

FICHIER COMPLÉTÉ

9^e WEBINAIRE DE IDDC INTITULÉ : ACCÈS UNIVERSEL À LA SANTÉ

BRUXELLES, BELGIQUE

17 AVRIL 2019, 11 H 30

Services rendus par:

Caption First, Inc.

P.O. Box 3066

Monument, CO 80132

1-877-825-5234

+001-719-481-9835

www.captionfirst.com

Ce texte, document ou fichier est basé sur la transcription en direct. La communication en temps réel (CART), le sous-titrage et/ou la transcription en direct sont fournis afin de faciliter l'accès à la communication et peuvent ne pas être un compte rendu complet des débats. Ce texte, document ou fichier ne doit pas être distribué ou utilisé d'une manière qui pourrait enfreindre la loi sur les droits d'auteur.

FEDERICO MARTIRE: Bienvenue à la neuvième session du cycle webinaire du protège européen Bridging the Gap, Comblér l'Écart.

Mon nom est Federico Martire, je suis directeur du projet Comblér l'Écart. Cette session est dédiée au thème de l'accès universel à la santé.

Avant de laisser la parole à notre expert en cette journée, juste quelques mots pour présenter le projet Comblér l'Écart et après, bien entendu, quelques mots sur ce cycle de webinaire.

D'abord, qu'est-ce que Comblér l'Écart? C'est une initiative de l'Union européenne. Bridging the Gap travaille dans cinq pays en

particulier, Burkina Faso, Éthiopie, et Soudan en Afrique, Équateur et Paraguay en Amérique latine, et travaille aussi afin de promouvoir la transversalisation du handicap dans le domaine de coopération. Ce cycle de webinaire de formation en ligne a été créé avec le but de développer ce concept de transversalité du handicap dans le domaine de la coopération développement ainsi qu'à définir une approche plus homogènes aux secteurs intéressés par le projet. Les formations sont préparés et développé par des experts internationaux sélectionnés par Bridging the Gap. Chaque formation est conduite en anglais, en espagnol et en français en session séparée. Aussi disponible en ligne sur YouTube. Toutes les formations précédentes au cas où vous n'avez pas eu la chance de les suivre sont disponibles sur notre chaîne YouTube, sur notre compte Facebook et Tweeter.

Maintenant, cette session, juste quelques mots pour introduire la thématique qui sera abordée par notre expert. Le thème de l'accès universel à la santé est très important compte tenu que les personnes vivant avec un handicap environ un septième de la population vive l'exclusion d'accès à leur droit à la santé. Ils sont souvent confrontés à la stigmatisation, à la discrimination, à la violation des droits, au manque de service de santé ciblé et accessible, à l'exclusion des services de base déterminant la santé et ont des revenus plus bas qui peuvent accroître leur vulnérabilité aux maladies.

Les États sont tenus de respecter, protéger et réaliser le droit à la santé, ce qui était prévu à la Convention aux droits des personnes handicapées. Cette convention prévoit une protection par le même cadre que tout le reste du monde. Bien évidemment considéré qu'on parle (inaudible) des droits humains accessibles à tous et à toutes. La convention en fait passe approche paternaliste médicale à une approche fondée sur le droit humain qui considère les personnes vivant avec un handicap comme des (inaudible) de droits plutôt que comme de simples bénéficiaires de la protection, la réadaptation ou du bien-être. Cette transition considère l'approche sociale et basée sur le droit humain.

Cependant, souvent, mêmes des politiques bien intentionnées considèrent les personnes handicapées comme une cible, destinataire passif de services de santé et des services sociaux personnalisés. La consultation des personnes vivant avec un handicap et des organisations de personnes handicapées est essentiel pour garantir que le politique et les plans répondent

efficacement aux besoins. Les personnes vivant avec un handicap peuvent mener une vie active, productive, longue et en bonne santé. La santé est un état dynamique et de bien-être (inaudible) combinaison du potentiel de l'individu, des exigences de la vie, des déterminants sociaux et environnementaux. Quel que soit leur handicap ou leur état de santé, les personnes vivant avec un handicap doivent mener une vie enrichissante (inaudible) en satisfaisant leurs besoins et en respectant l'environnement.

Ceci dit, un aperçu sur la session et après quelques mots techniques pour son déroulement. On parlera dans cette session de l'accès à la santé conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Le besoin de soins en santé aux personnes vivant avec un handicap est non satisfait. En fait, les obstacles aux soins de santé généraux et les obstacles aux services et produits, à l'accès aux services et produit de santé gratuit ou à des prix abordables.

Bien évidemment, on touchera aussi la thématique de violation des droits humains dans le contexte des services et santé.

Avant de vous présenter Davide Olchini, notre expert d'aujourd'hui, quelques mots sur les aspects techniques.

Vous savez, peut-être que vous avez déjà eu l'occasion de suivre nos webinaire précédents, que cette session comme les autres est sous-titré en direct. Vous avez disponible déjà dans le chatbox auquel vous pouvez accéder pour pouvoir suivre en direct avec les sous-titres.

Pour poser des questions, vous avez en cas de question que ce sera moi le modérateur de la session qui donnera la parole et qui dira les questions que vous avez à l'écrit ou à l'oral.

Comme vous le savez, cette session est en deux parties. D'abord, la présentation de la part de notre expert et après la session de question réponse qui fera suite une fois terminé la présentation.

On est prêt à commencer. Avant de lui passer la parole, juste quelques mots de présentation de M. Davide Olchini qui nous aidera à explorer ce sujet d'extrême importance. Je suis très heureux d'avoir avec nous Davide qui est directeur de l'unité prévention et santé pour Humanité et Inclusion. Davide a une formation en médecine avec un Master en maladies tropicales. Il a plus de dix ans d'expérience dans le travail humanitaire. Son

engagement pour une meilleure prise en compte du handicap par le système de santé, avec des expériences de renforcement du mécanisme de réhabilitation à base communautaire en Chine, une meilleure intégration aux services de santé et scolaire en Inde. Depuis 2011, il travaille à handicap international où il a occupé des postes de référent technique pour la maladie chronique, de santé maternelle et infantile avant de devenir responsable d'unité, la position qui l'occupe actuellement.

Davide, merci encore d'être avec nous aujourd'hui et à toi la parole. Bon webinaire à tous.

DAVIDE OLCINI: Merci, Federico pour la présentation et l'opportunité de présenter cet aspect de la santé inclusive qui est un peu difficile à comprendre et à maîtriser.

Pour vous donner une idée de comment je pense dérouler la formation, on va d'abord aborder différentes définitions, soit de la santé, du handicap et de l'inclusion et après on va voir avec des exemples pratiques comme tout ça peut être abordé pour une implémentation plus pratique dans des projets opérationnels.

