

**PROGRAMME DE FORMATION DES PRESTATAIRES DE SOINS DES CDS
DES PROVINCES MWARO, MURAMVYA ET GITEGA SUR L'APPROCHE
INCLUSIVE**



TABLE DES MATIERES

I. AGENDA DE LA FORMATION	3
II. FIXATION DES REGLES DE LA FORMATION	5
S'accorder sur les règles de la formation.	5
III. EXPLOITATION PROPREMENT DITE DU CONTENU DE L'ATELIER.	6
III. 1. INTRODUCTION AU HANDICAP	6
III. 1. 1. Je prends position	6
III. 1. 2. Barrières au système sanitaire.....	7
III. 1. 3. Définition du handicap.....	9
III. 1. 4. MODELES DU HANDICAP	12
III. 1. 5. LES DIFFERENTES DEFICIENCES	19
III. 1. 6. DISCRIMINATIONS LIEES AU HANDICAP.....	26
III. 1. 9. PLANIFICATION VERS UNE STRUCTURE DE SANTE INCLUSIVE.....	36

I. AGENDA DE LA FORMATION

Jour 1			
Heure	Activités	Méthodologie	Responsable
8h00-9h00	Arrivée et installation des participants Pause-café		
09h-09h30	Mot d'accueil et présentation des participants	Tour de table	
9h30-9h50	Fixation des règles de la formation + binômes de restitution	Lister avec les participants sur flip chart	
9h50-10h30	Pré-test		
	Synthèse des résultats de l'évaluation de base	30 min (20 min + Q&R 10 minutes)	
10h30-12h00	Introduction au handicap (introduire les questions relatives au handicap qui seront traitées dans la session)	« Je prends position » 30' « Barrières » 45'	
12h00-13h00	Définition du handicap (avoir une compréhension commune du concept de handicap)	« Ma définition » « Définition de la Convention des Nations Unies » « Processus de création du handicap (1h)	
13h00-14h00	Pause déjeuner		
14h-15h30	Modèles du handicap (comprendre les modèles sociaux du handicap)	Jeu de rôle « Dialogue entre deux sœurs » Présentation modèles de SR pour les ado handicapés, modèles médical et social + exercice (1h30)	
16h30-17h00	Clôture de l'activité et logistique		UPHB
Jour 2			

8h00-8h30	Pause-café et installation des participants		
08h30-09h00	Restitution J1		
09h-10h30	Les différentes déficiences (Etudier les causes et signes des déficiences les plus fréquentes)		
10h30-10h45	Pause santé		
10h45-13h30	❖ Discriminations liées au handicap : - Comprendre qu'une personne handicapée ne peut être réduite à son handicap (1h25min) - Identifier un vocabulaire adéquat pour parler du handicap et des personnes handicapées (1h25min)	« La molécule d'identité » « Le cercle de l'exclusion » « Expérience de discrimination »	
13h30-14h30	Pause déjeuner		
14h30-15h30	❖ Santé inclusive : Comprendre le concept et les principes de la santé inclusive	« Un vocabulaire commun » 1h	
15h30-17h00	❖ Création d'un environnement convivial : Analyser les éléments qui contribuent à la création d'un environnement convivial (échanges sur la problématique d'accueil pour personnes handicapées et de prise en charge)	1h15	
17h00	Clôture J2		
Jour 3			
8h00-8h30	Pause-café et installation des participants		
08h30-09h00	Restitution J2		

09h00-10h30	❖ Développer des partenariats : Montrer la nécessité des partenariats pour la réussite de la santé inclusive.		
10h30-10h45	Pause santé		
10h45-12h40	❖ Planifier une structure sanitaire inclusive : - Donner l'opportunité au groupe de planifier un changement individuel et institutionnel. - Élaborer un plan d'action individuel vers une structure inclusive (partie 1)	« Brainstorming » : 30 min « Diagramme » (travaux de groupe) : 30 minutes « Partenariat (arrêt de bus) » : 30 minutes Apport d'information : 20 min	
12h40-13h40	Pause déjeuner		
	Élaborer un plan d'action vers une structure inclusive (partie 2)		
Jour 4			
8h00-8h30	Pause-Café et installation des participants		
8h30-10h30	Présentation sur la culture des sourds et les notions élémentaires sur la langue des signes	« Présentation Power Point et démonstration de la langue des signes »	
10h30-11h15	Exercices	« Dialogue entre participants avec la langue des signes »	
11h15-12h45	Ecriture braille	« Utilisation des tablettes avec des poinçons »	
12h45-13h25	Post-Test		
	Evaluation finale		

II. FIXATION DES REGLES DE LA FORMATION

Objectif	S'accorder sur les règles de la formation.
-----------------	--

Participants	Toutes les parties prenantes à l'activité
Durée	Trente minutes.
Ressources matérielles nécessaires	Flip chart, marqueurs, scotch.
Méthodologie	• Demander aux participants de lister les règles de conduite qui leur permettront de se sentir bien au sein de cette formation. • Lister avec les participants les règles qu'ils s'accordent de respecter durant la formation.

III. EXPLOITATION PROPREMENT DITE DU CONTENU DE L'ATELIER

III. 1. INTRODUCTION AU HANDICAP

III. 1. 1. Je prends position

Objectif	Débattre sur l'accès aux services SSR.
Participants	Toutes les parties prenantes à l'activité
Durée	15 minutes
Ressources matérielles nécessaires	• Affiches « D'accord » et « Pas d'accord » • Phrases prédéfinies • Sur deux murs opposés de la salle, accrocher les affiches « D'accord » et « Pas d'accord ». • Demander aux participants de se rassembler au milieu de la salle. • Lire une affirmation à la fois ; et demander aux participants de se positionner sous une des deux affiches.

N.B : Ce sous-thème « Je prends position » est introductif et a spécialement pour objectif d'introduire les autres thèmes qui seront discutés au cours de la formation.

La découverte de son contenu passe par la prise de position sur les postulats présentés dans le tableau suivant et les conclusions à établir après chaque plénière.

La consigne à donner est qu'il n'y a ni de bonne ni de mauvaise réponse, qu'il s'agit tout simplement de récolter des avis et des autres sur l'handicap pour pouvoir tirer des conclusions permettant de s'imprégner et de comprendre la thématique handicap

Ces postulats sont les suivants :

Notes au facilitateur

- Adapter les affirmations au sujet que vous voulez discuter ainsi qu'à vos participants.
- Il est possible d'utiliser des affirmations liées à des représentations du handicap utilisées dans la région (Ex. : « Les personnes sourdes ne peuvent pas conduire un vélo »).
- Cette activité permet d'identifier les sujets délicats pour le groupe sur lesquels il faudra vous attarder durant la formation.
 - d'identifier les différents participants : qui est leader, suiveur, etc.
- La même activité peut être menée en début et en fin de formation afin de voir s'il y a des changements de position.

III. 1. 2. Barrières au système sanitaire

Objectif	• Identifier les groupes exclus du système sanitaire. • Identifier les raisons de cette exclusion.
Participants	Toutes les parties prenantes à l'activité
Durée	45 minutes.
Ressources matérielles nécessaires	• Papier flip chart, marqueurs, scotch

La conduite de l'activité est articulée sur 3 étapes avec des scénarios suivants :

Etape 1 : Introduction

En plénière, identifier par brainstorming les groupes de personnes qui sont exclus de l'information sanitaire - autrement dit, quels sont les personnes qui n'ont pas accès à l'information sanitaire ou à la santé ?

Etape 2 : Barrières

- Demander aux participants de considérer toutes les formes de handicap possibles et de faire un diagramme de l'arbre. Le tronc représente le problème (l'exclusion de ce groupe du système sanitaire) et les racines représentent les causes de ce problème ;
- Affichage sur un flip chart des cartes de chaque participant concernant les « racines »
- Echanger en plénière sur les diagrammes.

A titre de **conclusions**, on rappelle que :

- Lorsqu'un droit est nié, cela a un impact sur les autres droits. La santé est un droit en soi et également un moyen de réaliser d'autres droits.
- Les causes du nonaccès à la santé se trouvent à plusieurs niveaux : l'individu et la société (famille, communauté, système sanitaire, etc.).
- Le système sanitaire lui-même peut être une barrière (ex : module sur la SSR ne mentionne pas la communication avec les sourds, les conditions d'accessibilité, etc). Il est possible de réduire ces barrières.
- La santé inclusive considère tous ces groupes d'exclus. Il s'agit d'un moyen pour atteindre la santé pour tous. Néanmoins, lors de cette formation, il y aura une attention particulière sur les personnes handicapées en tant que groupe exclu.

