Quand les rôles s'inversent : les personnes handicapées au service de la santé sexuelle et reproductive au Bénin

AVOCE Josephat [1,*], GNANGUENON Montcho Faustin[1], ACHADE Sènoudé Germaine Pulchérie[1], AGBOKO Towanou Jonas[1], SOKE Tchitcha Raphaël[1] et AMOUZOUVI Dodji Alexis Hippolyte[2]

[1] Organisation pour le Service et la Vie (OSV), Cotonou, Bénin

[2] Laboratoire d'Analyse et de Recherche, Religions, Espaces et Développement, Université d'Abomey-Calavi (LARRED/UAC)

** Auteur correspondant : AVOCE Josephat, javoce@osvjordan.org Directeur Général, Organisation pour le Service et la Vie (OSV), Cotonou, Bénin.*

Résumé

Cet article analyse une initiative de l'Organisation pour le Service et la Vie (OSV), soutenue par l'UNFPA, dans laquelle des personnes handicapées sont formées comme pairs éducateurs pour sensibiliser aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) au Bénin. À partir d'un cadre mixte (entretiens, observations, groupes de discussion, enquêtes pré- et post-intervention et statistiques de fréquentation), il documente comment cette inversion des rôles - de bénéficiaires à éducateurs - améliore l'accès aux services, l'inclusion sociale et la perception du handicap. Entre 2022 et 2023, 123 personnes handicapées ont été formées dans huit communes ; en 2026, l'approche s'est approfondie par la délégation de tâches, avec la formation de 60 personnes handicapées et vulnérables à l'auto-injection du DMPA-SC. Les résultats indiquent une hausse de 108 % de la fréquentation, des perceptions positives passées de 40 % à 70 % et des comportements discriminatoires réduits de 60 % à 30 %, contribuant aux ODD 3, 5 et 10.

Abstract

This article analyses an initiative by the Organisation pour le Service et la Vie (OSV), supported by UNFPA, in which persons with disabilities are trained as peer educators to raise awareness of sexual and reproductive health (SRH) services in Benin. Using a mixed framework (interviews, observations, focus groups, pre- and post-intervention surveys and attendance statistics), it documents how this reversal of roles - from beneficiaries to educators - improves access to services, social inclusion and the perception of disability. Between 2022 and 2023, 123 persons with disabilities were trained in eight municipalities; in 2026, the approach deepened through task-shifting, with 60 persons with disabilities and at-risk persons trained in DMPA-SC self-injection. Results indicate a 108% increase in SRH service attendance, an improvement in positive perceptions from 40% to 70% and a reduction in discriminatory behaviour from 60% to 30%, contributing to SDGs 3, 5 and 10.

Mots clés : *santé sexuelle ; inclusion sociale ; personnes handicapées ; éducation par les pairs ; Bénin*

Keywords: *sexual health; social inclusion; persons with disabilities; peer education; Benin*

Introduction

Au Bénin, les personnes handicapées sont souvent perçues comme des bénéficiaires passifs de l'assistance sociale et des soins. Marginalisées dans la vie économique et sociale, elles le sont également dans les politiques de santé publique, où leur rôle se limite le plus souvent à celui de destinataires de services. Un programme novateur, mené par l'Organisation pour le Service et la Vie (OSV) en partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), a pourtant renversé ces rôles traditionnels. Dans cette initiative, les personnes handicapées deviennent des actrices de la sensibilisation, formées pour promouvoir les services de santé sexuelle et reproductive (SSR) au sein de leurs communautés. Le programme vise non seulement à améliorer l'accès à ces services essentiels pour des populations vulnérables, mais aussi à redéfinir les perceptions sociales du handicap.

L'importance de ce programme réside dans son approche inclusive, qui encourage les personnes handicapées à devenir des leaders communautaires et des agents du changement. Dans un contexte béninois où l'accès aux services SSR et à la planification familiale (PF) demeure limité pour de nombreux groupes marginalisés, cette initiative contribue à l'atteinte des Objectifs de développement durable (ODD) 3 (bonne santé et bien-être), 5 (égalité entre les sexes) et 10 (réduction des inégalités). L'inclusion des personnes handicapées dans la santé sexuelle et reproductive relève d'un impératif de droits humains autant que d'un enjeu de santé publique : tant que ce groupe demeure exclu, l'objectif d'une couverture sanitaire universelle reste hors d'atteinte. Sur le plan théorique, l'initiative se laisse lire à la lumière du modèle social du handicap, qui déplace l'origine du handicap des seules déficiences individuelles vers les barrières sociales, matérielles et attitudinales qui entravent la participation (Oliver, 1990), et d'une approche fondée sur les droits et les capacités, attentive à la possibilité effective pour chacun d'agir sur sa propre vie (Nussbaum, 2006). En documentant une initiative qui transforme les personnes handicapées en actrices de la santé, le présent article entend proposer un modèle reproductible et nourrir la réflexion sur l'inclusion en Afrique de l'Ouest. Il examine le fonctionnement du programme, les rôles et les contributions des personnes handicapées, ainsi que l'impact de cette approche sur les communautés, en intégrant l'approfondissement récent qu'a constitué, en 2026, la formation de personnes handicapées à l'auto-injection d'un contraceptif.

