



RAPPORT 2025

La réadaptation pour tous et pour toutes - essentielle pour de nombreux problèmes de santé tout au long de la vie



Humanity & Inclusion

Humanity & Inclusion (également connue sous le nom de Handicap International) est une organisation de solidarité internationale indépendante et impartiale, qui intervient dans les situations de pauvreté et d'exclusion, de conflits et de catastrophes. Œuvrant aux côtés des personnes handicapées et des populations vulnérables, elle agit et témoigne pour répondre à leurs besoins essentiels, améliorer leurs conditions de vie et promouvoir le respect de leur dignité et de leurs droits fondamentaux.

Remerciements

Ce rapport de plaidoyer est publié par Humanity & Inclusion (HI), avec le soutien financier de la Direction générale Coopération au développement et Aide humanitaire (DGD) belge.

Plusieurs membres du personnel de HI ont contribué à sa rédaction, en particulier les membres du comité de rédaction (par ordre alphabétique) : Josefina Bandalan, Aurélie Beaujolais, Blandine Bouniol, Karol Gnimassou, Graziella Lippolis, Gilles Lordet, Fatima Nasser Eddine, Valentina Pomatto, Uta Prehl et Rahma Line Reguig.

Ce rapport a également bénéficié des contributions précieuses d'Ivens Louius (président-fondateur de la FONHARE – *Fondation Haïtienne de Réhabilitation*), Joseph Martial Capo-Chichi (chargé de la réadaptation au ministère de la Santé du Bénin) et Popuras Aisu (responsable de programme, Union nationale pour les personnes handicapées de l'Ouganda).

La consultante externe Mickaela Churchill a mené des entretiens avec des informateurs clés, recueilli les données et rédigé le rapport.

Trente et un informateurs clés ont contribué à ce travail en partageant leur expertise et leurs expériences.

HI tient à exprimer sa profonde gratitude à l'ensemble des contributeurs, saluant non seulement la richesse de leurs apports, mais aussi leur esprit d'équipe et leur engagement en faveur de l'accès universel à la réadaptation, partout dans le monde.

Contents

Humanity & Inclusion.....	1
Remerciements.....	1
Sigles et acronymes	3
Liste des illustrations	4
Messages clés.....	4
Introduction.....	7
La réadaptation : un service de santé essentiel.....	8
La réadaptation dans les conventions et cadres internationaux	8
La réadaptation, une nécessité tout au long du continuum de soins	9
Comblar le fossé en matière d'action d'urgence.....	11
Nécessité d'accroître les financements alloués à la réadaptation.....	12
Comment améliorer la collecte de données sur la réadaptation dans le secteur de la santé ?	14
La réadaptation concerne des personnes de tous âges, touchées par divers problèmes de santé.16	
A quels problèmes de santé s'applique la réadaptation ?	17
Enfance et adolescence	20
Âge adulte	24
Personnes âgées	27
Axes d'amélioration pour faciliter l'accès à des services de réadaptation et d'appareillage de qualité dans l'ensemble du système de santé	31
Intégrer la réadaptation dans les systèmes de santé : une priorité à tous les niveaux de soins ..	31
Accroître l'accès à des services de réadaptation et d'appareillage de qualité, financièrement abordables	35
Recommandations.....	40
Reconnaître la réadaptation comme un service de santé essentiel.....	40
Fournir en temps opportun des services de réadaptation.....	41
Améliorer l'accès à des services de réadaptation et d'appareillage de qualité dans l'ensemble du système de santé.....	41
Veiller à ce que les services de réadaptation répondent aux exigences en matière de genre, de handicap et de cycle de vie	42
Références	44