On commence avec une vue d'ensemble. Un historique extrêmement rapide, comme il a été mentionné dans la phase d'introduction, la perception du handicap a été au niveau de l'explication du handicap a évolué énormément. On parle d'un modèle charitable où les handicapés sont des bénéficiaires passifs à une aide plus ou moins bienveillante. Un modèle médical qui a globalement marqué pas mal les esprits et continue de marquer les esprits. Il y avait des modèles dans les années 70 où toute l'attention était menée à la diversité, au facteur globalement biologique sans prendre en compte les facteurs de la personne et finalement les choses ont évolué avec l'introduction de modèle social à la base de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, autour d'un modèle beaucoup plus, des facteurs environnementaux dans les modèles explicatifs du handicap. On va voir tous ces modèles un peu plus en détail dans la suite de la présentation.

Encore une fois, de façon très rapide, des chiffres clés pour situer un peu l'objectif de notre présentation. On a déjà dit que le handicap représente globalement une... est énormément répandu autour de 15 p. 100 de la population au niveau mondial est atteinte d'un handicap au cours de sa vie. J'ai décidé de reporter certains chiffres intéressants pour comprendre l'ampleur de la situation. Les personnes handicapées sont deux

fois plus susceptible de ne pas voir leurs exigences satisfaites au niveau des services de santé ni de compétence des personnes (inaudible). Trois fois plus susceptible par rapport à la population générale de se voir refuser des soins de santé, quatre fois plus susceptible d'être maltraitée et finalement, la moitié des personnes handicapées n'ont pas les moyens de se faire soigner et ce sont des signes extrêmement alarmant et important et on va voir au cours de la présentation quels sont les causes et solutions pour voir à cette situation.

Un bref rappel au cadre international. Vous savez qu'en 2015, on a introduit les objectifs de développement durable. L'objectif qui est relatif à la santé et à l'objectif de développement durable n° 3 et il y a différent indicateur plus ou moins sectoriel, par rapport à (inaudible) à la maladie chronique, et cetera. Ce cadre introduit deux facteurs qui sont intéressants pour notre discours d'aujourd'hui. Le premier facteur introduit est le concept de ne laissez personne de côté. Vous comprenez que si les chiffres du rapport de l'OMS sur le handicap sont corrects, si on a vraiment entre dix et 15 p. 100 de la population d'un certain pays qui vivent avec un handicap, on ne peut pas se permettre de ne pas prendre en compte cette population, si on veut réaliser les indicateurs liés aux objectifs de développement durable. C'est pour ça que l'introduction de ce cadre a contribué à un intérêt majeur et à une croissance de l'attention qui est donnée dans tous les réseaux plutôt que conférence, et cetera, au handicap. C'est quelque chose que je vois extrêmement clair, fondamentalement dans les trois ou quatre dernières conférences internationales auquel j'ai participé, les sujets du handicap ont été traités, parfois sont extrêmement intensive et a reçu beaucoup d'attention parce que globalement, tous les acteurs internationaux ont réalisé que la prise en compte et l'inclusion de le handicap dans la politique de santé est essentiel pour la réalisation de ce cadre.

L'indicateur qui est de façon un peu plus précis est relatif à la couverture universelle c'est le 3.8 qui globalement réaffirme que chacun doit pouvoir bénéficier d'une couverture sanitaire ou universel qui comprend la protection contre les risques financiers et qui peuvent donner un accès à des services de santé essentiel avec une qualité et une coût abordable. Vous voyez que c'est marqué, ce n'est pas nécessairement clair, et que ça va ouvrir la discussion sur des thématiques très

importants tels que la couverture, et l'accès de qualité à moins coût.

On a d'autre pour combler le cadre de la situation international, on a le rapport de (inaudible) 2018 sur le handicap et le développement. Vous voyez que la tonalité est plus ou moins la même, du discours. Plus en détail, vous pouvez voir que globalement les personnes handicapées ont une perception de leur santé qui est plus mauvaise par rapport à celle de la population générale et que cette perception augmente de façon disproportionnée dans les pays en voie de développement. On passe de 42 à 80 p. 100. C'est généralisé.

Il y a aussi un autre facteur extrêmement intéressant à noter. On commence tout juste à introduire une prise de lecture de l'agenda de la santé et vous voyez que, par exemple, les femmes handicapées sont trois fois plus susceptibles d'avoir des besoins non satisfaits en matière de soins de santé que les hommes. Si on compare vraiment les différents facteurs de vulnérabilité, on dit qu'il y a un fait additionnel, un fait synergique entre l'agenda et le handicap.

C'est vrai que comme je vous disais, on est vraiment au début, dans le cadre des objectifs de développement durable, on a commencé à exprimer les besoins des agrégations des données par sexe et âge. Je pense que c'est une thématique très importante et intéressante.

On peut commencer à rentrer dans le cœur du sujet. On a la définition de santé de la mère, qui est la définition classique, le bien-être complet, physique, social et mental, qu'elle ne consiste pas uniquement dans l'absence de maladie crée représente un des droits fondamentaux des êtres humains.

Je trouve que c'est la base fondamentalement de toute définition de ce qu'on va toucher aujourd'hui. C'est un état de bien-être complet et le fait que ça représente un droit inaliénable.

On revient à la définition de personnes handicapées. Comme on l'a mentionné au début, il y a différent modèle pour expliquer et j'ai décidé de les prendre à la source pour la définition, et c'est la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Vous pouvez voir que la convention qui a pour objet de promouvoir, de protéger la pleine jouissance de l'homme et de leurs libertés fondamentales, définit les personnes handicapées comme des personnes qui présentent des incapacités physiques,

mentales, intellectuelles ou sensoriel durable. Ce sont des choses très importantes. C'est la notion de temporalité, on ne parle pas d'une capacité qui dure moins de six mois.

Ici on va dire quelque chose de extrêmement intéressant. Ce n'est pas le concept d'incapacité mais c'est l'interaction entre l'incapacité et les différentes barrières qu'on peut trouver dans la vie de tous les jours.

La troisième chose extrêmement importante et que je tiens à souligner (inaudible) participation dans la société sur une base d'égalité avec les autres personnes. Vous voyez qu'il y a vraiment trois éléments, le fait de la durée, des incapacités, de barrière et le fait qui est le but final de tout ça soit vraiment garantir une participation égalitaire à la société.

Deux mots pour vous dire les modèles utilisés pour expliquer le modèle NHI, sont deux modèles, certains sont connus et pas d'autre. Ce sont des modèles environnementaux, un c'est le processus de production du handicap, c'est une école canadienne qui a proposé ça, et l'autre c'est la classification internationale de fonctionnement.

Globalement, ce que nous dise ces deux modèles que le handicap n'est pas figé, c'est évolutif dans le temps. Et c'est la première grosse différence avec une conception de modèle explicatif par exemple médical.