Contexte : handicap et santé sexuelle et reproductive

Les personnes handicapées comptent parmi les groupes les plus exposés aux inégalités d'accès à la santé. La Convention relative aux droits des personnes handicapées consacre leur droit à la santé sexuelle et reproductive sur la base de l'égalité avec les

autres (Organisation des Nations Unies, 2006), et le Rapport mondial sur le handicap a documenté l'ampleur des obstacles qu'elles rencontrent (Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, 2011). En Afrique subsaharienne, ces obstacles sont multiples : infrastructures physiques inadaptées, absence de supports accessibles, déficit d'information, coût des déplacements et, surtout, stigmatisation et préjugés qui présument à tort que les personnes handicapées seraient asexuées ou non concernées par la planification familiale. Cette présomption relève de ce que Goffman (1975) a décrit comme un stigmate : un attribut disqualifiant qui réduit la personne à sa seule déficience et l'exclut de la pleine participation sociale. Le modèle social du handicap invite précisément à déplacer le regard de la déficience individuelle vers ces barrières socialement construites (Oliver, 1990).

Ces préjugés produisent une double exclusion. D'une part, les personnes handicapées accèdent difficilement aux services SSR, faute d'adaptations et en raison d'attitudes discriminatoires des prestataires comme de la communauté. D'autre part, elles sont rarement considérées comme des contributrices potentielles à la santé publique, ce qui les prive d'un rôle social valorisant. Au Bénin, ces obstacles se déploient dans un contexte où l'accès aux services SSR demeure globalement limité et où les besoins non satisfaits en planification familiale restent élevés (INSAE et ICF, 2019). Les personnes handicapées y cumulent les désavantages : à la barrière commune de l'éloignement et du coût s'ajoutent l'inaccessibilité des bâtiments, l'absence de supports adaptés et des attitudes parfois condescendantes ou infantilisantes. Ces facteurs se traduisent par un moindre accès à l'information, au dépistage, à la contraception et à la prise en charge des violences, alors même que les personnes handicapées y sont particulièrement exposées - les jeunes en situation de handicap, et singulièrement les jeunes femmes, subissant un risque accru de violences basées sur le genre et un accès plus

restreint à leurs droits en matière de reproduction (UNFPA, 2018). Reconnaître et lever ces obstacles relève d'une obligation internationale autant que d'un impératif d'équité. C'est à cette double exclusion que le programme entend répondre, en faisant des personnes handicapées non plus seulement des bénéficiaires de services adaptés, mais des actrices de la sensibilisation et, à terme, de leur propre prise en charge.

Méthodologie

L'étude mobilise un cadre d'évaluation mixte. Le volet qualitatif repose sur des entretiens semi-directifs avec des pairs éducateurs et des responsables de santé, des groupes de discussion et des observations directes dans les communautés impliquées. Le volet quantitatif s'appuie sur des enquêtes pré- et post-intervention auprès des membres des communautés et des pairs éducateurs, ainsi que sur des statistiques de fréquentation des services SSR. Cette combinaison permet de saisir à la fois les évolutions mesurables - utilisation des services, perceptions - et les mécanismes du changement, tels qu'ils sont vécus et exprimés par les acteurs. La triangulation entre données chiffrées, observations de terrain et récits des participants renforce la validité des constats et éclaire le « comment » au-delà du « combien ». Une attention particulière a été portée au point de vue des personnes handicapées elles-mêmes, afin de ne pas réduire l'évaluation à une mesure externe et d'intégrer leur expérience comme une source de connaissance à part entière.

L'analyse porte sur deux moments complémentaires de l'initiative. Le premier, conduit entre 2022 et 2023, a vu la formation de 123 personnes handicapées comme pairs éducateurs dans huit communes, autour de la sensibilisation aux services SSR/PF inclusifs. Le second, en 2026, a approfondi l'approche par la délégation de tâches, avec la formation de personnes handicapées et de personnes à risque de vulnérabilité

à l'auto-injection d'un contraceptif, dans la zone sanitaire d'Aplahoué-Djakotomey-Dogbo. L'étude reposant sur des données agrégées et anonymisées, elle ne soulève pas de difficulté éthique particulière ; les chiffres présentés sont issus des systèmes de suivi du programme et doivent être interprétés comme des estimations programmatiques.

Résultats

Le programme : organisation et objectifs

Le programme de sensibilisation par les personnes handicapées, mené par l'OSV avec le soutien de l'UNFPA, a ciblé plusieurs communes du Bénin, notamment Pobè, Adja-Ouèrè, Kétou, Sakété, Bassila, Bembéréké et Nikki. Il s'appuie sur la formation de personnes handicapées et de jeunes à risque de vulnérabilité comme pairs éducateurs, afin de renforcer la connaissance et l'utilisation des services SSR/PF inclusifs. Les formations, conduites tout au long de 2023, ont couvert des thèmes essentiels : l'éducation à la santé sexuelle et reproductive, la gestion de l'hygiène menstruelle, la prévention des violences basées sur le genre, les compétences de vie courante et les méthodes de planification familiale. Chacun de ces thèmes répond à un besoin spécifique. L'éducation à la santé sexuelle vise à combler le déficit d'information sur la sexualité, la contraception et la prévention des infections, particulièrement criant chez des personnes souvent tenues à l'écart des canaux d'information habituels. La gestion de l'hygiène menstruelle, longtemps négligée, est cruciale pour les femmes et les filles handicapées, qui font face à des obstacles matériels et sociaux accrus. La prévention des violences basées sur le genre revêt une importance particulière, les personnes handicapées - et singulièrement les femmes - y étant davantage exposées. Les compétences de vie courante renforcent l'estime de soi, la communication et la capacité de décision, fondements de l'action de pair éducateur. Enfin, la planification familiale donne

aux participantes les connaissances et les moyens de maîtriser leur fécondité.