Sigles et acronymes

AMS	Assemblée Mondiale de la Santé
AT	Aide technique
AVCI	Années de vie corrigées de l'incapacité
AVI	Années vécues avec une incapacité
CHANCE	Approche holistique centrée sur l'enfant pour un environnement favorable aux soins attentifs (<i>Child-Centred Holistic Approach to a Nurturing Care Enabling Environment</i>)
CIDE	Convention internationale des droits de l'enfant
CMM	Charge mondiale de la morbidité
CDPH	Convention relative aux droits des personnes handicapées
CSU	Couverture sanitaire universelle
DGD	Direction générale Coopération au développement et Aide humanitaire
HEPR	Préparation, riposte et résilience face aux urgences sanitaires (<i>Health Emergency Preparedness, Readiness, Response, and Resilience</i>)
HI	Handicap International - Humanity & Inclusion
IDEC	Prise en charge des handicaps pendant la petite enfance (<i>Intervention for Disabilities in Early Childhood</i>)
MNT	Maladie non transmissible
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
OOP	Dépenses directes à la charge des patients (<i>Out-Of-Pocket</i>)
OPH	Organisations de Personnes Handicapées
PRFI	Pays à revenu faible et intermédiaire
RBC	Réadaptation à Base Communautaire
SIS	Système d'Information Sanitaire
SISR	Système d'Information Sanitaire de Routine
SoHaPh	Société Haïtienne de Physiothérapie
STARS	Évaluation systématique de la situation de réadaptation (<i>Systematic Assessment of Rehabilitation Situation</i>)

Liste des illustrations

Figure 1 La réadaptation tout au long du continuum de soin.....	10
Figure 2 Sources de financement de la santé au Bénin, en Haïti et en Ouganda en 2022.....	12
Figure 3 Besoins mondiaux en matière de réadaptation, selon l'étude 2021 sur la charge mondiale de la morbidité (CMM).....	16
Figure 4 Principales pathologies nécessitant une réadaptation, selon l'étude CMM 202116,4.....	18
Figure 5 Effectifs du personnel de réadaptation au Bénin, en Haïti et en Ouganda.....	35

Messages clés



Aujourd'hui, on estime que 2,6 milliards de personnes dans le monde (soit une personne sur trois) sont concernées par des problèmes de santé qui pourraient être améliorés grâce à la réadaptation. Cependant, ces services restent souvent inaccessibles pour les personnes qui en ont le plus besoin. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), plus de 50 % des personnes ayant besoin de services de réadaptation n'y ont pas accès.



La réadaptation est un service de santé essentiel, qui s'inscrit dans le continuum de la santé (prévention, promotion, traitement, réadaptation et soins palliatifs). **La réadaptation ne s'adresse pas uniquement aux personnes handicapées. Elle constitue un service de santé indispensable pour toute personne dont le fonctionnement est limité,** en raison d'un large éventail de problèmes de santé : blessures ou traumatismes dus à des accidents, troubles congénitaux présents dès l'enfance, maladies non transmissibles (MNT), complications liées à la grossesse et à l'accouchement, ou encore maladies chroniques et autres problèmes de santé associés au vieillissement.



La réadaptation présente un fort potentiel d'amélioration de la santé et du bien-être, à tout âge de la vie.

- Chez l'enfant et l'adolescent, la réadaptation et les AT peuvent jouer un rôle majeur dans l'optimisation du développement et du fonctionnement, tout en prévenant l'apparition de déficiences secondaires, permettant ainsi aux enfants de réaliser pleinement leur potentiel.
- À l'âge adulte, la réadaptation permet de mener une vie pleine et active, en préservant la capacité à travailler, à prendre soin de sa famille et à participer à la vie communautaire.
- Pour les personnes âgées, elle constitue une stratégie essentielle pour favoriser un vieillissement en bonne santé et prolonger l'espérance de vie.



Les différences liées au genre influencent les besoins en matière de réadaptation ainsi que les obstacles à son accès. Les services de réadaptation doivent non seulement répondre aux besoins spécifiques liés au genre, mais aussi s'efforcer de lever les obstacles à l'accès et favoriser des pratiques équitables en matière de recours aux soins et de partage des responsabilités liées à la prise en charge.



Une réadaptation en temps opportun, intégrant des interventions rapides et des soins continus, peut significativement améliorer l'état de santé des patients, prévenir les complications et favoriser une récupération fonctionnelle optimale. Toutefois, cela suppose que ces services soient largement disponibles, bien connus du public et pleinement intégrés à tous les niveaux du système de santé, en particulier les soins primaires et communautaires, ainsi que dans les dispositifs de préparation et de riposte face aux urgences sanitaires.