Etape 3 : L'effet cascade

- Demander aux participants de :
 - Penser aux conséquences de la non accès à la santé des personnes en utilisant le diagramme de la cascade (cf. illustration ci-dessous) ; En imaginant l'histoire d'une personne qui n'a pas bénéficié de l'information sanitaire scolarisation (récit ou mise en scène ou dessin) ;
 - Penser aux conséquences de l'accès à l'information sanitaire des personnes handicapées en utilisant le diagramme de la cascade ; en imaginant l'histoire d'une personne qui a bénéficié de l'information sanitaire (récit ou mise en scène ou dessin) ;
- Ecrire sur des cartes (« feuilles ») les différentes conséquences

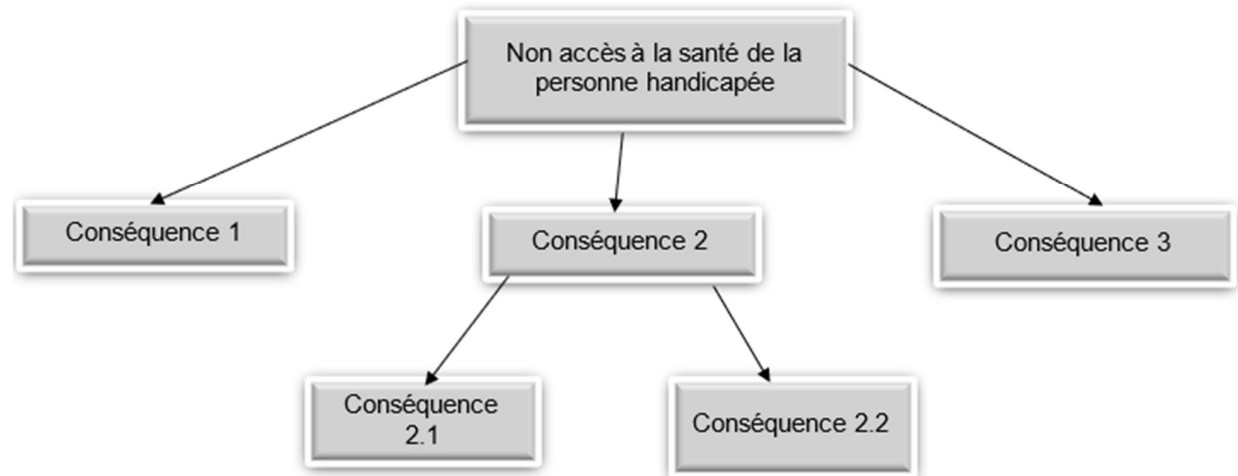
Conclusions du facilitateur :

Le facilitateur peut conclure qu'il y a un effet cascade lorsqu'un droit est dénié. Cela a un impact sur les autres droits (par exemple, le droit à l'emploi).

Note au facilitateur

Vous pouvez profiter de cet exercice pour introduire une discussion sur les représentations du handicap dans la communauté comme barrière pour accéder à la santé.

Schématisation de l'effet cascade –exemple de diagramme :



III. 1. 3. Définition du handicap

Objectifs	Avoir une compréhension commune du concept de handicap
Participants	Toutes les parties prenantes présentes lors de l'activité
Durée	1 heure
Ressources matérielles nécessaires	Papier flip chart, marqueurs, scotch

Etape 1: Ma définition

- Distribuer à chacun un morceau de papier et demander d'y écrire la définition du handicap
- Collecter toutes les définitions et rassemblez-les en fonction des thèmes suivants :

Déficiences	Déficiences + participation sociale	Déficiences + participation sociale + barrières
-------------	-------------------------------------	---

Note au facilitateur

Afin de pouvoir réfléchir au classement des définitions, il est possible de Demander aux participants d'écrire préalablement leur définition du handicap

: par exemple, la veille en fin de journée ou avant une pause.

Etape 2 : La définition de la Convention des Nations Unies

- Mettre les participants en paire et leur demander de paraphraser la définition des Nations Unies.
- En plénière, partager quelques paraphrases.
- En plénière, demander d'identifier les mots clés de la définition onusienne.
- En plénière, clarifier les concepts de Déficience, Incapacité, Handicap, Barrière.
- Demander aux participants de trouver quelques exemples des différents niveaux.
- Echanger en plénière et lister les barrières émises par les participants.

Conclusions :

- La personne n'est pas handicapée en raison de sa déficience, mais en raison de l'interaction entre sa déficience et les barrières rencontrées.
- Deux personnes avec une même déficience ne sont pas identiques.
- Le handicap évolue : ce n'est pas un état figé.
- A titre individuel, on peut agir sur les barrières, sur les incapacités (développer les aptitudes) pour réduire le handicap.
- La définition de l'ONU n'a pas recours au modèle médical du handicap, mais au modèle social.
- Le handicap est un concept complexe. Il est important d'être conscient de sa propre définition du handicap. En effet, la manière dont on définit un concept a un impact sur notre attitude et notre approche quant aux droits des personnes handicapées.

LA DEFINITION DU HANDICAP **Apport d'informations**

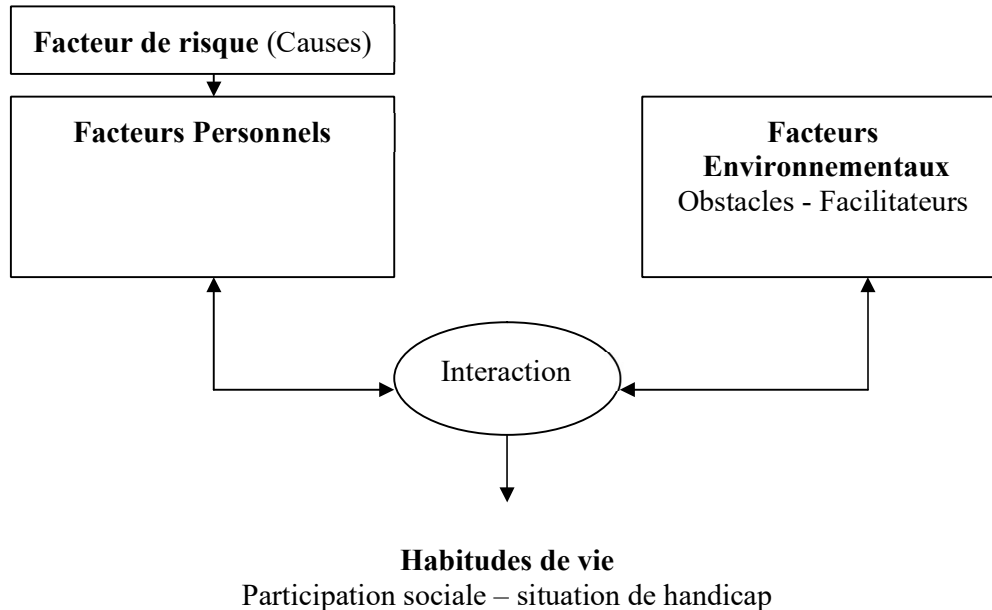
Définition de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, Préambule, Nations Unies, Décembre 2006.

« Le handicap résulte de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres »

HANDICAP = DEFICIENCE INCAPACITE + BARRIERES

	HANDICAP (disability - disadvantage)	DEFICIENCE (impairment)	INCAPACITE (Incapacity)	BARRIERES
Définition	Gêne à la Participation, réalisation des rôles sociaux	Problème aux fonctions (perte, anomalie)	Gêne fonctionnelle à accomplir une activité de tous les jours	Obstacles (attitudes, environnement, Législation, etc.)
Exemple	Ne peut pas aller à l'école	Ne peut lever le pied	Ne peut monter les escaliers	Pas de rampes

Le Processus de création du handicap (1996)



Les barrières qui peuvent empêcher une personne handicapée de profiter de tous ses droits peuvent inclure :

- **Barrières physiques** : cela inclut les barrières environnementales, notamment dans les infrastructures. Ex : non présence de rampes d'accès, d'une signalisation tactile, hauteur des guichets, etc.