Chaque session a été conçue pour être accessible : présence de traducteurs en langue des signes, adaptation des supports pédagogiques pour les participants ayant des déficiences visuelles ou auditives, et implication des associations de personnes handicapées dans l'identification et l'encadrement des participants. Après leur formation, les pairs éducateurs ont pour mission de sensibiliser leurs communautés, en organisant des causeries éducatives et en orientant les individus vers les centres de santé. Les objectifs du programme sont clairs : accroître la demande de services SSR parmi les groupes vulnérables, améliorer l'inclusion sociale des personnes handicapées, réduire les comportements discriminatoires à leur égard et sensibiliser les communautés aux bénéfices d'un accès élargi aux services de santé reproductive.

Une approche inclusive et partenariale

La force du programme réside aussi dans son ancrage partenarial. L'OSV s'est appuyée sur les organisations représentatives des personnes handicapées - au premier rang desquelles la Fédération nationale des personnes handicapées et les associations locales - pour identifier, sélectionner et encadrer les pairs éducateurs. Cette collaboration garantit que les personnes formées sont déjà reconnues et engagées dans leurs communautés, et que le programme répond à des besoins réellement ressentis. L'implication de prestataires de santé, de centres de promotion sociale et, lorsque nécessaire, de psychologues complète ce dispositif, en assurant un accompagnement technique et un soutien psychosocial.

Cet ancrage répond à un principe fondamental de l'action en faveur du handicap : « rien sur nous sans nous » (Charlton, 1998). En associant les personnes handicapées et leurs organisations à toutes les étapes - de la conception à la mise en

œuvre et au suivi -, l'OSV évite l'écueil d'une intervention conçue de l'extérieur et renforce l'appropriation, la pertinence et la durabilité de son action. La diversité des handicaps représentés parmi les pairs éducateurs - déficiences motrices, visuelles, auditives - reflète cette volonté d'inclusivité et permet d'atteindre une variété de publics, chaque pair étant particulièrement à même de toucher les personnes partageant sa condition.

Agir aussi sur l'offre : la réduction des biais des prestataires

L'inclusion ne saurait reposer sur les seules personnes handicapées : elle suppose aussi de transformer l'offre de soins. C'est pourquoi le programme a comporté un volet de formation des prestataires à la réduction des biais, afin qu'ils offrent des services SSR et de planification familiale réellement inclusifs, exempts des attitudes condescendantes ou discriminatoires qui dissuadent les personnes handicapées de recourir aux structures. Cette action sur l'offre est complémentaire de l'action sur la demande : en sensibilisant les pairs handicapés à solliciter les services et, simultanément, en préparant les prestataires à les accueillir dignement, le programme agit aux deux extrémités de la relation de soin. Cette approche bilatérale est essentielle, car une demande accrue se heurterait à un mur si l'accueil restait inadapté ; inversement, une offre améliorée resterait sous-utilisée sans une demande informée et confiante.

Le rôle des personnes handicapées : contributions et impact

La spécificité du programme est de confier aux personnes handicapées un rôle actif et visible dans la sensibilisation communautaire. Traditionnellement perçues comme des bénéficiaires de soins, elles deviennent ici des porte-parole et des leaders de santé publique. En tant que pairs éducateurs, elles éduquent leurs communautés sur les risques associés aux grossesses non désirées et aux infections sexuellement

transmissibles, présentent les pratiques de planification familiale et orientent vers les services.

Cette inversion de rôle est significative à double titre. D'une part, elle permet aux personnes handicapées de démontrer leurs compétences et leur autonomie ; d'autre part, elle transforme les perceptions sociales. Leur présence active au sein des initiatives de santé publique contribue à démystifier le handicap et encourage la communauté à percevoir les personnes handicapées comme des contributrices au bien-être collectif. Ces pairs éducateurs se révèlent particulièrement efficaces pour atteindre des groupes souvent marginalisés - jeunes des zones rurales, filles-mères, autres personnes handicapées -, en instaurant une relation de confiance fondée sur la compréhension mutuelle et le respect. Là où un intervenant extérieur peut susciter méfiance ou gêne, le pair partage une expérience commune qui abolit la distance et autorise la parole. Cette proximité, que les approches d'éducation par les pairs théorisent comme un facteur clé d'efficacité (Turner et Shepherd, 1999), prend ici une dimension supplémentaire : le pair n'est pas seulement du même âge ou du même milieu, il partage aussi la condition de handicap ou de vulnérabilité, ce qui décuple la force de l'identification et la crédibilité du message.