La réadaptation joue un rôle essentiel dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU). Pourtant, elle reste souvent reléguée au second plan dans les politiques de santé publique, perçue comme un luxe réservé à quelques-uns plutôt qu'un besoin collectif. **Dans un contexte marqué par une baisse historique de l'aide internationale,** combinée à un faible niveau d'investissement public national, il est plus crucial que jamais de mettre en place des modèles de financement durables pour la réadaptation. Cela nécessite un accroissement des financements publics, une coordination avec les partenaires extérieurs et une meilleure collecte de données de suivi pour guider les choix d'investissement.



La nécessité de renforcer la réadaptation à tous les niveaux du système de santé, afin de répondre aux besoins d'une population diverse sur le plan sanitaire et intergénérationnelle, est de plus en plus reconnue. L'intégration de la réadaptation aux soins de santé primaires favorise son accessibilité et garantit une prise en charge continue, en rapprochant les services des communautés.



Pour proposer une prise en charge holistique tenant compte des besoins physiques, sociaux, émotionnels, environnementaux et fonctionnels de chaque personne, les interventions de réadaptation doivent souvent s'articuler autour de plusieurs composantes interconnectées, mobilisant une diversité de professionnels. **Les équipes interdisciplinaires** sont au cœur des modèles de services de réadaptation intégrés. Elles peuvent regrouper des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, du personnel infirmier, des agents de santé communautaire et d'autres professionnels travaillant en synergie avec les services médicaux.



Le manque persistant de professionnels de la réadaptation, les obstacles financiers à l'accès et la qualité variable des aides techniques (notamment dans les PRFI) compromettent l'accès aux soins. La formation et la certification des professionnels, la reconnaissance des métiers, les perspectives de carrière, des parcours de formation flexibles et des organisations professionnelles solides peuvent contribuer à améliorer la qualité des services et la rétention du personnel. Pour garantir la qualité et la pérennité des services, la mise à disposition d'aides techniques (AT) doit s'accompagner d'une formation adéquate des professionnels de la réadaptation, afin qu'ils soient en mesure d'en assurer la distribution, le réglage, l'adaptation et l'entretien.



Des partenariats multisectoriels solides sont indispensables pour bâtir des systèmes de réadaptation efficaces et pérennes. La coopération entre les différents secteurs (notamment la santé, l'éducation, la protection sociale et l'emploi) est essentielle pour répondre aux besoins variés et interconnectés des personnes ayant besoin de services de réadaptation, et pour garantir une prestation de services coordonnée.

Introduction

Aujourd'hui, on estime que 2,6 milliards de personnes dans le monde (soit une personne sur trois) sont concernées par des problèmes de santé qui pourraient être améliorés grâce à la réadaptation¹, et les besoins ne cessent d'augmenter.

L'évolution des tendances sanitaires et démographiques, notamment le vieillissement de la population, entraîne une hausse significative du nombre de personnes dont le fonctionnement décline. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prévoit que le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus passera de 1 milliard à 1,4 milliard d'ici 2030, une tendance qui aura un impact mondial². Les populations vivent plus longtemps que jamais, mais sont de plus en plus confrontées à des limitations fonctionnelles³. Le nombre moyen d'années vécues avec une incapacité, telle que les troubles musculosquelettiques, les limitations sensorielles, les maladies cardiaques et pulmonaires, ainsi que les problèmes psychiques et neurologiques, a lui aussi augmenté, passant de 270 millions en 2011 à 340 millions en 2021.⁴

La réadaptation est définie comme « un ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement des personnes souffrant de problèmes de santé ou d'incapacités lorsqu'elles interagissent avec leur environnement⁵ ». Elle constitue non seulement un service de santé essentiel, indispensable pour atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU), mais aussi une pierre angulaire du développement inclusif et durable. La réadaptation et les aides techniques (AT) aident les individus à vivre en meilleure santé, plus longtemps et de façon plus autonome, en évitant l'aggravation de leur état de santé ou en retardant la nécessité de soins de longue durée, tout en leur donnant les moyens de réaliser pleinement leur potentiel.