- **Barrières liées aux informations** : Tant la forme que le contenu de l'information peut être une barrière. Ex : petites écritures, contraste de couleur, interprétation en Langue des signes, Braille, langage simple pour les personnes avec déficiences mentales.
- **Barrières institutionnelles** : Cela inclut les lois et les pratiques qui ne permettent pas l'accès des personnes handicapées. Par ex : droit de vote, droit d'être enseignant, etc.
- **Attitudes** : Une barrière importante est l'attitude des personnes en raison des préjugés et mythes relatifs au handicap, du manque de sensibilisation, etc.

III. 1. 4. Modèles Du Handicap

Objectifs	Comprendre les modèles, social et médical du handicap
Participants	Toutes les parties prenantes présentes lors de l'activité
Durée	1 heure 25
Ressources nécessaires	• Dialogue entre deux sœurs dont l'une est handicapée et une autre non handicapée • Modèles de la santé

Activités proposées

Etape 1 : Jeu de rôle

- Demander à deux volontaires de lire le dialogue ci-dessous. Il s'agit d'une discussion entre deux sœurs : l'une est une personne handicapée ; l'autre n'a pas de handicap. Elles discutent d'une visite chez une tante. • Analyser en plénière les différences entre les deux cas.
- Conclure : ce dialogue a été utilisé pour introduire les modèles médical et social du handicap.

Etape 2 : Présentation des modèles médical et social du handicap

- Introduire le concept de modèle : un cadre qui explique la réalité, façon de voir un problème.
- Dans le domaine du handicap, il existe plusieurs modèles. Nous allons nous centrer sur les modèles médical et social. Les autres modèles sont par exemple : le modèle traditionnel, le modèle basé sur l'approche droits, etc.
- Présentation en plénière sur les modèles médical et social du handicap.

Après la présentation, les questions suivantes peuvent être utilisées pour la discussion :

- Les participants reconnaissent-ils un de ces modèles dans leur société ?
- Lequel est le plus utile pour la personne handicapée ? Pourquoi ?

Etape 3: Exercice

- Remettre aux participants des fiches avec des affirmations et demander aux participants d'identifier le modèle.
- **Les affirmations :**
 - **Modèle médical**
 - Si tu fais beaucoup d'efforts, tu pourras être normale.
 - Si nous t'opérons, tu pourras marcher à nouveau.
 - Tu as besoin de voir un spécialiste en ophtalmologie.
 - Tu dois aller à l'école spécialisée.
 - **Modèle social**
 - Nous voyons ce que tu peux faire, pas ce que tu ne peux pas faire.
 - Travaille à ton propre rythme.
 - Ce centre de santé a besoin d'être rendue accessible.
 - Tu peux aller dans une structure sanitaire ordinaire.

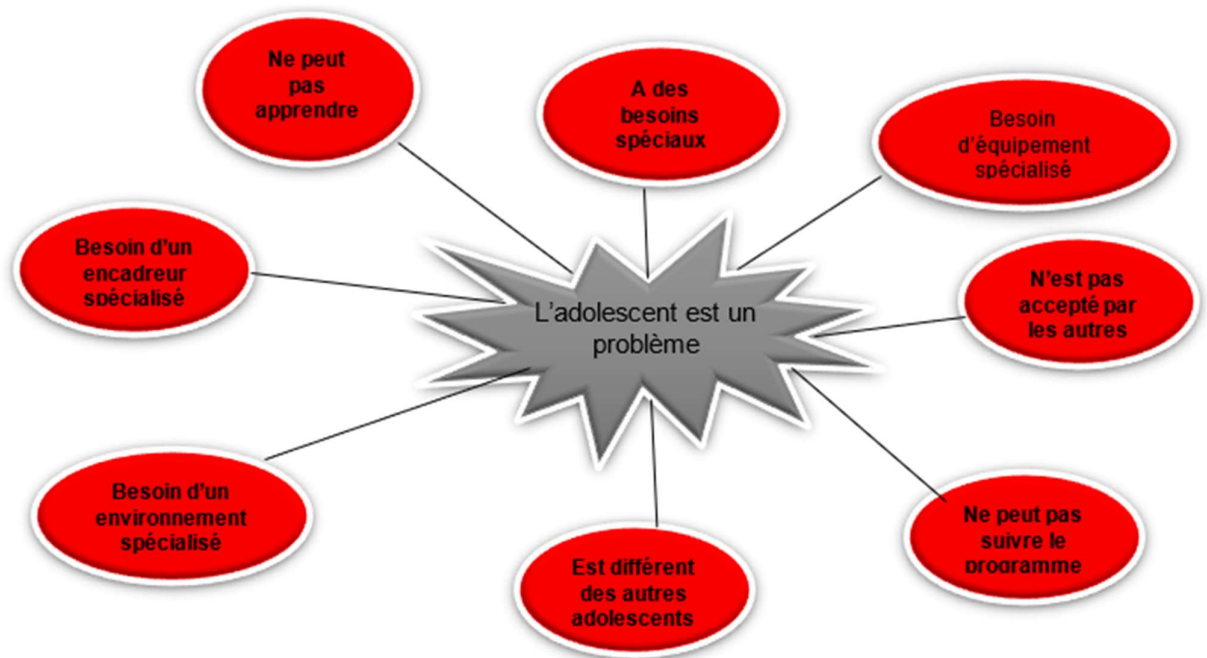
DIALOGUE ENTRE DEUX SOEURS

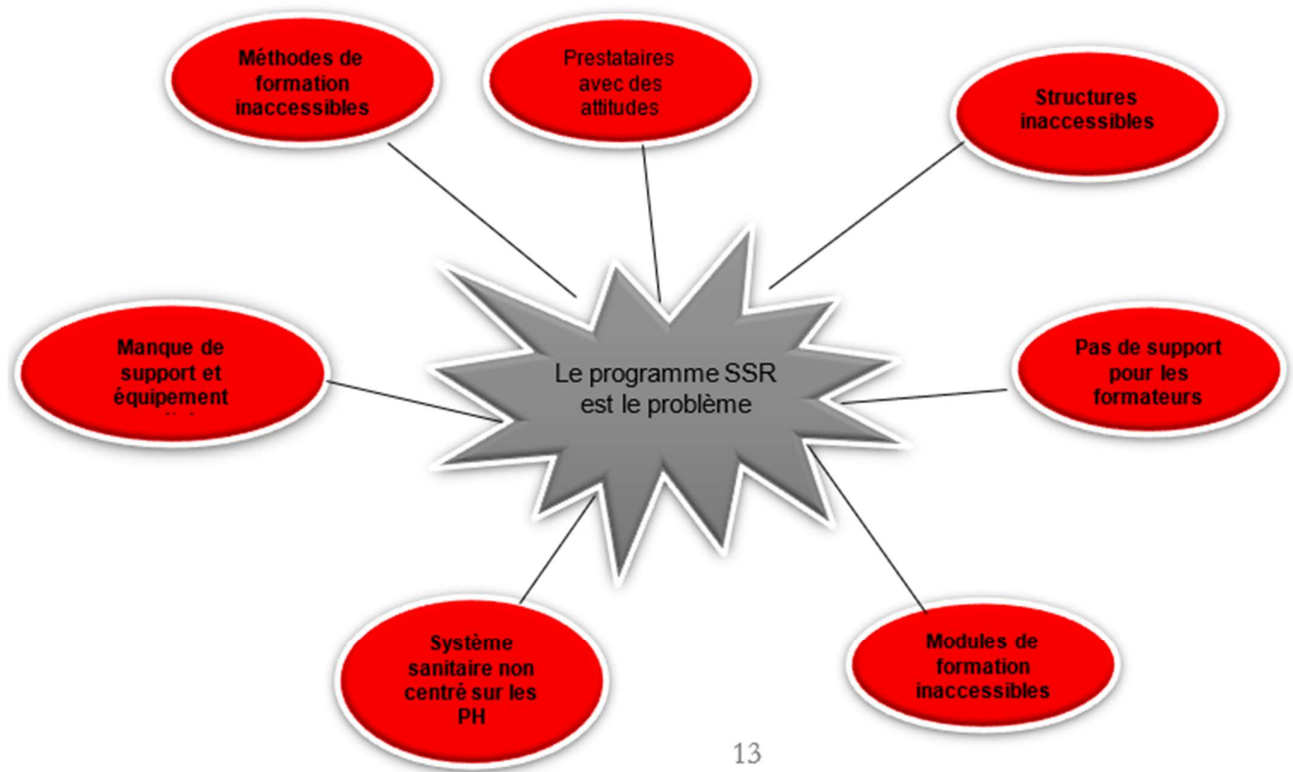
Modèle médical

Sœur non handicapée	Sœur handicapée
Je suis vraiment impatiente d'aller à la fête ce samedi chez Tantie. Cela fait tellement de temps que nous n'avons pas vu la famille. Je me réjouis de voir nos cousines. Pas toi ?	Si je suis impatiente. J'aime les occasions où toute la famille se retrouve. Mais je ne suis pas sûre que JE peux venir.
Bien, avec ton handicap, c'est vrai que c'est difficile.	C'est vrai. Il y a tellement de choses auxquelles je dois penser avant de pouvoir sortir de la maison. Tu vois, à cause de mes jambes paralysées, et aussi de mes crises d'épilepsie.
Oui, ce n'est pas facile... Tu ne peux pas te déplacer...	J'ai bien mes béquilles, mais c'est fatiguant de les utiliser toute la journée... Et puis, c'est difficile pour moi de prendre le mini-bus jusqu'au village.
Quand tu seras opérée, tout ira mieux.	Oui, je l'espère.