Au-delà du handicap : les personnes à risque de vulnérabilité

Le programme ne s'adresse pas aux seules personnes handicapées : il englobe les personnes à risque de vulnérabilité, parmi lesquelles les filles-mères occupent une place particulière. Souvent stigmatisées, exposées à la précarité et écartées des dispositifs classiques, ces jeunes femmes partagent avec les personnes handicapées l'expérience de la marginalisation. En les associant comme pairs éducatrices et bénéficiaires, l'OSV élargit la portée de son action et tisse des solidarités entre groupes vulnérables. Cette mise en réseau des marginalités crée des alliances inédites, où chacun puise dans l'expérience de

l'autre la force de surmonter sa propre exclusion. Cette approche, qui refuse de cloisonner les exclusions, reconnaît que la vulnérabilité est souvent multiforme et cumulative, et qu'une intervention inclusive doit pouvoir embrasser cette diversité. Les pairs éducateurs issus de ces groupes atteignent des publics qu'un intervenant extérieur ne toucherait pas, précisément parce qu'ils parlent depuis une expérience partagée.

De la sensibilisation à l'autonomisation : l'approfondissement de 2024 et 2026

L'initiative ne s'est pas arrêtée à la sensibilisation. En 2024, cinquante personnes handicapées et à risque de vulnérabilité ont été formées dans les communes d'Aplahoué et de Djakotomey, et quarante-sept d'entre elles ont bénéficié d'un suivi post-formation, observées en situation réelle d'animation auprès d'adolescents et de jeunes. Ce suivi témoigne d'une préoccupation de qualité et de durabilité : il ne suffit pas de former, encore faut-il accompagner les pairs dans la durée pour consolider leurs compétences et maintenir leur motivation.

L'année 2026 a marqué un approfondissement décisif, en faisant passer les personnes handicapées du rôle d'éducatrices à celui d'actrices de leur propre prise en charge. Dans la zone sanitaire d'Aplahoué-Djakotomey-Dogbo, l'OSV, en collaboration avec les directions départementales de la santé et avec l'appui de l'UNFPA, a organisé une campagne de promotion de l'auto-injection du DMPA-SC (Sayana Press) au profit des personnes handicapées et des personnes à risque de vulnérabilité. L'approche a reposé sur une cascade de délégation de tâches : trente prestataires ont d'abord été orientés, qui ont à leur tour formé soixante personnes handicapées et à risque de vulnérabilité à l'auto-administration du contraceptif injectable en communauté. Ces dernières, devenues des relais-pairs, ont ainsi pu s'administrer elles-mêmes leur méthode et accompagner leurs pairs vers les services.

Les résultats de cette campagne, conduite du 28 mai au 11 juin 2026, illustrent la puissance de l'approche : en quinze jours, 345 acceptantes de planification familiale ont été enregistrées dans dix-neuf centres de santé, la commune de Dogbo concentrant à elle seule 52 % des acceptantes. La répartition par commune - Dogbo en tête avec 52 %, suivie de Djakotomey et d'Aplahoué - reflète l'intensité variable de la mobilisation locale et le dynamisme de certains centres de santé. La majorité des acceptantes étaient des femmes de vingt-cinq à quarante-neuf ans, mais la campagne a aussi touché des tranches plus jeunes, signe d'un élargissement du recours à la contraception. Cette dynamique confirme qu'en confiant aux personnes handicapées non seulement la sensibilisation mais aussi l'auto-administration de méthodes, on lève simultanément des barrières d'accès et de stigmatisation, tout en renforçant leur autonomie. L'auto-injection, recommandée au plan international comme une approche sûre, faisable et autonomisante de délivrance de la contraception (Organisation mondiale de la Santé, 2022), prend ici un sens particulier pour des personnes dont la mobilité et l'accès aux structures sont souvent contraints, en leur épargnant des déplacements répétés et coûteux.

Le déroulement de la cascade d'auto-injection

La campagne de 2026 s'est déployée selon une logique de cascade rigoureuse, en deux phases. Lors de la première, une session d'orientation a réuni trente prestataires et agents de santé communautaire qualifiés, conduits par des formatrices de la zone sanitaire et des directions départementales de la santé. Cette orientation, précédée d'une séance préparatoire d'harmonisation, visait à s'approprier les modules, à maîtriser les modes d'action et les avantages de l'injectable, et à délivrer un message susceptible de susciter l'adhésion des personnes handicapées et à risque de vulnérabilité. Lors de la seconde phase, ces prestataires formés ont encadré la formation de soixante personnes handicapées et à risque de vulnérabilité,

réparties dans les communes d'Aplahoué, de Djakotomey et de Dogbo, à l'auto-administration du Sayana Press en communauté.

Devenues des relais-pairs, ces personnes ont alors assuré une double fonction : s'administrer elles-mêmes leur contraceptif, et sensibiliser puis orienter leurs pairs vers les services. Des supports adaptés - pictogrammes, affiches simplifiées sur la planification familiale, les violences et les infections - ont été reprographiés pour rendre les contenus accessibles. Le suivi des utilisatrices a été assuré par les prestataires en communauté, dans une logique de continuité. Cette architecture en cascade démultiplie l'effet de la formation : un nombre restreint de prestataires forme un groupe de relais-pairs, qui à leur tour touchent un large public, tout en plaçant les personnes handicapées au cœur du dispositif. Elle présente en outre l'avantage de la durabilité : une fois formés, les relais-pairs demeurent des ressources mobilisables dans leurs communautés, capables de poursuivre la sensibilisation et l'accompagnement bien au-delà de la campagne initiale. Ce transfert de compétences vers les communautés elles-mêmes, et plus particulièrement vers leurs membres les plus marginalisés, constitue un investissement dont les effets se prolongent dans le temps et contribuent à l'autonomie sanitaire locale.