Après on va voir de quoi sont composés les différents modèles mais le handicap est un modèle variable selon l'interaction de différentes barrières avec les différentes déficiences. En théorie selon ces deux modèles, une personne qui a par exemple une incapacité physique mais qui a un environnement qui est extrêmement supporte if n'a aucune barrière. En théorie, l'environnement peut interagir, on peut travailler sur l'environnement pour limiter les barrières et assurer une participation sociale égalitaire même avec des mercis avec incapacité. on élimine les effets de (inaudible) en travaillant sur certaines barrières.

Vous voyez que c'est le modèle de processus de production du handicap. On a des facteurs individuels, des facteurs de l'environnement qui vont avoir des interactions avec les rôles sociaux et des habitudes de vie. Ce modèle extrêmement détaillé qui met beaucoup d'attention sur les habitudes de vie et les rôles sociaux. Vous voyez que dans l'ACIF, on n'a pas ce niveau

de détail. Ça reprend certains éléments, mais on ne va pas aller si en détail dans l'analyse et globalement l'idée est vraiment de comment je peux assurer qu'il y a globalement très peu de changements dans les habitudes de vie dans les rôles sociaux d'une personne qui a une incapacité en travaillant sur l'environnement et l'individu.

Ces modèles qui sont extrêmement complets, on utilise les modèles qu'on utilise NHI pour expliquer le handicap. Ce n'est pas extrêmement répandu. Parfois quand on fait une présentation sur le handicap on peut aussi faire référence à la classification internationale de fonctionnement. Ce modèle est légèrement plus médical, c'est le modèle qui a été proposé par (inaudible). Vous voyez que tous les facteurs personnels et environnementaux sont là. Il y a un peu plus d'attention sur les fonctions organiques qu'à anatomique. Globalement, l'ACIF permet d'avoir une analyse extrêmement fine des causes de handicap d'un point de vue médical et il y a aussi une attention un peu plus centrée sur les problèmes de santé. Les différents pathologiques qu'on peut avoir.

Vous voyez qu'on va voir les activités et la participation sont de toute façon présente et elles font partie de ce modèle environnemental.

Je pense que la l'ACIF (inaudible) des fois extrêmement rapide est la base pour le modèle explicatif contenu dans le Washington groupe. C'est une façon qui est extrêmement intéressante et innovatrice des pouvoirs, collecter des données comparables dans différents contextes, des données comparables sur le handicap. Mais on va peut-être en parler par la suite.

On a un quand cadre juridique de la convention. Il y a huit principes fondamentaux qu'on va retrouver dans les piliers de l'inclusion qui sont la dignité, l'autonomie et la liberté de choix, la non-discrimination, pas l'apportation de l'intégration à la société, le respect de la différence, l'égalité des chances, l'accessibilité, l'égalité entre homme et femme et le respect du développement de l'enfant.

De façon globale, vous voyez qu'il y a un article spécifique dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées qui est l'article 25 qui parle des (inaudible) fondamentale relative à la santé, qu'est-ce qu'on peut trouver dedans. On peut trouver une réaffirmation de l'importance des données axées aux personnes handicapées, à des services de santé gratuite, à

un coût abordable, deux qualités comparables avec la population générale qui inclut des services de santé sexuelle et de reproduction. C'est extrêmement important qui est trouvé dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées une raison spécifique à la santé sexuelle et à la reproduction parce qu'une des choses qu'on a tendance à oublier dans la programmation au niveau international c'est qu'un des droits qui est plus facilement et plus rapidement oublié c'est le droit à la sexualité pour les personnes handicapées. Donc toute la programmation des grandes initiatives internationales sur la santé sexuelle ne prend pas les exigences des personnes handicapées.

Une autre chose qu'on affirme dans l'article 25, c'est le discussion entre l'accès à des services généraux et accès à des services spécifique. Globalement, on parle de l'importance de la détection précoce, de l'intervention précoce et surtout de la réhabilitation physique pour réduire l'impact des symptômes de déficience.

Une autre idée est de réaffirmer l'importance d'avoir des services à base communautaire et de faire évoluer la compétence du personnel de santé pour les mettre en capacité de pouvoir accueillir, pouvoir, de ne pas refuser l'accès à des services de santé aux personnes handicapées sur la base qu'ils ne sont pas capables, n'ont pas les compétences nécessaires. Les deux mentions à la fin sont relatives à la prévention de la discrimination dans les assurances de santé et le refus de donner des services médicaux spécifiques sur la base d'un handicap. Les premiers point sont plus général, pas spécifique lié à la mise en place.

On va maintenant parler de, on a dit que devant l'inclusion il y a trois piliers, la participation, la non-discrimination et la disponibilité. On va voir plus en détail quelle est la définition de participation et l'idée est que pour être inclusif, un service doit assurer la participation, l'intégration de toutes les personnes concernées dans la conception de mise en œuvre suivi des violations des actions et des politiques qui les concerne.

Pour vous donner une idée comment on fait de façon extrêmement pratique, normalement, on fait des comités de pilotage pour assurer la participation des personnes handicapées au design des services de santé, par exemple. Et effectivement, on a noté qu'il y a une énorme différence entre les priorités perçues par

des agents de santé bienveillante, formée, professionnelle, et cetera et les exigences exprimées par des personnes handicapées en tant que potentiel usager de ces services. L'idée est vraiment d'assurer, de commencer par un base line pour l'accessibilité des différents services et créer (inaudible) de pilotage pour permettre une participation et une redevabilité sur une longue période. Globalement à la fin de la période de démarrage de projet et ces baselines permettent de voir une série de recommandations, et l'inclusion des personnes handicapées dans les comités de pilotage permet de suivre l'état d'avancement de l'implémentation de cette recommandation et permet de faire tous les ajustements nécessaires. C'est une part fondamentale de l'inclusion.

Également pour l'égalité, une réaffirmation du fait que ni le handicap ni les gens (inaudible) ne doit avoir aucun effet sur l'opportunité de jouir des opportunités de ressource pour les personnes handicapées. Qu'est-ce qu'on propose? Une double approche, c'est l'effet de travail vert des associations de personnes handicapées et assurer qu'ils puissent s'immobiliser pour demander une égalité et travailler avec tous les différents decision maker aux proviseur de service pour s'assurer que la qualité devient un principe fondateur dans la planification des opérations.

Pareil pour la non-discrimination. La non-discrimination a pour but d'éliminer toute distinction, exclusion ou restriction fonde sur de le handicap ou d'autres critères. L'idée est de donner à tout le monde un accès ou une égalité d'opportunité.

Finalement, une des plus célèbres phrases c'est qu'il n'y a plus rien de plus inégal qui est donné, demander de faire la même chose à des personnes qui ne sont pas à la base, il faut prendre en compte dans la planification des services le fait qu'on a certains facteurs facilitateurs et certains facteurs qui rendent plus difficile l'accès et c'est extrêmement important d'introduire avec le concept de non-discrimination dans la planification des services de santé.