En attendant, peut-être cela vaut mieux pour toi de rester à la maison. Tu verras la famille à une autre occasion.	Oui tu as sans doute raison...Je n'ai pas le choix...
Modèle social	
Sœur non handicapée	Sœur handicapée
Je suis vraiment impatiente d'aller à la fête ce samedi chez Tantie. Cela fait tellement de temps que nous n'avons pas vu la famille. Je me réjouis de voir nos cousines. Pas toi ?	Si je suis impatiente. J'aime les occasions où toute la famille se retrouve. Mais je ne suis pas sûre que JE peux venir.
Tu veux dire que c'est difficile pour toi d'aller jusqu'à leur maison ?	Oui, il y a la question du minibus. Parfois, les chauffeurs ne veulent pas me prendre parce que je suis paralysée... Et puis, une fois au village, je dois marcher avec mes béquilles jusqu'à la maison de Tantie.
Oui, c'est vrai. J'ai déjà vu que les chauffeurs n'acceptent pas toujours de prendre les personnes handicapées.	Et oui...
Bon allez, viens ! On va se débrouiller... On expliquera tout cela au chauffeur.... Et pourra marcher à ton rythme jusqu'à la maison de tantie. On a le temps !	Oui tu as raison ! C'est parti pour la fête !

LES
MODELES DE SANTE REPRODUCTIVE POUR LES ADOLESCENTS HANDICAPES





MODELES MEDICAL ET SOCIAL DU HANDICAP

Apport d'informations

La façon de voir un problème détermine les réponses qu'on va y donner. Notre approche à un problème peut être appelée un « modèle ».

Le modèle classique du handicap se fonde sur les déficiences des personnes handicapées et explique les difficultés que celles-ci rencontrent dans leur vie par ces déficiences. Cette vision du handicap cherche à identifier la cause du handicap par des tests, puis elle essaie d'enrayer la déficience en recourant à la chirurgie, à la médication ou à la thérapie. Ce **modèle médical** voit dans le handicap une « tragédie personnelle » qui limite la faculté de la personne handicapée à participer aux activités courantes de la société. Il est du ressort de la personne handicapée elle-même d'essayer de s'insérer dans le monde tel qu'elle le trouve – un monde fait par des personnes non handicapées pour répondre aux besoins de personnes non handicapées.

Avec le **modèle social** du handicap, il ne s'agit plus d'envisager la « tragédie personnelle » vécue par une personne individuellement, mais de s'intéresser à la manière dont l'environnement social dans lequel les personnes handicapées doivent vivre intervient pour les exclure d'une participation intégrale.

Modèle médical	Modèle social
Le handicap est vu comme une pathologie individuelle	Le handicap est vu comme une pathologie sociale
Le problème, c'est l'individu : le handicap est le résultat direct de la déficience	Le handicap est principalement le résultat des barrières sociétales à l'accessibilité et l'égalité des opportunités
Le handicap est seulement une question médicale	Le handicap est une question environnementale et sociétale
Accent sur ce que la personne ne peut pas faire : ne peut pas marcher, etc.	Mise en avant des capacités de la personne
Les solutions sont proposées par des experts médicaux sur base d'un diagnostic	Les solutions se trouvent au niveau de la société
Réponses apportées : soins dans des hôpitaux, auprès de spécialistes, etc. en vue d'une normalisation Des services spécialisés (écoles spécialisées, sports spéciaux, etc.)	Réponses apportées : élimination des barrières physiques, sociales et économiques

Ces deux points de vue – médical et social - sont tout autant valables et tout autant nécessaires. Mais, trop souvent, on ne tient compte que de la vision médicale et, lorsqu'elle échoue ou lorsqu'elle ne peut pas être mise en œuvre, les gens baissent les bras. Les parents et les services peuvent jouer un grand rôle pour réduire les handicaps qui résultent de déficiences.

Ce ne sera pas toujours possible de faire marcher une personne paralysée, de rendre la vue à une personne aveugle, mais des rampes peuvent être construites, des chiens guides peuvent être formés, les personnes non handicapées peuvent être sensibilisées, etc.

Les éléments de contexte au Burundi

Modèle social Les bus ne sont pas adaptés aux personnes handicapées physiques. La personne handicapée est considérée comme un être inférieur par la communauté : Par exemple : Les demandes d'emploi des PH ne sont pas prises en compte par les sociétés, et par l'état (Par l'employeur en général) Il y a une attestation d'aptitude physique à produire pour être embauché. Un enfant handicapé ne peut bénéficier d'aucune assurance médicale. L'accès à la succession est difficile pour les personnes handicapées (dans certains cas). Les centres spécialisés de réadaptation ne sont pas encore reconnus par le Ministère. Les programmes SSR ne sont pas adaptés aux personnes handicapées Les structures sanitaires sont inaccessibles Au Burundi, on n'a pas l'habitude de céder le passage aux PH. L'état des routes au Burundi n'est pas adapté aux PH. Les infrastructures publiques ne sont pas accessibles aux PH Les programmes, politiques, textes et les lois ne tiennent pas compte des PH. Au Burundi, il n'existe pas d'école pour former : - les kinésithérapeutes - enseignants spécialisés - éducateurs spécialisés - orthopédistes Ces professionnels vont se former à Goma	Modèle médical Les enfants handicapés ne sont pas capables de monter, ni de s'installer dans les bus. Croyance erronée : - Un enfant atteint de poliomyélite a été attaqué par un python - Une femme qui met au monde un enfant handicapé amène un malheur dans la famille - Se coucher avec une femme handicapée porte chance - La virginité des femmes handicapées est la source de guérison du VIH/Sida Il peut arriver que l'on tue l'enfant à la naissance et que l'on fasse croire qu'il est mort-né.
---	---

III. 1. 5. Les différentes déficiences

Objectif	Étudier les causes et signes des déficiences les plus fréquentes.
Participants	Toutes les parties prenantes à l'activité
Durée	1 heure 30
Ressources matérielles nécessaires	Illustrations de différentes déficiences.

❖ Activités proposées

Etape 1 : Classifications

- Lister avec les participants les différentes déficiences qu'ils connaissent.
- Placer les participants en groupes et leur demander de produire une classification. Donner l'exemple de la classification des animaux.
- Partager en plénière et conclure : le but d'une classification est de mieux comprendre un concept, de le clarifier. Chaque classification a ses limites. Dans le domaine du handicap, il existe aussi différentes classifications : la Classification internationale du Fonctionnement, la Classification internationale du handicap (déficience-incapacité-handicap), etc.
- Dans le cadre de la présente formation, la classification suivante sera utilisée :
 - Déficience physique - Déficience mentale -Déficience auditive -Déficience visuelle

Etape 2 : Causes et signes

- Placer les participants en 4 sous-groupes et attribuer un type de déficience à chacun afin de
 - Proposer une définition du type de déficience,
 - Donner les causes
 - Donner les signes -Donner des exemples
- Partage en plénière.

Etape 3 : Illustrations

- Placer les participants en pair et leur remettre des dessins des différentes déficiences. Ils doivent :
 - Décrire ce qu'ils voient
 - Définir de quel type de déficience il s'agit
- Partage en plénière.