Des résultats mesurables

Les résultats du programme, mesurés par les enquêtes et les statistiques de fréquentation, sont substantiels (Tableau 1). L'utilisation des services SSR par les personnes vulnérables a augmenté de 108 %, la fréquentation passant d'environ 1 200 à 2 500 visites par mois dans les zones ciblées. Sur le plan des représentations, la part des personnes interrogées exprimant une perception positive des capacités des personnes handicapées est passée de 40 % à 70 %, tandis que les comportements jugés discriminatoires reculaient de 60 % à 30 %. À ces résultats

s'ajoutent les effets de la campagne d'auto-injection de 2026 : 30 prestataires orientés, 60 personnes handicapées et à risque de vulnérabilité formées, et 345 acceptantes de planification familiale en quinze jours.

Tableau 1. Principaux résultats du programme

Indicateur	Résultat
Personnes handicapées formées comme pairs éducateurs (2022-2023)	123 (8 communes)
Personnes handicapées / PRV formées (2024)	50 (47 suivies)
Prestataires orientés à l'auto-injection (2026)	30
Personnes handicapées / PRV formées à l'auto-injection (2026)	60
Acceptantes de PF lors de la campagne 2026 (15 jours)	345
Fréquentation des services SSR	+108 % (≈ 1 200 → 2 500 visites/mois)
Perception positive du handicap	40 % → 70 %
Comportements discriminatoires	60 % → 30 %

Sources : rapports d'évaluation des formations et rapport de la campagne DMPA-SC (zone ADD, 2026).

Les témoignages des participants révèlent des transformations profondes, tant personnelles que communautaires. Raphaël, un pair éducateur ayant une déficience motrice, partage son expérience : « Je n'aurais jamais imaginé que je pourrais jouer un rôle aussi important dans ma communauté. Cela m'a permis de retrouver confiance en moi et de montrer aux autres que nous avons tous notre part à jouer. » Ce sentiment de validation et d'autonomisation est une constante parmi les pairs éducateurs.

Marie, une jeune femme en situation de handicap visuel, témoigne également : « Avant, je me sentais souvent invisible.

Maintenant, en parlant aux gens, en partageant des informations utiles, je sens que je contribue à quelque chose de plus grand. » Ces récits illustrent comment le programme permet aux personnes handicapées d'acquérir une identité de leadership, renforçant leur inclusion sociale tout en diffusant des informations essentielles sur la santé reproductive. Les responsables de santé locaux confirment ce changement : « Au début, il y avait du scepticisme, mais avec le temps, les gens ont commencé à voir l'importance de ces actions. Nous avons constaté une augmentation de la fréquentation des centres de santé et un engagement accru pour soutenir les personnes handicapées dans leur mission. » Ces voix concordantes - celles des pairs, des bénéficiaires et des responsables - dessinent un faisceau d'indices convergents sur la réalité du changement, que les chiffres viennent ensuite confirmer.

L'impact sur la communauté : une transformation des perceptions et des comportements

L'impact communautaire de l'initiative dépasse l'accès élargi aux services SSR et PF. Les actions des pairs éducateurs influencent les perceptions de la communauté envers le handicap, en montrant que les personnes handicapées peuvent être des leaders compétents et des sources de savoir. Les données de suivi révèlent une augmentation significative de l'utilisation des services de santé reproductive dans les communes ciblées, en particulier parmi les jeunes et les populations vulnérables, ainsi qu'une baisse notable des comportements discriminatoires et une amélioration de l'inclusion sociale. En ce sens, l'initiative contribue activement à la réduction des inégalités et au renforcement de la cohésion sociale. Les autorités locales et les leaders communautaires rapportent un changement progressif des attitudes : ce qui suscitait d'abord scepticisme ou indifférence laisse place à la reconnaissance et au soutien, à mesure que les pairs handicapés font la preuve de leur utilité. Cet effet d'entraînement, où l'exemple individuel modifie la

norme collective, est sans doute l'acquis le plus durable du programme, car il survit aux activités elles-mêmes en s'inscrivant dans les représentations partagées. Il ouvre la voie à une participation accrue des personnes handicapées à d'autres sphères de la vie communautaire, au-delà de la santé : dès lors qu'elles sont reconnues comme des actrices crédibles dans un domaine, leur légitimité s'étend à d'autres, amorçant un cercle vertueux d'inclusion.

Les défis rencontrés

La mise en œuvre n'a pas été exempte de difficultés, dont la documentation honnête est nécessaire à la crédibilité et à l'amélioration du modèle. Lors de la campagne d'auto-injection, des ruptures de stock de Sayana Press ont été observées dans certains centres de santé, limitant ponctuellement l'offre malgré la demande suscitée. Des clientes ont par ailleurs été retournées faute de cartes de planification familiale disponibles, et le paiement de carnets et de consommables a constitué un obstacle pour certaines bénéficiaires. Enfin, la disponibilité irrégulière de certains prestataires a entraîné des rendez-vous répétés.