Un autre pilier, le dernier, c'est l'accessibilité. L'accessibilité fait référence à la capacité de rendre accessible un environnement, un produit ou un service on peut grand nombre de personnes, y compris les personnes handicapées.

On peut parler d'accessibilité physique et là on fait référence par exemple au modèle (inaudible), le fait de pouvoir arriver

dans un centre de santé, circuler librement, (inaudible) les services et de pouvoir rentrer, mais aussi on fait référence à la possibilité d'avoir accès à l'information. L'information de santé ou tout simplement l'information relative à par exemple de la profession, du mécanisme du calendrier de vaccination ou où trouver les services pour une maladie, un cas particulier.

L'accessibilité est vraiment un des prérequis pour pouvoir nous rendre pratique, rendre effectif l'inclusion et représente un aspect clé dans la mise en place des projets, par exemple, une des critiques qui est faite à l'accessibilité c'est quelque chose de extrêmement cher et qui finalement bénéficie à une partie minimale de la population. En réalité, on a des principes de design universel qui dise que les aménagements qu'on fait vont bénéficier à une large part de la population et pas seulement avec une personne avec un handicap. Par exemple, les personnes âgées ou les personnes avec un niveau d'éducation plus faible ou les enfants.

Ici il y a de façon très brève les différentes définitions selon la Convention relative aux droits des personnes handicapées, la communication, aménagement raisonnable, concept universel. Vous voyez que les deux concepts fondamentaux sont l'aménagement raisonnable, ce sont toutes les modifications et ajustements nécessaires pour rendre accessible un service, un environnement ou une formation et la conception universelle que j'ai mentionné à la diapo d'avant est une façon de concevoir des produits, des équipements et des programmes ou service pour pouvoir être utilisé partout dans la mesure du possible sans nécessiter ni adaptation ni conception spéciale.

On va voir un peu la différence entre les types de service auquel on peut donner accès. C'est une des questions que j'ai que les personnes me posent plus fréquemment quand on parle de santé inclusive. Ces données fondamentalement reviennent à la perception qui est parfois les fournisseurs de service, l'idée derrière est de quoi ils ont besoin, les personnes handicapées, quand on parle de service de santé. La réponse est ils ont besoin des services ordinaires, comme tout le monde, parce que comme tout le monde, les personnes handicapées vont avoir de la (inaudible), vont développer un diabète ou d'autres maladies. Et en plus de ça, ils ont besoin des services de support et des services spécifiques. Service de support, vous voyez que c'est globalement toute chose qui permet aux personnes handicapées d'être supportées dans leur accès, par exemple, des aides

techniques comme des prothèses, des assistances personnelles d'auxiliaire de vie, des interprètes en signe, des transports adaptés et des services d'accompagnement à l'emploi. Étant donné que les services spécifiques sont des services d'inclusion, des services résidentiels ou de réadaptation post-imputation.

On est bien d'accord que tous ces services font partie d'une palette de service dont les personnes handicapées ont le droit de bénéficier et pour arriver à la réalisation d'une société inclusive, il faut éliminer les barrières.

J'en ai mentionné trois, des barrières physiques d'information et attitudinales. Imaginez-vous une femme qui vit en zone rurale du Soudan du Sud qui veut se déplacer dans nos services de santé sexuelle (inaudible), un service ordinaire. D'abord, on aura énormément de problèmes pour le transport parce que le transport est extrêmement cher. Il faut organiser le transport, il faut prévoir l'absence du travail et donc un manque à gagner. Une fois qu'on arrive aussi bien que mal au centre de santé, il faut pouvoir y accéder, et donc, encore une fois, le problème d'accessibilité physique est absolument prédominant.

Une fois qu'on a accédé, par expérience, on peut voir globalement deux scénarios, où le personnel de santé est extrêmement perplexe par rapport à la demande d'accès aux services de santé sexuelle de (inaudible) pour personne handicapée, il y a tous les stigmas, les barrières longitudinales qui vient de la perception de négation de la sexualité par une personne handicapée.

Une autre chose qui peut arriver c'est la considération des besoins de personnes handicapées comme des besoins extrêmement spécifique et spéciaux et donc globalement la femme qui a réussi à la fin de l'odyssée à rentrer dans ce centre de santé se voit renvoyer sans trop d'informations supplémentaires à un centre de prise en charge plus spécialisé qui normalement a un capital, à peu près 200 kilomètres du centre de santé.

Vous voyez que vous travaillez sur l'élimination des barrières. On y travaille vraiment de longue haleine et qui demandent une modalité d'intervention extrêmement rustique.

Une autre chose à laquelle on peut travailler c'est la continuité des services. Ce schéma vous donne la complexité des barrières sur la c'est une quiétude des services. Par exemple, si vous restez dans le cadre de l'éducation, il y a la

difficulté à organiser le passage entre crèche, école maternelle, éducation primaire, et cetera.

Une autre chose compliquée à mettre en place c'est le passage entre l'éducation et le monde du travail, comment on gère, comment on accompagne la personne, comment on assure sa participation, la non-discrimination et son accessibilité à des services tout au long de l'offre.

Si on prend plus en détail la santé, on a globalement deux facteurs à plus assurer. La première chose c'est la (inaudible) des services, le fait d'avoir accès à des services, par exemple de santé primaire, mais n'assure peut-être le fait que toutes les conditions dont on a besoin puissent être bien traitées et le fait que la réhabilitation n'est presque jamais incluse dans la palette de service et des offres du système de santé. Fondamentalement, le service de santé sont focalisés sur la prévention de la mortalité. Une fois que la vie est sauve, on n'est pas intéressé à la détection précoce ni à la prise en charge des incapacités. Par exemple, pensez à quelqu'un qui vit avec le diabète aux Philippines. Les services sont globalement présents dans des hôpitaux de niveau tertiaire mais pas au niveau communautaire. Et donc le diabète même se manifeste et est diagnostiqué quand on a des complications au niveau physique. Globalement, ce n'est pas rare de voir une imputation liée au diabète en même temps que le diagnostic, pour vous donner une idée du manque de continuité de service.

On voit maintenant quel critère de qualité d'impact on peut viser, on peut rechercher pour assurer une inclusion optimale.

Vous avez le classique accessibilité, adaptabilité, le fait d'être capable de répondre aux besoins ou aux exigences d'un peu grand nombre de personne. Je fais souvent une blague, c'est fondamentalement le système de santé est organisé comme si les usagers étaient des jeunes hommes en bonne santé, plutôt riche et avec un niveau d'éducation extrêmement important. Parce que parfois le système de santé n'est pas organisé pour prendre en compte la diversité, soit au niveau de l'accès aux services ou au niveau des compréhensions des messages.