Note au facilitateur

Pour présenter les différentes déficiences à un public du personnel soignant non expérimentés, il est possible de travailler type de déficience par type de déficience. Voir ci-dessous un exemple de séquence sur les déficiences sensorielles.

Exemple de séquence sur les déficiences sensorielles à l'attention des prestataires

Objectif	Expliquer les signes et causes des déficiences sensorielles
Participants	Personnels soignants
Durée	1 heure 30
Ressources matérielles nécessaires	Illustrations/ image d'une personne non voyante et d'une personne non entendante

▪ Déroulement de la séquence :

○ Introduction :

- Rappel notion de handicap et déficience :

Que connaissez-vous comme type de déficiences sensorielles ?

Listez toutes les réponses des participants au tableau.

Dans les réponses, complétez les types de déficiences qui manquent

- Travail de groupe

Constituez des groupes, donnez les illustrations à chacun des groupes et demander de travailler sur les causes et les signes des handicap/déficiences, à donner des exemples et, à la fin d'élaborer une définition du concept à l'étude

- Mise en commun

Les participants exposent les productions de leur groupe sur lesquelles des échanges sont faits

LES DIFFERENTES DEFICIENCES

Apport d'informations

LES DEFICIENCES PHYSIQUES

Les signes

- Les personnes concernées peuvent par exemple : avoir un ou plusieurs membres amputés ; avoir un membre ou une partie du corps manquant à la naissance, avoir des déformations aux bras, aux doigts, aux jambes et à d'autres parties du corps.
- La marche peut être difficile, pénible : la personne se penche d'un côté à chaque pas, marche les genoux serrés, avec les chevilles fléchies, etc.
- Par ailleurs, une personne avec déficience physique peut se reconnaître par la paralysie d'une jambe, la paralysie de la moitié du corps (hémiplégie), la paralysie des deux jambes (paraplégie) et enfin la paralysie des jambes et des bras (tétraplégie).

Les causes

On peut classer les causes du handicap physique en trois catégories :

- **Les affections congénitales et périnatales** : au niveau du système nerveux : ce sont par exemple, les infirmités motrices cérébrales (IMC), les infections congénitales de l'appareil moteur : luxation congénitale de la hanche, malformation au niveau du genou (varum) ou du pied (pied bot) ; les infections congénitales de la peau (albinos).
- **Les affections héréditaires** : elles se transmettent des parents à l'enfant. Exemple : la myopathie qui est une maladie qui affaiblit les muscles du corps dès l'âge de 3 à 5 ans et de façon progressive. Il y a donc une déformation du corps.
- **Les affections acquises** se produisent au cours de la vie par les maladies, les traumatismes, les accidents : les maladies les plus connues : la poliomyélite, les méningoencéphalites infectieuses, le neuropaludisme ; les traumatismes :

traumatisme crânien et médullaire (colonne vertébrale) provoquée par les accidents, les coups et chocs reçus : (bagarres, chutes, ...) les accidents vasculaires cérébraux (AVC) provoquant des paralysies. N.B. : Certaines causes de la déficience physique sont inconnues.

LES DEFICIENCES AUDITIVES

Nous croyons souvent que les PH entendent, mais en réalité il se pourrait qu'ils aient des problèmes auditifs. Les PH ne sont pas capables de nous dire qu'ils ont du mal à entendre, car ils peuvent très bien ne pas savoir ce que veut dire entendre correctement !

De légères pertes auditives sont beaucoup plus fréquentes parmi la population scolaire qu'une grave perte d'audition (ou surdité). Certains problèmes auditifs surviennent et disparaissent. Si une PH est sujet à des rhumes de cerveau ou à des infections, il est possible qu'il ait aussi un problème auditif.

Les signes

- Une attention médiocre ou une difficulté à respecter les consignes sont peut-être dues au fait que l'enfant n'entend pas ce qui se dit.
- Un faible développement de l'élocution peut être dû à une perte auditive.
- La PH parle trop fort ou trop bas.
- Il se peut que la PH réponde mieux aux tâches qui lui sont assignées par écrit ou lorsque le professeur est relativement proche de lui.
- Il se peut que la PH tourne la tête d'un côté ou la dresse pour entendre mieux.
- Les problèmes auditifs peuvent pousser la PH à regarder ce que font les autres personnes avant de commencer son travail ou bien à observer ses camarades
- Il se peut qu'une PH demande à ses pairs de parler plus fort.
- Il se peut que la PH donne une réponse qui ne correspond pas à la question posée.
- Il se peut que la PH soit timide ou renfermé ou qu'il semble têtard et désobéissant, à cause de sa perte auditive.
- Il se peut que la PH rechigne à participer aux activités orales, qu'il ne rit pas à certaines plaisanteries ou ne comprenne pas l'humour.
- Il se peut que la PH interprète les expressions du visage, les mouvements du corps et les informations contextuelles plutôt que le langage articulé et qu'il en arrive ainsi parfois à de fausses conclusions.
- Il se peut que la PH se plaigne fréquemment de douleurs à l'oreille, de rhumes, de maux de gorge ou d'angines chroniques. Il se peut que l'élève ait des écoulements de sécrétions provenant des oreilles.

Les causes

Certains enfants naissent avec des déficiences auditives ; d'autres peuvent perdre l'audition plus tard. Les causes les plus fréquentes sont :

- Héréditaires ;
- Liées à la mère qui a eu la rubéole au début de sa grossesse ;
- Une carence en iode dans l'alimentation de la mère ;

- Un enfant prématuré (né trop tôt ou trop petit) ;
 - Des infections de l'oreille, en particulier des infections durables et chroniques avec présence de pus ;
 - Un excès de cérumen qui encombre le conduit auditif ;
 - La méningite (une infection du cerveau) ;
 - La malaria cérébrale et des surdosages de médicaments utilisés pour ce traitement.
- Cependant, dans un cas sur trois, les causes de la déficience auditive ne sont pas identifiées.

Définition : Il existe différents degrés de déficience auditive, de la personne malentendante à la personne sourde.

Evaluation :

- Mme Kaneza est enceinte de 2 mois, elle a contracté la rubéole, que risque son enfant ? Il risque d'être sourd
- Minani est assis au premier rang, quand le maître parle, il est agité, tourne la tête à gauche et à droite pour voir ce que ses camarades de classe sont en train de faire ? Que vous évoque cette attitude ? Une possibilité de surdité
- Ciza fronce toujours les sourcils pendant la lecture. Que vous évoque cette attitude ?
- Je montre un objet à mon bébé et ce dernier ne le suit pas des yeux. Que vous évoque cette attitude ?

LES DEFICIENCES VISUELLES

On utilise plusieurs termes pour décrire les différents degrés et types de déficience visuelle, tels que la vue basse, la perte partielle de la vue et la cécité.

Les signes

- Les indicateurs physiques : yeux rouges, croûtes sur les paupières ou entre les cils, orgelets récurrents, paupières gonflées ou tombantes, yeux larmoyants ou suppurants, strabismes divergents ou convergents, pupilles de taille inégale.
- La PH se frotte les yeux souvent ou quand il fait un travail qui exige d'être regardé de près.
- La PH ferme un œil ou se cache un œil, quand il a des difficultés à voir avec cet œil, ou bien il penche la tête de côté ou tend son visage vers l'avant.
- L'incapacité à repérer ou à ramasser un petit objet.
- Une sensibilité particulière à la lumière ou des difficultés liées à l'éclairage.
- Des difficultés de lecture, mais la PH peut être très bon à l'oral ou quand il s'agit de tâches ou de consignes orales.
- Des difficultés à l'écrit : par exemple, il peut être incapable d'écrire en suivant les lignes ou entre les espaces.

- Si voir de loin est un problème, cela peut se solder par la mise à l'écart de la personne sur le terrain de jeu ou de toute activité motrice générale. Il se peut que ce genre d'élève préfère lire ou faire d'autres activités intellectuelles.

Les causes

- Des maladies infectieuses contractées par la mère durant les premiers mois de la grossesse ;
- Des maladies infectieuses contractées par l'enfant (par exemple la rougeole ou la variole) ;
- La malnutrition de la mère ou de l'enfant (Manger des fruits et des légumes jaunes et verts aide à protéger les yeux) ;
- La xérophtalmie, c'est-à-dire la cécité nutritionnelle résultant d'une carence en vitamine A dans l'alimentation ;
- Des infections oculaires ;
- Des blessures aux yeux ;
- Des tumeurs du nerf optique ;
- Des lésions cérébrales ;
- La cécité des rivières contractée à l'occasion d'une baignade dans des eaux infectées.

