Approaches to Improving the Delivery of Social Services in Difficult Environments.* C. Berry, A. Forder, S. Sultan, M. Moreno-Torres. Document de travail. UK DFID, 2004.

Bibliographie de référence

À propos de la qualité des services.

- ─ *La qualité dans les services sociaux - document de positionnement*; Commission Européenne - Disability High Level group http://ec.europa.eu/employment_social/index/final_mainstreaming_en.pdf
- ─ *Memorandum on a European Quality Principles Framework EQFP*. Communication. EASPD, December 2006. Brussels: EASPD (European Association for Service providers for persons with disabilities) (www.easpd.eu)
- ─ *Promoting person-centered care at front line*, <http://www.jrf.org.uk/knowledge/findings/socialcare/pdf/0296.pdf>
- ─ *User's involvement in social services - Final report of the activity carried on in 2003-2004* (Council of Europe). Brian Munday, 2004, www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialrights/source/2004finalSocServ_en.doc
- ─ *Quality of social and health services - the Social NGOs' recommendations to EU decision makers - position paper adopted by the Social Platform Steering Group*, 6 June 2008 http://cms.horus.be/files/99907/MediaArchive/Policies/Services_of_General_Interest/08-06-26%20Final%20common%20position%20on%20quality%20social%20and%20health%20services.pdf
- ─ *Improving Standards of Child Protection Services - A Concept Paper*, Bilson A. and Gotestam R., 2003. Florence: UNICEF Innocenti Centre and World Bank.
- ─ *Projet d'établissement des structures à caractère médicalisé, éducatif et/ou social de la région Maghreb*, Handicap International, 2007. Cahier thématique n° 5, Mars 2007, Maroc: Handicap International Maroc/Tunisie.

La prestation de services en environnement complexe.

- ─ *Approaches to Improving the Delivery of Social Services in Difficult Environments* Berry C., Forder A., Sultan S. and Moreno-Torres M., 2004. PRDE Working Paper 3, UK: DFID.
- ─ *Accès aux services sociaux en cas de désastre: Interventions sociales pour des populations vulnérables*, Zakour Michael J. (1); Harrell Evelyn B. (2) *Journal of social service research*. ISSN 0148 - 8376, 2003.
- ─ *Dans l'intérêt du public: santé, éducation, eau et assainissement pour tous*, OXFAM ET WATERAID, 2006. Oxford: Oxfam International. http://www.oxfam.org/fr/files/bp_public_interest_full/download
- ─ *Accès aux services pour les personnes handicapées dans les contextes difficiles: compléments au séminaire tenu à Amman (Jordanie)*, Lyon: Handicap International, 201075 p.

Autres documents de référence externes.

- *Disability, Poverty and Development.* Department for International Development (DFID), 2000. UK: DFID.
<http://www.dfid.gov.uk/pubs/files/disability.pdf>
- *Rapport sur le développement dans le monde. Mettre les services de base à la portée des pauvres.* Banque Mondiale, 2004. Washington: Oxford University Press.
- *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study* (coord. By Jim Mansell) www.ec.europa.eu/employment_social/index/vol1_summary_final_en.pdf
- *Disability mainstreaming in the new streamlined European social protection and inclusion processes,* Disability High Level Group, discussion paper.
http://ec.europa.eu/employment_social/index/good_practis_en.pdf
- *First Report of the Disability High Level Group (EU) on the Implementation of the UN Convention,* May 2008.
http://ec.europa.eu/employment_social/index/political_note_accessible_en.pdf
- *Literature Review of Non-State Providers of Basic Services,* Moran D. And Batley R., 2004. International Development Department. School of Public Policy. UK: University of Birmingham.
- *A Note on Disability Issues in the Middle East and North Africa.* World Bank, 2005. Human Development Department Middle East and North Africa Region: World Bank.
http://www.urban.org/UploadedPDF/410871_ContractingwithNGOs.pdf
- *Rapport sur le développement dans le monde. Équité et développement,* Banque mondiale, 2006. Washington: Banque mondiale.
<http://siteresources.worldbank.org/INTTUNISIAINFRENCH/Resources/WDR2006overview-fr.pdf>

- *Joint position paper on CBR 2004,* World Health Organisation (WHO), 2004. Geneva: WHO.
<http://www.ilo.org/public/english/employment/skills/download/jointpaper.pdf>
- *Study on Social and Health Services of General Interest in the European Union,* Huber M., Maucher M., Sak B., European Commission, Dg Employment, Social Affairs And Equal Opportunities.



Fin de la partie Boite à Outils.

Crédits photographiques

Couverture

© M. De Backer/Handicap International.

Page 10

© DLVT/Handicap International.

Page 32

© Open The Windows, Macédoine.

Avec leur aimable autorisation d'utilisation.

Page 52

© R. Botokro/Handicap International.

Éditeur

Handicap International

14, Avenue Berthelot

69361 Cedex 07

Imprimeur

Vassel Graphique

Boulevard des Droits de l'Homme

Allée des Sorbiers

69672 BRON Cedex

Achevé d'imprimer en Mars 2011.

Dépôt légal : Mars 2011.





L'accès aux services pour les personnes handicapées

«Rendre disponible, adaptée et accessible l'offre des services dans nos secteurs d'activité» représente une des finalités des actions de Handicap International.

Ce guide d'aide à la décision des programmes s'articule autour d'une vision «systémique» des services incluant la politique d'un pays ou d'un secteur, la pratique et la vie des personnes. Ce guide contient trois parties.

- Les Principes et Repères établissent la base d'une vision commune des principaux déterminants d'accès aux services.

Un panorama des éléments d'analyse pour le secteur des services pour les personnes handicapées est ensuite élaboré.

- Le guide pratique partie présente des étapes à suivre dans la planification au niveau d'un programme. Elles aident à définir des paramètres d'analyse et de décision pour mettre en place des projets efficaces et pertinents.

- La boîte à outils propose des outils concrets et de fiches pratiques qui permettent de mettre en application les différentes techniques proposées dans le guide pratique.

HANDICAP INTERNATIONAL
14, avenue Berthelot
69361 LYON Cedex 07

T. +33 (0) 4 78 69 79 79

F. +33 (0) 4 78 69 79 94

contact@handicap-international.org