On trouve aussi des services centrés sur la personne. On a différent modèle pour assurer que les services sont centrés sur la personne. Tout à fait la tentation de réduire les bénéficiaires donne un service aux bénéficiaires des fois sont passifs. On a vu les choses qu'on peut mettre en place pour

assurer une place centrale à la personne. C'est vrai qu'il faut assurer un effort continue pour garder cette façon de faire pour implémenter cette façon de faire. On a la participation, c'est un des piliers de l'inclusion, on a la redevabilité, on a parlé de façon brève de quelque chose qu'on peut faire pour améliorer l'inclusivité des services, donc globalement la redevabilité c'est une des choses qu'on peut mettre en place notamment en ce qui concerne le suivi des recommandations faites aux bases line et le fait d'utiliser le cadre légal de la Convention relative aux droits des personnes handicapées comme cadre de rappel pour les États.

Accessibilité financière est une des choses les plus d'actualités. Ça parle d'accessibilité, couverture, accessibilité financière, c'est quelque chose de très important à intégrer dans la planification, une qualité technique, le fait d'assurer la validité scientifique et le suivi des *guideline* pour les services qu'on propose, la discrimination et la continuité, le fait de ne pas laisser d'écart entre les différents services.

Ici, vous voyez de comment on arrive à faire tout ça. Parce que pour le moment, ça peut sembler extrêmement utopique. Ce qu'on essaie de faire c'est de s'assurer de voir tous les acteurs clés qui vont être mobilisés dans la gouvernance pour réaliser toutes les choses qu'on a vue. Vous voyez que dans la partie supérieure on a l'autorité, on peut travailler avec eux pour les sensibiliser à le handicap, surtout imaginez-vous par exemple, parfois quand on parle avec le ministère de la Santé et qu'on sort un peu le modèle médical du handicap, on peut trouver des résistances parce que globalement l'attention est focalisée uniquement sur le facteur biologique et non sur l'interaction du facteur biologique avec l'environnement. Donc vous parlez avec des personnes qui sont extrêmement attentives à la cause du handicap mais qui ont plus de mal à considérer les différentes barrières de l'environnement et attitudinal comme facteur clé de l'inclusion. C'est un travail extrêmement de longue haleine.

Les autorités globalement sont une des pieces clés si on veut travailler avec une échelle d'un pays parce qu'il définit les orientations stratégiques et les ressources qui permettent l'accès aux services pour tous. Ils sont les garants de l'encadrement de la prestation des services, enfin il y a (inaudible). Vous voyez que les autorités sont liées avec les deux autres composantes qui sont les usagers et les prestataires

de service. Les prestataires de service sont garants du respect des protocoles, des *guideline*, des orientations stratégiques et des standards de qualité et sont en charge de fournir une offre de service. Si on veut vraiment travailler pour une santé inclusive, la mobilisation des prestataires de service sont essentiels. Autant les autorités sont responsables du cadre général, des politiques au niveau d'un pays, autant les prestataires de service sont responsables de la mise en place au niveau local.

L'autre chose qu'on va considérer c'est globalement le prestataire de service sont redevables pour garantir une offre qui répond aux priorités des usagers en termes de qualité, d'offre et à des positions entre les demandes et les réponses. Les usagers expriment des demandes de priorité. Ils sont un facteur clé dans la participation, c'est-à-dire qu'ils vont prendre part au design des services et ils vont exprimer une qualité sur la qualité des services aux prestataires. C'est la pièce essentielle et centrale pour une bonne gouvernance du système de visibilité.

Vous voyez que globalement, quand on voit des autorités aux prestataires des services, on a une offre, des prestataires aux usagers, on a une prestation et aux usagers vers les autorités, on a une demande.

Pour mettre ensemble tous les différents morceaux dont on a parlé aujourd'hui, une santé inclusive repose sur globalement des service en continuité centré sur la personne, des acteurs impliqués dans la gouvernance du système de service et des critères affirmés et établi qui garantissent la qualité et l'impact, encadré par des mécanismes de régulation.

Ces trois aspects fondamentaux sont essentiels pour garantir une inclusion, ou l'inclusivité des services.

Ma présentation est terminée. Je serai ravi de répondre à vos questions.

FEDERICO MARTIRE: Merci, Davide, pour ta présentation. Tu as introduit quantité d'éléments très importants. J'ai pris note de plusieurs éléments, mais parmi les plus frappants sans doute le fait que seulement six pays ont des loi spécifique qui garantissent l'accès au système de santé à des personnes handicapée et bien évidemment la thématique de genre et les motifs de discrimination auquel des femmes doit faire face et

tout ce travail que tu nous as présenté pour ce qui est du passage vers le modèle social, la nécessité est de passer du modèle médical traditionnel et avancer vers un modèle social basé sur les droits humains.

Les modèles que tu nous as présenté sont complexes mais c'est fait le but des cibles que les États doivent prendre en considération en contactant les associations de personnes handicapées et les personnes handicapées.

Maintenant la parole à nos intervenants, à nos participants. Je vois qu'il y a déjà deux questions, il y a une question, en fait, il y a un remerciement de la part de Sophie, ce remerciement à notre orateur.

Je te pose maintenant la première question posée par Marguerite : Vous dites que la santé inclusive repose sur les usagers aussi. Vous pensez à quoi? Aux pétitions? Les usagers en Afrique surtout, que peuvent-ils faire?

DAVIDE OLCINI: Les usagers sont une partie essentielle pour assurer, livrer l'inclusivité des services de santé. C'est vrai que quand on parle de service de santé, même pour les personnes qui sont de la population générale, (inaudible) d'un rôle extrêmement facile. Globalement, on a vu un déséquilibre entre le pouvoir et le savoir. C'est très fréquent de détecter ce type de façon de faire parmi certain confrère globalement, l'idée c'est qu'on n'a pas énormément de choix, sauf accepter un conseil technique sur lequel on n'a pas (inaudible).

L'idée est de créer des espaces de discussion et de créer des mécanismes de redevabilité pour permettre aux personnes qui ont accès, pour permettre aux personnes qui doivent utiliser des services de santé d'avoir (inaudible) final le respect de leurs droits, notamment le droit à la santé, à travers un droit aux services de santé. Fondamentalement, l'idée est de pouvoir permettre à toutes les personnes qui vont utiliser un certain service d'avoir le même, pouvoir avoir un certain mécanisme de redevabilité, faire passer des messages et être impliqué en première ligne dans le respect de certaines normes ou cadre internationaux locaux.

Je donnais l'exemple d'un projet très important sur la santé sexuelle et de la reproduction en Afrique. L'idée est vraiment de voir quel type de plateforme de discussion on peut mettre en place pour assurer que la nécessité et les besoins en termes

d'inclusivité, on peut mettre en place pour faire parler les autorités les fournisseurs de service et les usagers. Cette discussion est intéressante prend énormément de temps. C'est une chose qu'il faut ça donne des résultats très satisfaisants pour les participants. C'est vrai quand un premier avis ça peut sembler vraiment (inaudible). Mais si on prend le temps de l'intégrer dans le mécanisme de fonctionnement de routine qui permet vraiment d'assurer finalement une très grande satisfaction pour toutes les parties prenantes.