Définition : Il existe différents degrés de déficience visuelle telle que la vue basse (le rétrécissement du champ de vision, la myopie, l'hypermétropie...) La perte partielle de la vue ou la cécité

LES DEFICIENCES MENTALES

De tous les handicaps, c'est le plus fréquent. On utilise souvent d'autres termes pour décrire ce handicap ; par exemple, retard mental, handicap mental. La déficience mentale affecte tous les aspects du développement d'une personne : le développement physique, l'acquisition du langage, la capacité à se prendre en charge et la maîtrise des connaissances théoriques.

Cependant, ils ne sont **pas malades mentalement**. On utilise en effet ce terme lorsque des personnes en bonne santé développent une maladie qui altère leur humeur, leurs sentiments et leur comportement. Elles peuvent être soignées à l'aide d'un traitement approprié.

Chez certains enfants, la déficience mentale se décèle à la naissance ou peu après. Mais, pour beaucoup d'autres, on ne pourra l'identifier que lorsque l'enfant ira à l'école, bien que les symptômes soient souvent présents dès le plus jeune âge.

Certains enfants peuvent souffrir d'handicaps très graves et peuvent être atteints d'autres déficiences, telles que des problèmes de vue et d'audition. On les désigne parfois sous le nom d'enfants handicapés multiples.

Les signes

Les signes ont été répartis en six domaines, pour lesquels le développement peut être ralenti, par rapport à d'autres enfants du même âge :

- Acquisition de la parole ;
- Compréhension du langage (comprendre des consignes par exemple) ;
- Pratique du jeu (ne joue pas, etc.) ;
- Acquisition du mouvement (marcher, coordination motrice) ;
- Développement du comportement (faible attention, hyperactif, apathique) ;
- Apprentissage de la lecture et de l'écriture (copier des cercles ou carrés).

Les enfants qui présentent des symptômes dans tous ces domaines sont plus susceptibles d'être atteints d'une déficience mentale. Des problèmes qui surviennent dans un domaine mais pas dans un autre peuvent témoigner d'une difficulté d'apprentissage spécifique, liée à la lecture, à l'écriture ou aux mathématiques, par exemple.

Certains enfants se développent naturellement plus lentement que d'autres, sans pour autant présenter de déficience mentale. Les privations peuvent être à l'origine de ce genre de développement plus lent.

Les enfants peuvent développer une déficience mentale plus tard dans leur vie, après avoir franchi ces étapes. Ce peut être à la suite d'une blessure à la tête ou de privations graves.

Les causes

Les déficiences mentales ont des causes très différentes. On peut les répartir en cinq types :

- Le dommage génétique (exemple : trisomie) ;
- Les infections intra-utérines (la rubéole, virus HIV) ;
- Les dommages à la naissance ou peu après : manque d'oxygène, naissance prématurée, jaunisse ;
- Les accidents et les maladies (malaria cérébrale, méningite, crises épileptiques répétées, malnutrition) ;
- Les causes sociales : carence extrême en matière d'affection, d'amour et d'encouragement.

Cependant, pour un nombre assez important d'enfants – plus d'un tiers –, l'origine de leur handicap ne peut être déterminée.

NOTE SUR L'INFIRMITÉ MOTRICE CÉRÉBRALE

L'infirmité motrice cérébrale (IMC) signifie littéralement la paralysie du cerveau. Souvent, les parties du cerveau les plus atteintes sont celles qui contrôlent les mouvements des bras, des jambes ou des muscles du visage, d'où des membres dépourvus de tonicité musculaire ou, le plus souvent, très tendus et rigides. Il est souvent très difficile, voire impossible, pour les gens atteints d'infirmité motrice cérébrale de parler correctement, en raison des difficultés qu'ils rencontrent à contrôler les mouvements de leur tête ou les muscles du visage.

L'infirmité motrice cérébrale est la combinaison de différents handicaps. Parfois, quand la lésion cérébrale est plus générale, les facultés intellectuelles peuvent aussi être déficientes, mais, la plupart du temps, les enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale sont plutôt

handicapés physiquement que mentalement. Certains enfants peuvent aussi avoir des problèmes d'audition et/ou de vue.

Les causes

Il y a rarement une seule cause qui explique l'infirmité motrice cérébrale. Elle peut résulter :

- De malformations congénitales ;
- D'infections contractées par la mère durant la grossesse ;
- De difficultés durant l'accouchement ;
- D'infections infantiles, telles que la méningite, la rubéole et les blessures à la tête.

Le risque d'avoir un enfant atteint d'infirmité motrice cérébrale s'accroît pour les mères adolescentes ou pour celles qui ont une santé fragile et qui vivent dans la pauvreté.

III. 1. 6. DISCRIMINATIONS LIEES AU HANDICAP

Objectif	• Comprendre qu'une personne handicapée ne peut être réduite à son handicap. • Identifier un vocabulaire adéquat pour parler du handicap et des personnes handicapées.
Participants	Tous les participants
Durée	1 heure
Ressources matérielles nécessaires	Illustrations/ image d'une personne non voyante et d'une personne non entendante

Activités proposées

Etape 1 : La molécule d'identité

- Demander aux participants de remplir leur molécule d'identité (genre, hobbies, situation familiale, sanitaire, etc.).
- En plénière, demander aux participants de se lever lorsqu'un aspect de leur identité est mentionné (ex : genre, hobbies, etc.).
- Conclure : l'identité est multiple, nous sommes tous différents.

N.B. : La molécule d'identité individuelle peut être faite lors du premier jour de formation comme outil de prise de connaissance des participants entre eux.

- Demander aux participants de remplir la molécule d'identité pour une personne handicapée qu'ils connaissent.
- En plénière, demander aux participants de se lever lorsqu'un aspect de l'identité est mentionné (ex : genre, hobbies, etc.).

Conclusions : l'identité des personnes handicapées est également multiple. On ne peut voir les personnes handicapées comme uniquement handicapées, elles ont d'autres aspects de leur identité.

Etape 2 : Appelle-moi par mon nom !

- En plénière, lister tous les noms connus des participants pour parler des personnes handicapées (un terme à écrire par fiche). Inclure tous les termes, qu'ils soient positifs ou négatifs.
- Distribuer les fiches avec les termes aux participants. Demander aux participants de regarder le nom qu'ils ont reçu et comment ils se sentiraient s'ils étaient appelés par celui-ci.
- Placer deux feuilles sur le mur avec deux visages : un heureux, un malheureux. Demander aux participants de placer leur fiche sous l'un des deux visages : -Si le terme est neutre ou a une connotation respectueuse, alors ils le placent sous le visage heureux.

Si le terme n'est pas respectueux, alors ils le placent sous le visage malheureux.

- Partage en plénière.
- **Conclusions :**
 - Le langage qu'on utilise est important car il peut offenser les personnes handicapées.
 - Le langage adéquat pour parler des personnes handicapées change avec Le langage sur le handicap est souvent dépendant du temps et du lieu. A un moment donné, un terme peut être adéquat, et ce n'est plus le cas dix ans plus tard.
 - Néanmoins, **quelques recommandations** par rapport au langage peuvent être formulées
 - o Rejeter les mots qui ont des connotations négatives.
 - o Parler de la personne avant de parler du handicap. Ex : « un enfant handicapé », et non pas « un handicapé », « une personne avec une déficience auditive », etc. ;
 - o Mettre en avant les capacités des personnes handicapées : marche avec des béquilles, utilise une canne, se déplace en tricycle, etc.
 - o Eviter les mots qui font référence à la maladie, à la tragédie, à l'anormalité. Ex : confinée dans une chaise, souffre d'une déficience visuelle, etc.

Etape 3 : Le cercle de l'exclusion

- Demander à deux volontaires de quitter la pièce.
- Demander aux autres participants de se mettre en deux cercles. La consigne est qu'ils doivent ignorer les deux volontaires, ne pas leur parler, ne pas les accueillir, etc. par tous les moyens – sauf la violence.
- Informer les volontaires qu'ils doivent tout faire pour se faire accepter par les cercles.
- Jouer le jeu pour une courte période (2-3 minutes).
- Questions pour la discussion : -Aux deux volontaires : Qu'ont-ils fait ? Quelles ont été leurs stratégies pour être inclus ? Comment se sont-ils sentis ? Quelles émotions ? -Aux autres participants : Qu'ont-ils fait ? Quelles ont été leurs stratégies pour exclure ? Comment se sont-ils sentis ? Quelles émotions ?
 - Pour tous : qu'illustre ce jeu ?