Ces difficultés rappellent que l'inclusion ne se joue pas seulement au niveau de la sensibilisation, mais aussi dans la chaîne logistique et financière qui conditionne l'accès effectif aux services. Elles soulignent l'importance de sécuriser l'approvisionnement en produits, de lever les barrières financières résiduelles et de garantir la disponibilité des prestataires, faute de quoi la demande créée par les pairs handicapés risque de se heurter à une offre défaillante. L'OSV y répond par un suivi communautaire renforcé et par le plaidoyer auprès des autorités sanitaires pour sécuriser l'offre, mais ces défis structurels appellent une réponse systémique qui dépasse le seul cadre du programme.

Discussion

L'inversion des rôles comme innovation sociale

L'apport le plus original de l'initiative tient à l'inversion des rôles qu'elle opère. En faisant des personnes handicapées des éducatrices plutôt que de simples bénéficiaires, le programme rompt avec une conception assistancielle du handicap et affirme une conception fondée sur les droits et les capacités. Ce déplacement prolonge le geste du modèle social du handicap, qui situe le handicap dans l'organisation sociale plutôt que dans le corps de l'individu (Oliver, 1990), et rejoint l'esprit de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, qui insiste sur la participation pleine et effective des personnes handicapées à la société (Organisation des Nations Unies, 2006). En leur confiant un rôle valorisant et visible, l'OSV ne se contente pas d'améliorer leur accès aux services : elle modifie leur place dans l'ordre social, et avec elle le regard que la communauté porte sur le handicap. Cette inversion agit comme une démonstration vivante : voir une personne handicapée animer une causerie, répondre à des questions de santé et orienter ses pairs contredit, mieux que tout discours, les préjugés sur l'incapacité supposée. Le pair handicapé devient un contre-exemple incarné de la norme dévalorisante, et son action ordinaire - informer, conseiller, accompagner - produit un effet extraordinaire sur les représentations. C'est en cela que l'éducation par les pairs handicapés relève autant de la santé publique que de la transformation sociale.

L'autonomisation et l'auto-soin

La campagne d'auto-injection de 2026 marque un pas supplémentaire dans cette logique d'autonomisation. En formant des personnes handicapées à s'administrer elles-mêmes leur contraceptif et à accompagner leurs pairs, le programme leur confère une maîtrise directe de leur santé reproductive. Ce glissement de la sensibilisation vers l'auto-soin est cohérent

avec les orientations internationales qui reconnaissent les interventions d'auto-soin comme une composante à part entière des systèmes de santé et recommandent l'auto-administration de l'injectable comme une approche sûre, faisable et autonomisante de délivrance de la contraception (Organisation mondiale de la Santé, 2021, 2022). Pour des personnes dont la mobilité est souvent contrainte et dont l'accès aux structures est entravé, l'auto-injection lève une barrière majeure : elle réduit la dépendance à des déplacements coûteux et à des prestataires parfois peu formés à l'accueil du handicap. Les 345 acceptantes recensées en quinze jours dans la zone d'Aplahoué-Djakotomey-Dogbo témoignent de l'efficacité de cette approche, qui conjugue délégation de tâches et inclusion. Au-delà du chiffre, c'est la portée de l'auto-injection qui mérite d'être soulignée : confier à une personne handicapée le soin de gérer elle-même sa contraception, c'est lui reconnaître une pleine capacité d'agir sur son corps et sa vie reproductive - ce que l'approche par les capabilités désigne comme la liberté réelle de mener la vie que l'on a des raisons de valoriser (Nussbaum, 2006). Ce geste, banal pour d'autres, revêt une portée émancipatrice pour des personnes longtemps cantonnées au statut de bénéficiaires dépendantes. L'auto-soin devient ainsi un vecteur d'autonomie qui dépasse la seule planification familiale.

Un double dividende : accès et déstigmatisation

L'initiative produit un double dividende. D'un côté, elle améliore concrètement l'accès des populations vulnérables aux services SSR, comme l'attestent la hausse de 108 % de la fréquentation et le succès de la campagne d'auto-injection. De l'autre, elle fait reculer la stigmatisation, comme le montrent l'amélioration des perceptions positives du handicap (de 40 % à 70 %) et la diminution des comportements discriminatoires (de 60 % à 30 %). Ces deux effets se renforcent mutuellement : à mesure que les personnes handicapées démontrent leurs

compétences, la communauté révise ses préjugés, ce qui facilite à son tour leur action et leur accès aux services. Cette spirale vertueuse illustre comment une intervention de santé peut simultanément servir l'efficacité sanitaire et la justice sociale. Elle suggère aussi que les deux dimensions sont indissociables : on ne peut durablement améliorer l'accès des personnes handicapées aux services sans agir sur les préjugés qui les en éloignent, ni faire reculer ces préjugés sans donner aux personnes handicapées l'occasion de démontrer leurs capacités. En reliant accès et déstigmatisation au sein d'une même intervention, le programme traite la cause et le symptôme, et non l'un sans l'autre.

L'accessibilité pédagogique comme condition de l'inclusion

Le succès du programme repose sur un soin particulier apporté à l'accessibilité. La présence de traducteurs en langue des signes, l'adaptation des supports pour les déficiences visuelles et auditives, le recours aux pictogrammes et l'implication des associations de personnes handicapées dans l'identification et l'encadrement sont autant de conditions sans lesquelles l'inclusion resterait formelle. Ces adaptations rappellent que l'égalité d'accès ne se décrète pas : elle se construit par des aménagements concrets qui tiennent compte de la diversité des situations. En intégrant ces aménagements dès la conception des formations, l'OSV a fait de l'accessibilité non un supplément, mais un principe structurant de son approche.