FEDERICO MARTIRE: Merci. Nous avons trois questions de plus. En fait, il faut juste que je rajoute un petit point dont je n'ai pas fait mention au début. Cette session est de grandes importances pour le projet Comblent l'Écart car l'accès à la santé est très important pour notre projet, notamment au Burkina Faso. Nous sommes très heureux de recevoir cette contribution de la part de notre expert.

Je commence par les autres questions. Tu me dis peut-être Davide si tu préfères que je te pose des questions une à une ou bien si tu préfères que je te passe toutes les questions d'un seul coup et après tu y réponds.

Qu'est-ce que tu préfères?

DAVIDE OLCHINI: Une à une.

FEDERICO MARTIRE: Une question de la part de Sophie qui travaille pour un bailleur de fonds public. Lorsque je demande aux organisations de nous soumettre des projets, ce qui est prévu pour que les services proposés soit totalement accessible aux personnes handicapées, on me répond vaguement.

Existe-t-il un *guideline* s'informe qu'on pourrait leur donner pour qu'ils appliquent certaines règles ou aménagement indice parce que pour que l'accès à la santé soit vraiment inclusif?

DAVIDE OLCHINI: C'est une question qui mérite... Globalement, une des premières choses qui m'a frappé lorsque j'ai commencé à travailler sur la santé inclusive c'est que à la différence de certain autre secteur, l'éducation inclusive, il n'y a pas énormément de standards au niveau international par rapport à l'inclusion. C'est pour ça qu'on est en train de monter une espèce de référentiel pour assurer que les passages entre principes fondamentaux et théoriques. Quand on parle d'accessibilité, on a tous les principes qu'on a vu de pouvoir

rentrer dans un centre de santé, pouvoir être en mesure de circuler dans le centre et pouvoir accéder à différent service.

Il y a comparativement très peu, par exemple, un manuel de formation ou des standards reconnus internationalement pour définir quels sont les choses offertes, de façon ponctuelle, pour assurer une inclusivité.

L'idée qu'on a, on est en train de ramasser tous les matériaux existant, au niveau d'accessibilité physique, non-discrimination, sous forme de module d'information. Je serai ravi de partager avec tout le monde. C'est une discussion sur un long terme et qui va durer longtemps. Chaque fois qu'on veut travailler sur l'inclusion on réaffirme un certain cadre, on produit des outils qui sont liés à des situations spécifiques. Ce sont des services, on pourra continuer la discussion avec Sophie après et je suis heureux de partager les documents et références que j'ai.

FEDERICO MARTIRE: Merci, Davide. Ça sera formidable de pouvoir partager ces documents. On a toujours un manque de standard dans plusieurs domaines qui concerne le handicap et la santé ne fait pas exception.

Merci de pouvoir partager ce que t'as à ta disposition, ça sera important pour nous tous dans ce sens.

On peut passer aux questions suivante. On peut continuer pendant une demi-heure à peu près.

Une question de la part de – qui nous demande : Quels sont les éléments qui montrent que la santé est effectivement inclusive chez les personnes handicapées surtout en référence à la santé génétique société reproductrice?

DAVIDE OLCINI: Il y a une réponse extrêmement banale, et une un peu plus élaborée. Une réponse banale mais qui est globalement très difficile à mettre en place, c'est compter combien de personne, combien de femme handicapée ont accès à des services de santé. J'ai dit que cette réponse est apparemment banale parce qu'en théorie, dans la façon de fonctionner des services de santé il n'y a aucun moyen d'avoir une indication sursis il y a des personnes handicapées ou pas parmi les usagers d'une certaine façon, vu les modèles purement médical qui sont appliqués, c'est peut-être mieux d'un point de vue de discrimination qu'il ne compte pas le nombre de personnes handicapées présente pour un service. De l'autre côté, c'est

extrêmement difficile de mesurer soit si les services sont accessibles ou pas et surtout c'est difficile vraiment de quantifier, avoir des bien donnée par rapport au sujet.

Une des solutions qu'on peut mettre en place, c'est, comme je l'ai mentionné avant, c'est l'utilisation des six questions du Washington groupe. Je ne sais pas si vous connaissez la thématique, le Washington groupe c'est un groupe d'épidémiologiste qui se sont mis ensemble pour dire qu'ils ont des réponses aux questions sur les personnes handicapées. Qu'est-ce qu'on peut faire pour voir un outil facile à utiliser qui nous permette de collecter des données comparables d'un point de vue scientifique et qui sont, qui ne demande pas six mois d'équipe interdisciplinaire sur le terrain (inaudible) incroyable. Ils sont sortis ces six questions extrêmement, à l'apparence simple mais globalement, ils vont voir quels sont les personnes qui sont à risque d'exclusion social à cause de leurs limitations fonctionnel.

Pour vous donner un exemple, la première question : vous avez des difficultés, même si vous avez des lunettes, à voir? Et donc, la réponse c'est totalement oui, totalement non, ou des gradations au milieu.

L'idée, on s'éloigne définitivement d'un modèle médical. Je n'ai aucune information par rapport à la cause de cette limitation fonctionnelle. Par contre, c'est déclarative. C'est la personne qui affirme : Oui, j'ai des problèmes à voir ou pas. Par contre, avec cette ces question, globalement, pour faire passer les questionnaires, c'est un quart d'heure. On peut voir une indication plus précise du fait que nos services sont inclusifs et donc accessibles aux personnes handicapées ou pas. C'est fait juste une première chose qui est relative à l'accessibilité.

Une autre chose, on peut faire des questionnaires de satisfaction avec les usagers à la sortie des services. C'est quelque chose qu'on fait. On demande aux personnes handicapées si leurs standards de qualité ont été respectés, s'ils ont l'impression d'être traités, reçus et écoutés (inaudible) au niveau pour les services de santé de la population en général.

Et l'autre chose c'est introduire, introduire le concept de rating, donner des notes à des établissements de santé, par exemple, sur la base de leur adéquation ou pas à des critères d'accessibilité. On sait par exemple que dans les centres de santé XX, on a fait des trainings, des interventions, on a

amélioré l'accessibilité physique, on va introduire un système de notation avec des étoiles, des cercles, des petits symboles pour voir si dans le système de monitoring du système de santé international, les faits de vraiment insister sur l'intégration de ce critère d'inclusion soit un des critères d'évaluation de l'établissement. C'est différente chose qu'on peut faire à différent niveau. C'est vrai que comme je l'ai mentionné au tout début, globalement, quand on parle de handicap, on parle de (inaudible) extrême des données et une difficulté à avoir un assessment qui soit à jour tout le temps.

FEDERICO MARTIRE: Merci, Davide. C'est important de rappeler à nouveau le thème des questions de Washington comme un outil de base fondamental pour l'évaluation du handicap avec des questions indirectes qui permettent d'identifier la situation du handicap..