Note au facilitateur

Il est très important de bien discuter cette activité, de laisser du temps aux Volontaires de s'exprimer.

Etape 4 : Expériences de discrimination

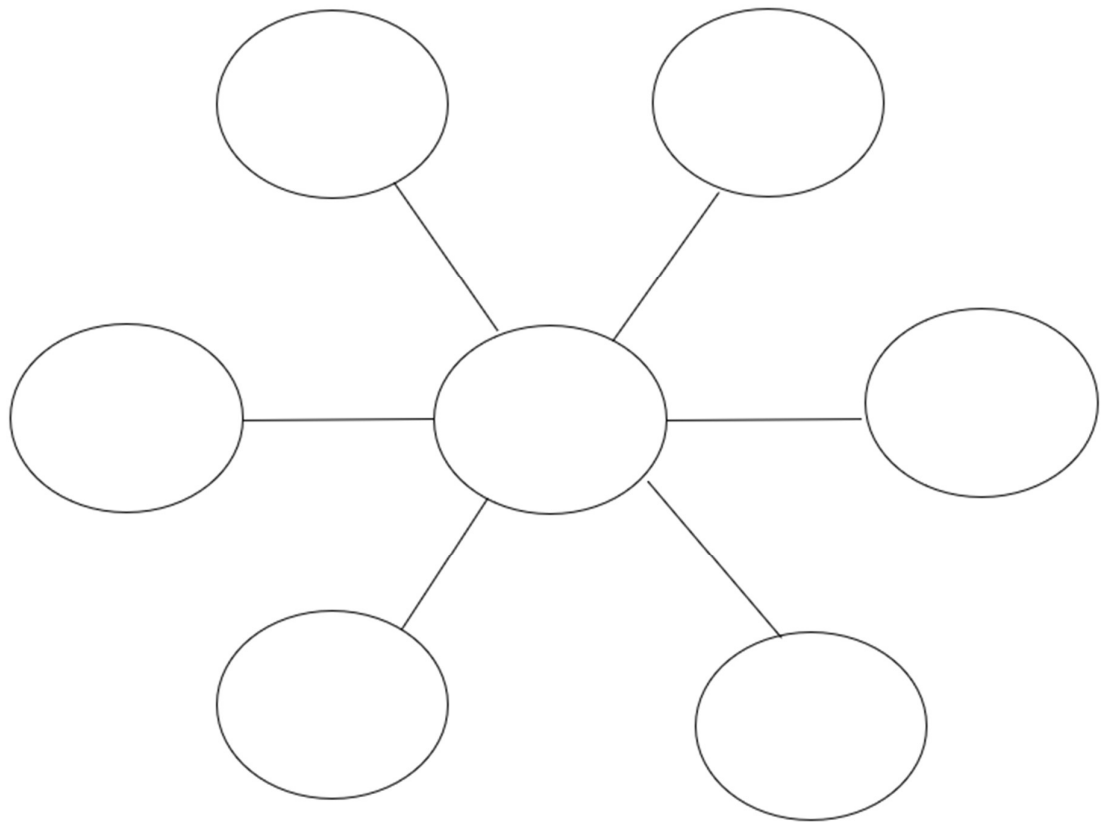
En sous-groupes :

- Partager des expériences de discrimination vis-à-vis des personnes handicapées - vécues personnellement ou vues en tant que témoin.
- Identifier des représentations négatives sur le handicap

Note au facilitateur

Les différentes étapes présentées dans cette activité sur les discriminations
Peuvent être faites à tout moment de la formation.

MOLECULE D'IDENTITE



III. 1. 7. UN VOCABULAIRE COMMUN

Objectif	S'accorder sur une définition commune de concept santé inclusive.
Participants	Tous les participants
Durée	1 heure
Ressources matérielles nécessaires	• Papier brouillon, scotch, marqueurs de couleur, crayons. • Etudes de cas. • Powerpoint sur les dispositifs d'inclusion.

Activités proposées

Etape 1 : Dessin

- Les participants se déplacent et observent les différents dessins.

Etape 2 : Définition

- Mettre les participants en quatre groupes et attribuer un dessin
- Demander à chaque groupe de définir, de donner un exemple existant dans le pays, et de choisir le meilleur dessin pour illustrer le concept.
- Partager en plénière et corriger si nécessaire.

Alternative

Pour gagner du temps, et si les concepts sont totalement neufs pour les participants, il peut être envisagé de demander aux participants de faire correspondre le concept de santé inclusive, les définitions et les illustrations proposées (cf. Annexe/handouts).

Etape 3 : Etudes de cas

- En groupes, demander aux participants d'analyser les études de cas présentées ci-dessous et de voir s'il s'agit d'un accès spécialisé, intégrateur ou inclusif pour la santé.

Etape 4 : Dispositifs d'inclusion

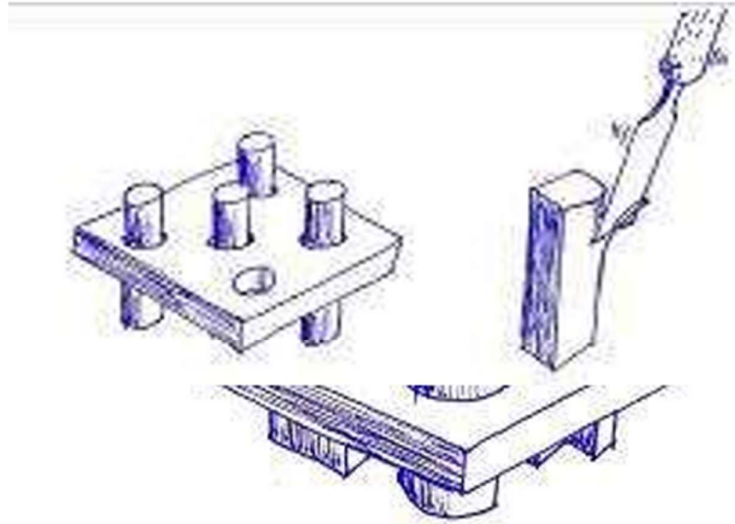
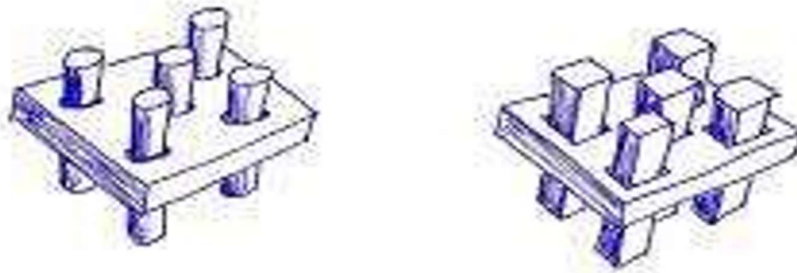
- Faire la présentation Powerpoint sur les différents dispositifs d'inclusion. (cf. annexe).

Notes au facilitateur

- Cette étape 4 est plutôt destinée aux autorités sanitaires qu'à des prestataires

Il n'est pas nécessaire de passer toutes ces étapes. Le contenu de la formation
Est à adapter aux participants

LES DIFFERENTS TYPES D'OPTION



Source: STUBBS, *Wherethere are few resources*, 2002.

DESCRIPTION DE L'OPTION

Santé inclusive désigne un système sanitaire qui tient compte des besoins particuliers en matière d'accès à la santé pour **toutes** les personnes en situation de marginalisation et de vulnérabilité : personnes des rues, filles, groupes de personnes appartenant à des minorités ethniques, personnes issues de familles démunies financièrement, personnes issues de familles nomades, personnes atteintes du VIH/sida et personnes handicapées. La santé inclusive a pour objectif d'assurer à ces personnes l'égalité des droits et des chances en matière d'accès à la santé. Il s'agit d'une approche sanitaire basée sur la valorisation de la diversité comme élément enrichissant du processus d'améliorations des conditions sanitaires de la population et par conséquent favorisant le développement humain. La santé inclusive vise la dé-Marginalisation de tous, en valorisant la différence.