La contribution aux ODD 3, 5 et 10

L'initiative s'inscrit pleinement dans les Objectifs de développement durable (Organisation des Nations Unies, 2015). Elle sert l'ODD 3 en élargissant l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et en augmentant le recours à la contraception ; l'ODD 5 en favorisant l'autonomie des femmes et des filles, y compris handicapées, dans la maîtrise de leur fécondité ; et l'ODD 10 en réduisant les inégalités dont les

personnes handicapées sont victimes et en promouvant leur inclusion. La convergence de ces trois objectifs au sein d'une même intervention illustre le caractère transversal des enjeux d'inclusion et la fécondité d'une approche qui les traite conjointement.

Femmes et filles handicapées : agir sur une double vulnérabilité

Au croisement du handicap et du genre, les femmes et les filles handicapées subissent une double vulnérabilité. Elles cumulent les obstacles liés au handicap et ceux liés aux normes de genre, ce qui restreint plus encore leur accès à l'information, aux services et à la décision en matière de santé reproductive ; elles sont également davantage exposées aux violences (UNFPA, 2018). Cette superposition d'inégalités illustre ce que les travaux sur l'intersectionnalité ont mis en évidence : les discriminations ne s'additionnent pas seulement, elles se combinent pour produire des formes d'exclusion spécifiques que des approches sectorielles laissent sans réponse (Crenshaw, 1991). Le programme accorde à ces femmes une attention spécifique, en les formant comme pairs éducatrices, en adaptant les contenus à leurs besoins - notamment la gestion de l'hygiène menstruelle et la prévention des violences - et en facilitant leur accès à la contraception, y compris par l'auto-injection. En agissant simultanément sur le handicap et le genre, l'initiative répond à l'intersectionnalité des exclusions. Cette attention aux situations les plus marginalisées est cohérente avec l'ambition des ODD 5 et 10 et avec le principe de ne laisser personne de côté. Elle rappelle que les politiques de santé, pour être véritablement universelles, doivent partir des plus exclus plutôt que d'espérer les atteindre en dernier : c'est en concevant les services pour les femmes et les filles handicapées que l'on bâtit des systèmes accessibles à toutes et à tous.

La transférabilité du modèle

L'expérience de l'OSV présente plusieurs caractéristiques qui en font un modèle transférable. Sa logique - identifier les personnes vulnérables par l'intermédiaire de leurs organisations, les former avec des adaptations d'accessibilité, leur confier un rôle d'éducatrices puis d'actrices de l'auto-soin, et assurer un suivi - ne dépend pas de ressources hors de portée d'autres organisations de la sous-région. Les principes qui la sous-tendent (participation, accessibilité, délégation de tâches, partenariat avec les organisations de personnes handicapées) sont universels, même si leur déclinaison concrète doit être adaptée à chaque contexte. La transposition supposera toutefois de réunir certaines conditions : l'existence d'organisations de personnes handicapées capables de relayer l'action, l'engagement des autorités sanitaires, la disponibilité de produits et de supports adaptés, et un financement suffisant pour assurer la formation, le suivi et les aménagements. Là où ces conditions sont réunies, le modèle peut être répliqué et adapté, contribuant à faire de l'inclusion des personnes handicapées une composante ordinaire des programmes de santé.

Mise en perspective et limites

Les enseignements de cette initiative résonnent avec la littérature sur l'accès des personnes handicapées à la santé sexuelle et reproductive, qui souligne l'ampleur des obstacles physiques, informationnels et attitudinaux en Afrique subsaharienne (Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, 2011 ; UNFPA, 2018), ainsi qu'avec les travaux sur l'efficacité de l'éducation par les pairs pour atteindre les groupes difficiles à toucher (Medley et al., 2009 ; ONUSIDA, 2000 ; Turner et Shepherd, 1999). L'originalité de l'approche tient à la combinaison de ces deux leviers - inclusion du handicap et éducation par les pairs - et à leur prolongement par la délégation de tâches et l'auto-soin.

L'étude comporte toutefois des limites. Elle repose sur des données programmatiques et des évaluations internes, dont la robustesse méthodologique varie ; elle ne comporte pas de groupe de comparaison permettant d'attribuer formellement les évolutions observées à la seule intervention ; et les indicateurs de perception, recueillis par enquêtes, demeurent sensibles aux conditions de mesure. Ces limites invitent à consolider les dispositifs de suivi et à conduire des évaluations indépendantes, intégrant des mesures avant-après rigoureuses et un suivi longitudinal des trajectoires des pairs éducateurs comme des bénéficiaires.

Pérennité et conditions de durabilité

La durabilité de l'initiative dépend de plusieurs facteurs. Le premier est le maintien d'un vivier de pairs éducateurs handicapés compétents et motivés, ce qui suppose un suivi post-formation régulier - comme l'illustre l'accompagnement de quarante-sept pairs en 2024 - et des formes de reconnaissance et de motivation adaptées. Le deuxième est la sécurisation de l'offre : la disponibilité des produits, des supports adaptés et des prestataires formés conditionne la traduction de la demande en services effectifs. Le troisième est l'institutionnalisation : l'inscription de l'approche dans les politiques et les dispositifs locaux de santé, ainsi que le partenariat durable avec les organisations de personnes handicapées, garantissent la continuité au-delà des cycles de projet. Réunir ces conditions permettrait de passer d'une série d'interventions à un modèle pérenne d'inclusion, capable de s'étendre à de nouvelles communes et à de nouveaux domaines de santé.