L'outil que je crois être le plus important pour la collecte de données, je rappelle à tout le monde que c'est aussi une obligation prévue par la convention à l'article 30.

Il y a une autre question qui a été posée. J'invite les participants à prendre la parole. Vous pouvez lever la main virtuellement ici dans le panneau de contrôle de notre outil de webinaire et pouvoir intervenir, poser des questions directement ou des commentaires si vous le souhaitez.

Il y a encore une question, c'est une question double de la part de Traore qui demande comment doit se faire la mise en relation entre les qu'autorité et les prestataires de service et quel service ces derniers doivent fournir pour un meilleur accès universel à la santé?

C'est une question en deux moments, dirais-je.

DAVIDE OLCINI: La modalité de mise en contact peut être organisée selon la façon dont le système de santé est organisé. On peut faire globalement on vise une modalité de mise en communication qui soit participative, inclusive. Il faut pouvoir expliquer aux personnes avec différent handicap de quoi il s'agit pour vraiment voir comment on fait remonter la distance des usagers aux autorités.

Une fois qu'on a établi un mécanisme pour récolter le feedback des personnes qui ont utiliser le service, globalement, ce n'est pas énormément difficile faire remonter les informations qu'on récolte.

Une des choses qu'on a vue qui est plus difficile à faire, c'est comment on tient compte de ce feedback et comment il est utilisé pour changer la façon dont les services de santé sont organisés. Vous comprenez qu'on aime entendre parler du changement des structures d'organisation. Il faut avoir la possibilité de travailler avec les mêmes partenaires sur plusieurs années avec des objectifs extrêmement clairs et précis et arriver finalement à élaborer un plan d'action commun et partagé pour se dire : OK, on a récolté cette exigence des personnes qui utilise les services, on a fait remonter à travers les mécanismes de consultation participative, des mécanismes, des espèces de manifeste, on peut avoir différente forme, on peut partager les informations avec un collègue et après, on arrive à créer un espace de dialogue pour être tout le monde d'accord pour comment passer de la théorie à la pratique. Et donc comment être sûr que ces exigences sont prises en compte et intégré dans la planification des services.

Il y a une grosse partie aussi de support technique, assistance technique aux différents ministères de santé, parce que parfois ce sont des choses un peu plus compliqué de mettre en place qui demande une connaissance de modèle social du handicap qui n'est pas diffusé nécessairement par les ministères de la Santé. Ça demande aussi une certaine planification budgétaire qui est parfois présente, parfois un peu plus difficile à obtenir. Et ça demande aussi un changement de comportement et des (inaudible). C'est un travail sur au moins cinq ans. Ce n'est pas quelque chose qu'on peut obtenir du jour au lendemain.

La deuxième question c'était par rapport à ...?

FEDERICO MARTIRE: Il y avait cette question de la part de Tiara, une fois que cette relation est faite, sur quel base on prévoit les services accessibles, de quelle façon d'approvisionnement des services se déroule.

Si vous voulez répéter la question dans le cadre réponse, si j'ai mal interprété. Mais je crois que c'est la question qui avait été posée.

DAVIDE OLCINI: Normalement, on peut continuer le dialogue et décider qu'on veut cibler un certain type de service. On travaille sur deux axes fondamentaux, un c'est la décentralisation des services pour les personnes handicapées qui sont toujours perçus comme fondamentalement des numéros spécifiques, on remonte au troisième niveau. On peut faire un

plan d'action avec le ministère de la Santé et dire que c'est important de garantir l'inclusivité des services dans ces centres parce que ce sont les centres de référence secondaire et c'est donc proche à la communauté mais pas extrêmement, ce n'est pas une capitale, fondamentalement, et définir ensemble quel type intervention on veut viser qui sont prioritaire.

L'idée est vraiment de partir d'une base d'aménagement nécessaire et procéder petit pas à petit pas vers une inclusivité de plus en plus élargie.

FEDERICO MARTIRE: Merci Davide. Je reprends, il y a quelques commentaires dans notre cadre de question. Nous avons encore une dizaine de minutes. Je prends la parole seulement pour rappeler un commentaire de la part de – Kabore, qui nous parle d'une difficulté d'approvisionnement actuel des médicaments contre l'épilepsie au Burkina Faso qui serait lié à une indice possibilité à des médicaments lié à des problèmes organisationnels du système d'approvisionnement. La conséquence est que de nombreux enfants régressent dans leur santé et c'est dramatique évidemment. Ils nous demandent comment la société civile, les parents ou les patients eux-mêmes pourraient contribuer à résoudre ce problème le plus rapidement possible.

C'est une question très compliquée à laquelle donner une réponse. Je te passe quand même la parole Davide pour une brève réponse sur cela.

Après il y avait, toujours de la part de Adiara, un petit rajout à la question précédente par rapport à l'approvisionnement de service, quel service doivent être fournis pour un meilleur accès universel à la santé, faisant référence à ce que vous avez déjà dit. Vous pouvez donner trois éléments par rapport à ça.

DAVIDE OLCHINI: On commence par l'épilepsie. Les problèmes sont au niveau mondial de l'approvisionnement de médicament contre l'épilepsie. On a deux projets pour l'épilepsie au Rwanda et à Madagascar et on a confronté à la même situation. Pour faire vite, il y a un système de collecte de données qui marche très mal. Donc les approvisionnements sont faits de façon un peu... Pas précise, et surtout il y a une compétition pour le budget entre les maladies chroniques et les maladies transmissibles.

En plus de tout ça, parfois, les médicaments pour l'épilepsie sont sous une catégorie spéciale qui demande beaucoup

d'autorisations pour l'importation dans les pays et rendre du fait extrêmement fréquent les retours de stock.

Ce qu'on a fait, on travaille avec les trois niveaux, le système de santé (inaudible) qu'on a vu dans la diapo acteur clé. On travaille avec les autorités pour comprendre où ça coince au niveau politique. Parfois, c'est une chose extrêmement, ils n'ont pas intégré dans leur feuille de récolte de données aucune information sur l'épilepsie. Donc on n'a pas de données. Et donc ils ne peuvent pas faire d'approvisionnement des médicaments parce qu'ils n'ont pas de données.

Une autre chose que plus se faire c'est faire le plaidoyer pour considérer la présence de l'épilepsie et le nombre de cas quand ils font une allocation de budget. On s'appuie avec des centres qui font des recherches pour avoir des données mises à jour sur la prévalence de les plus l'épilepsie dans différents pays.

Autre chose qu'on peut faire, c'est étudier la logistique pour comprendre encore une fois où ça coince au niveau de la distribution de médicament. Par exemple, à Madagascar, on a vu que la distribution de médicament se faisait de façon séquentiel, le centre A, B, C, D et arrivés au centre D il n'y avait plus de médicament. Il faut travailler sur ces leviers qui peuvent sembler tout simples.