La santé inclusive se rapporte à l'ensemble des mesures qu'une structure sanitaire doit prendre pour être accessible à tous les citoyens du pays (y compris aux citoyens handicapés). Après avoir évalué ses capacités existantes, l'établissement sanitaire doit mettre en place un projet d'amélioration visant à l'inclusion afin que tous les besoins de toute personne en matière de soutien à l'accès aux services SSR soient pris en compte.

III. 1. 8. DEVELOPPER DES PARTENARIATS

Objectif	Démontrer la nécessité des partenariats pour la réussite de la santé inclusive
Participants	Tous les participants
Durée	1 heure
Ressource nécessaires	Papier de couleur, ciseaux, colle

Activités proposées

Etape 1 : Brainstorming – Remue-méninges

Identifier par brainstorming les différents partenaires locaux et nationaux qui doivent être impliqués pour la réussite de la santé inclusive.

Etape 2 : Le diagramme

Source : ACTION AID, *Education Rights*, p. 28.

- Mettre les participants en sous-groupes.
- Demander aux participants de faire un diagramme des acteurs actifs dans la SSR des personnes handicapées. Ils peuvent utiliser différentes formes, couleurs et symboles pour illustrer les liens avec le CDS, leur "influence", leur attitude, leur présence, etc.

- Partager en plénière.

Etape 3 : Les partenariats

- La santé inclusive suppose la mise en place de différents partenariats.
- Placer de grandes affiches avec les partenaires potentiels.
- Par la technique de l'arrêt de bus, ou en sous-groupes, demander aux participants d'identifier comment ce partenaire peut contribuer à la santé inclusive (SSR).
- Partager en plénière.

Note au facilitateur

Les résultats de cette activité peuvent être utilisés pour la planification vers
Une santé inclusive.

LES PARTENARIATS

Apport d'informations

La santé inclusive suppose la mise en place de partenariats entre différents acteurs : les parents, les personnes handicapées, les prestataires et l'administration sanitaire, la communauté, l'État, les associations et ONG œuvrant dans le domaine de la santé, les partenaires au développement, le programme national RBC, etc.

Dans le cadre des partenariats, il est important que les rôles des uns et des autres soient clairs pour chacun, et éventuellement formalisés dans un document. Cette stratégie permet de renforcer la confiance et le respect mutuels et d'éviter les empiètements et concurrences aux dépens des personnes handicapées.

Ci-dessous, sont présentés à titre indicatif différents rôles possibles pour chacun des partenaires potentiels.

Partenariat avec les parents des personnes handicapées

- Les parents sont invités pour :
 - Voir quelles sont les méthodes d'inclusion utilisées aux structures sanitaires ;
 - Pour être un « expert » et présenter un thème particulier ; sensibiliser sur la déficience de l'enfant ;
 - Pour être « assistant ».
- Les parents peuvent participer à des formations, qui présenteraient notamment les activités pratiques qu'ils pourraient entreprendre chez eux pour aider la personne handicapée à acquérir de nouvelles aptitudes.
- Les parents peuvent être appuyés afin de créer une association locale pour la promotion de la santé inclusive.
- Les parents peuvent également s'investir dans l'aménagement de l'environnement sanitaire, dans l'organisation des journées portes ouvertes aux structures sanitaires, dans les sensibilisations d'autres parents, etc.
- Des rencontres périodiques peuvent être organisées avec les parents afin d'évaluer les améliorations d'accès aux services sanitaires
- Les prestataires sanitaires peuvent rendre visite à la famille afin d'obtenir toutes les informations utiles, afin de comprendre le handicap,
- Les directions des structures sanitaires peuvent veiller à l'implication des parents dans les réseaux communautaires.

Partenariats sanitaires

- Deux structures sanitaires d'une même communauté peuvent travailler ensemble.
- Les animateurs de la SSR peuvent également travailler ensemble pour mieux informer les concernés.

- Les services et les réseaux communautaires de SSR d'une communauté peuvent rendre visite à ceux d'une autre communauté et réciproquement, pour connaître les initiatives prises dans leurs localités en vue d'inclure toutes les personnes handicapées dans les séances de SSR.

Partenariat avec les associations, ONG et partenaires au développement Les associations peuvent :

- Sensibiliser les parents, les prestataires et la communauté sur la nécessité de l'accès à la santé des enfants et jeunes handicapés.
- Former les différents acteurs afin qu'ils jouent leur rôle dans la mise en œuvre de la santé inclusive.
- Appuyer matériellement, financièrement et techniquement la santé inclusive.
- Organiser des rencontres (ateliers, séminaires) d'échanges d'expériences sur la santé inclusive.
- Faire le plaidoyer et le lobbying auprès des décideurs politiques et financiers sur la promotion de la santé inclusive.

Partenariat avec les écoles spécialisées

- Un professeur d'une école spécialisée peut aller dans une structure sanitaire pour y appuyer le personnel ou pour aider les enfants et jeunes handicapés.
- Les éducateurs des centres spécialisés peuvent conseiller et orienter les prestataires sur la manière de gérer certains handicaps.
- Les éducateurs et responsables des centres spécialisés pourraient éventuellement former les prestataires et les parents.
- Les écoles spécialisées pourraient également mettre à disposition des ressources humaines, matérielles, pédagogiques, etc. pour les centres de formation sanitaire.

Partenariat avec les organisations de personnes handicapées

- Les associations peuvent conseiller et orienter les prestataires de santé sur la manière de gérer certains handicaps.
- Elles peuvent fournir aux parents des explications, des brochures d'information, etc.
- Elles sont susceptibles de fournir des équipements et des appareillages spéciaux pour aider aux personnes handicapées
- Ces membres peuvent être de remarquables modèles de conduite pour les jeunes handicapés. Ils peuvent être dans ce cadre invités en formation.
- Ces associations peuvent être désireuses et capables de trouver des fonds pour les structures sanitaires, au niveau local ou international.
- Plaidoyer.

Partenariat avec les communautés

- Acceptation
- Soutien mutuel

Partenariat avec les autorités de la santé

- Adopter de lois, décrets sur la santé inclusive
- Inclure l'éducation inclusive dans les curricula de formation initiale et continue des enseignants
- Mettre à disposition les ressources humaines et financières nécessaire.

III. 1. 9. PLANIFICATION VERS UNE STRUCTURE DE SANTE INCLUSIVE

Objectif	• Donner l'opportunité au groupe de planifier un changement individuel et institutionnel. • Élaborer un plan d'action individuel vers une structure inclusive. • Élaborer un plan d'action vers une structure inclusive.
Participants	Prestataires sanitaires et les réseaux communautaires
Durée	Une demi-journée
Ressources matérielles nécessaires	Papier, crayons ou marqueurs

Activités proposées

Etape 1 : Ma structure sanitaire inclusive idéale

- Demander aux participants de dessiner une structure sanitaire inclusive idéale.
- Echange par deux.
- Questions pour discussion en plénière :
 - A quoi ressemble ma structure sanitaire idéale ?
 - Qu'est-ce qu'il y a dans ma structure idéale ?
 - Qui est dans ma structure idéale ?
 - A quoi ressemblent les locaux de ma structure idéale ?
 - Qu'est-ce qui se passe dans ma structure idéale ?
 - En quoi ma structure idéale est-elle différente de ma structure actuelle ?

Etape 2 : Mon plan d'action individuel

Il s'agit de demander aux participants d'élaborer un plan d'actions individuel avec comme orientation la phrase suivante : « Pour rendre ma structure plus inclusive, voici ce que je peux » :

- Arrêter de faire
- Commencer à faire
- Faire différemment

Etape 3 : Plan d'action pour la structure sanitaire

- Rappeler les barrières identifiées par les participants lors du [chapitre 2](#).
- Décider des actions à mener :
 - Chacun inscrit sur un post it 3 actions à réaliser (une idée/post it) ;
 - Partage en plénière
 - Recoupement des idées.
- Pour les actions choisies, faire un carrousel des brainstormings avec les questions suivantes :
 - De quelles ressources dispose-t-on, à l'interne et à l'externe ?
 - De quelles ressources a-t-on besoin ?
- Elaborer en plénière le plan d'action de la structure avec les questions clés : quoi ? qui ? quand ? où ? pourquoi ? comment ?
- Définir un groupe de coordination.