Conclusion et perspectives

Ce programme de sensibilisation et d'autonomisation porté par les personnes handicapées représente une avancée majeure pour

la santé publique inclusive au Bénin. En permettant aux personnes handicapées de devenir des éducatrices, des leaders et des actrices de leur propre prise en charge, il redéfinit les dynamiques sociales et démontre la valeur d'une approche participative et inclusive dans la lutte pour l'égalité d'accès aux services de santé. Les résultats - 123 personnes handicapées formées comme pairs éducateurs en 2022-2023, 60 formées à l'auto-injection en 2026, une hausse de 108 % de la fréquentation des services, une amélioration marquée des perceptions et une réduction des comportements discriminatoires - attestent de l'efficacité et de la pertinence de la démarche.

La portée de cette étude est double. Sur le plan social, elle montre qu'une intervention de santé peut devenir un levier de transformation des normes : en donnant à voir des personnes handicapées compétentes et utiles, elle érode les préjugés, élargit leur citoyenneté et contribue à faire de l'inclusion une norme partagée plutôt qu'une faveur. Elle documente ainsi une voie concrète pour traduire les droits reconnus par la Convention relative aux droits des personnes handicapées en participation effective, et offre aux mouvements associatifs un argument tangible en faveur d'une pleine citoyenneté des personnes handicapées. Sur le plan utilitaire, elle met à la disposition des décideurs, des organisations de la société civile et des partenaires techniques un modèle opérationnel, sobre en ressources et transférable : identifier les personnes vulnérables par l'intermédiaire de leurs organisations, les former avec les adaptations nécessaires, leur confier un rôle d'éducatrices puis d'actrices de l'auto-soin, et assurer un suivi communautaire. La délégation de tâches et l'auto-injection y apparaissent comme des stratégies efficientes pour étendre la couverture contraceptive dans des zones où l'offre est contrainte, tout en réduisant les coûts et les déplacements pour les usagères. À ce titre, l'expérience fournit des enseignements directement

mobilisables pour la conception de programmes SSR inclusifs ailleurs en Afrique de l'Ouest, et plaide pour l'inscription du handicap au cœur - et non à la marge - des politiques de santé reproductive.

À l'avenir, l'expansion de ce modèle pourrait renforcer encore l'autonomie des personnes handicapées et inspirer des programmes similaires ailleurs en Afrique de l'Ouest. Plusieurs conditions y contribueront : la généralisation de l'auto-soin à d'autres méthodes et d'autres zones, la systématisation des adaptations d'accessibilité, le renforcement du suivi post-formation et l'institutionnalisation du rôle des personnes handicapées dans les dispositifs de santé. En promouvant l'inclusion et en améliorant l'accès aux services SSR, cette initiative aligne le Bénin sur les Objectifs de développement durable, en particulier les ODD 3, 5 et 10. Elle invite surtout à un changement de regard : cesser de considérer les personnes handicapées comme un problème à gérer pour les reconnaître comme une ressource à mobiliser. Lorsque les rôles s'inversent, les personnes les plus exclues peuvent devenir les moteurs du changement, non seulement pour elles-mêmes, mais pour l'ensemble de leurs communautés. C'est cette leçon, autant que les résultats chiffrés, que l'expérience de l'OSV lègue aux acteurs de la santé inclusive.

Références bibliographiques

CHARLTON James I., 1998. *Nothing About Us Without Us: Disability Oppression and Empowerment*, University of California Press, Berkeley.

CRENSHAW Kimberlé, 1991, « Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color », in Stanford Law Review, Vol. 43, N°6, pp. 1241-1299.

FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION (UNFPA), 2018. *Young Persons with Disabilities: Global Study on Ending Gender-based Violence and Realizing Sexual and Reproductive Health and Rights*, UNFPA, New York.

GOFFMAN Erving, 1975. *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Les Éditions de Minuit, Paris.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE (INSAE) et ICF, 2019. *Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB-V) 2017-2018*, INSAE et ICF, Cotonou et Rockville.

MEDLEY Amy, KENNEDY Caitlin, O'REILLY Kevin et SWEAT Michael, 2009, « Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis », in AIDS Education and Prevention, Vol. 21, N°3, pp. 181-206.

NUSSBAUM Martha C., 2006. *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts).

OLIVER Michael, 1990. *The Politics of Disablement: A Sociological Approach*, Macmillan, Basingstoke.

ONUSIDA, 2000. *L'éducation par les pairs et le VIH/SIDA : concept, utilisation et défis*, Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA, ONUSIDA, Genève.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES, 2006. *Convention relative aux droits des personnes handicapées*, Nations Unies, New York.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES, 2015. *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030*, Nations Unies, New York.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2021. *WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights*, Organisation mondiale de la Santé, Genève.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2022. *Self-administration of injectable contraception, 2022 update* (WHO/SRH/22.2), Organisation mondiale de la Santé, Genève.
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ et BANQUE MONDIALE, 2011. *Rapport mondial sur le handicap*, Organisation mondiale de la Santé, Genève.