Faire remonter l'importance dans la liste des médicaments prioritaires présents dans les différents médicaments pour l'épilepsie. Avec toutes les données probantes au niveau de la prévalence, et cetera. Et oui, grosse mobilisation des usagers de la société civile pour demander de ne pas oublier l'accès aux médicaments essentiels pour toutes les maladies chronique et spécialement pour l'épilepsie.

C'est vraiment une action qui doit être menée sur les trois fronts qu'on a mentionné dans la présentation.

Pour la question de l'accessibilité, j'ai vu qu'il y a des choses qui sont extrêmement faciles à mettre en place. Et certain d'autre qui demande un peu plus de complexité.

Une des choses sur lesquels on peut plus facilement agir, c'est faire agir non pas sur la sensibilisation, mais sur les changements de comportement. C'est quelque chose qui m'a surpris énormément parce que si on regarde les changements de comportement, la communication pour faire changer les comportements, il y a quelque chose d'extrêmement répandu dans

différents secteurs comme (inaudible), comme la santé sexuelle et la reproduction. Qui n'est absolument pas utilisé dans le monde du handicap. L'idée est comment j'arrive à mobiliser une communauté, une famille, les personnes handicapées même pour leur faire changer des perceptions par rapport à la santé.

Une des choses que je sens extrêmement forte c'est qu'il y a encore une méfiance envers tout le personnel de santé. Je pense que les idées, les modèles qui étaient les modèles dominant dans les années 70, les modèles médical sont encore présents dans l'idée des personnes handicapées qui ont de la santé.

Fondamentalement, ça explique la difficulté à proposer un modèle inclusif. Parce que les personnes handicapées ont l'impression que dès qu'il met les pieds dans un avec service de santé, s'ils y arrivent, ils ont en direct tous les effets négatifs du système médical avec tous les clichés et la stigmatisation qui va avec et c'est la frustration du personnel de santé le fait de ne pas se sentir à la hauteur lorsqu'il s'agit de pouvoir donner des services qui sont perçus comme spécial ou de qualité incroyable pour les personnes handicapées tandis que les personnes handicapées n'ont que besoin de pouvoir décider de quoi ils ont besoin et d'avoir accès à des services d'abord comme tout le monde pour des choses parfois extrêmement banal.

Donc vraiment je pense que c'est le premier pas pour garantir des services inclusifs, c'est vraiment travailler sur la perception de la santé et du handicap et mettre les deux mondes ensemble.

FEDERICO MARTIRE: Merci encore, Davide. Très important ce lien dont tu nous parles. C'est important surtout que ce soit les États qui prennent en charge tout cela par rapport à leurs obligations comme vu dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées et non seulement dans ce document.

On a juste deux minutes pour une toute dernière question et après on passera aux salutations final.

La question est posée de la part de – qui nous écrit depuis l'Algérie et qui demande par rapport à la nécessité de construire des hôpitaux en multidisciplinaire et demande comment faire pour que le gouvernement comprenne la nécessité de construire ces hôpitaux multidisciplinaires.

Si tu as un exemple à nous donner et après, on a 2, 3 questions mais je crains qu'on n'ait pas le temps. Il faut conclure la session. Mais on commence par ça.

DAVIDE OLCINI: Le fait d'avoir des hôpitaux multidisciplinaires c'est quelque chose de central. J'ai fait une mission exploratoire en Algérie pour voir si on pouvait commencer la prise en charge du diabète et une des recommandations c'était vraiment de promouvoir la création de ces centres multidisciplinaires.

Les gros problèmes c'est que encore une fois la médecine ne travaille pas sur un continuum de soin, elle ne travaille pas sur la prévention mais uniquement sur la réponse à des maladies et cette réponse est presque par défaut donnée de façon sectoriel.

Par exemple, la prise en charge des maladies chroniques, notamment le diabète, ça pourrait être une excellente façon de mettre ensemble différentes spécialités avec un intérêt commun. Dès qu'on parle de diabète on parle de complication ophtalmologique, rénal, orthopédique, et cetera. Vraiment l'idée est de se recentrer sur la prévention et décentraliser les soins et dès qu'on a besoin d'une prise en charge plus poussée, il faut organiser cette prise en charge autour d'une porte d'entrée unique.

Autre chose qu'on peut faire, je ne connais pas d'exemple positif par rapport à ça, c'est se concentrer sur une pathologie, sur la personne et dire : On donne, on se focalise par exemple sur l'enfance et on est capable en théorie de prévenir, détecter et proposer des solutions pour toute pathologie liée à l'enfance. C'est une espèce de porte d'entrée plutôt, un lieu thématique basé sur l'âge des personnes qui vont utiliser les services.

FEDERICO MARTIRE: Merci, Davide. C'est intéressant, tu avais fait allusion à l'Algérie sur cette thématique. C'est vraiment pertinent.

On est arrivé... On a encore trois questions mais on n'a vraiment pas le temps. Il faut clôturer cette session. On est arrivé désormais à la conclusion.

Je commence par remercier toutes et tous qui ont participé à cette session, qui ont posé des questions, qui ont suivi notre formation. J'espère, je suis sans doute convaincu que vous avez

appris des éléments utiles par rapport à l'accès universel à la santé.

Et bien évidemment, je remercie Davide pour son intervention, pour la disponibilité à présenter une thématique si articulée, complexe et interconnecté avec plusieurs éléments et d'une manière si simple et compréhensible pour tout le monde. Ç'a été vraiment impeccable.

Et aussi pour avoir pris le temps de répondre aux questions de nos participants.

J'informe tout le monde que vous allez recevoir tout le matériel relatif à cette formation. Dans les prochains jours vous recevrez un mail dans lequel vous pourrez retrouver le lien aux vidéos de cette session, au matériel d'apprentissage relatif à la session, la présentation de notre expert et aussi un lien au sous-titrage de la session.

Dans ce mail, vous allez aussi recevoir un petit sondage des questions qu'on vous pose pour comprendre qu'est-ce que vous pensez de cette session, qu'est-ce que vous pensez en général du cycle avec webinaire. C'est très important pour nous que vous répondiez de manière à améliorer les services que nous vous proposons à travers de ce cycle.

Si jamais vous avez raté les sessions précédentes quai vous êtes intéressé à les suivre, vous allez retrouver toutes les vidéos et le matériel de ces webinaire sur chaîne YouTube et sur notre site web que j'ai mentionné au début. Vous retrouverez dans le chat toutes les adresses pour retrouver le matériel.

Nous sommes désormais à la fin de la huitième session du cycle webinaire – neuvième session du cycle webinaire de Bridging the Gap – Comblent l'Écart.

Merci à tous et toutes d'avoir participé. Merci Davide et je vous rappelle que la dixième saison sera organisée en septembre, après la pause estivale.

Merci à tous.

DAVIDE OLCINI: Merci