La demande croissante de services de réadaptation représente un défi urgent pour les systèmes sociaux et de santé⁶, car ces services restent souvent inaccessibles aux personnes qui en ont le plus besoin. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), plus de 50 % des personnes ayant besoin de services de réadaptation et d'appareillage n'y ont pas accès³. L'intégration de la réadaptation dans les systèmes de santé nationaux demeure également inégale, sous-financée et souvent exclue des plans de préparation et d'intervention d'urgence⁷. Par ailleurs, la pénurie de services de réadaptation s'accroît dans le monde, et les données sur le personnel de réadaptation restent souvent limitées. L'OMS prévoit une pénurie mondiale de 11 millions d'agents de santé d'ici 2030, notamment dans les PRFI, où l'on dénombre déjà moins de 10 praticiens qualifiés en réadaptation pour un million d'habitants⁸.

Ce rapport d'Humanity & Inclusion (HI) met en lumière le rôle vital de la réadaptation tout au long de la vie et pour un large éventail de pathologies. S'appuyant sur des données probantes, ainsi que sur l'expérience des usagers, des prestataires de services et d'autres parties prenantes au Bénin, en Haïti et en Ouganda, il souligne les défis et les lacunes du secteur, ainsi que les stratégies efficaces pour intégrer la réadaptation dans les systèmes de santé et améliorer la disponibilité, l'accès et la qualité des services de réadaptation et d'appareillage. Il se conclut par des recommandations visant à renforcer l'intégration de la réadaptation dans les systèmes de santé, tout au long de la vie et du continuum de soins.

Méthodologie

Cette étude s'appuie sur des données primaires et secondaires collectées au cours d'entretiens menés auprès de 31 informateurs clés, principalement au Bénin, en Haïti et en Ouganda. Ces informateurs étaient des professionnels de la réadaptation, des représentants d'organisations de personnes handicapées (OPH) locales et internationales, des fonctionnaires, ainsi que des agents des Nations Unies. De plus, trois témoignages ont été recueillis auprès d'utilisateurs des services de réadaptation au Bénin, en Haïti et en Ouganda, qui ont partagé leur expérience en matière d'accès à ces services. Enfin, un examen approfondi des preuves et de la documentation a été effectué pour évaluer les services de réadaptation dans ces trois pays.

La réadaptation : un service de santé essentiel

Qu'est-ce que la réadaptation et les aides techniques ?

L'OMS définit la **réadaptation** comme « un ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap des personnes souffrant de problèmes de santé ou d'incapacités lorsqu'elles interagissent avec leur environnement ; et en tant que telle, la réadaptation est une stratégie de santé essentielle pour parvenir à la couverture sanitaire universelle, améliorer la santé et le bien-être, améliorer la qualité de vie, retarder la nécessité de soins de longue durée et donner aux personnes les moyens de réaliser pleinement leur potentiel et de participer à la société⁵. »

La réadaptation s'accompagne souvent d'**aides techniques (AT)**, qui comprennent des produits, systèmes et services conçus pour « améliorer le fonctionnement d'une personne en ce qui concerne la cognition, la communication, l'audition, la mobilité, l'auto-prise en charge et la vision ». Certaines solutions sont non technologiques, tandis que d'autres font appel à des technologies avancées, incluant des dispositifs physiques (comme les fauteuils roulants, les lunettes, les prothèses, les cannes et les aides auditives) ainsi que des outils numériques (tels que la reconnaissance vocale, les lecteurs d'écran ou le sous-titrage)⁹.

La réadaptation dans les conventions et cadres internationaux

La réadaptation constitue une composante clé du droit à jouir du meilleur état de santé possible et représente un moyen de garantir d'autres droits fondamentaux¹⁰. Le droit à la santé est réaffirmé dans l'Observation générale n° 14 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), qui insiste sur l'importance d'un accès rapide et équitable aux services de réadaptation. L'article 26 de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) souligne que ces services permettent aux personnes handicapées d'atteindre et de conserver leur autonomie, de réaliser pleinement leurs capacités, et de parvenir à la pleine

intégration et à la pleine participation à tous les aspects de la vie. Elle encourage également les États membres à organiser et à renforcer les services et programmes de réadaptation¹¹.

Réadaptation et couverture sanitaire universelle

La réadaptation et les AT sont étroitement liées à la réalisation de l'Agenda de développement durable 2030, notamment à la cible 3.8, qui vise à garantir la **couverture sanitaire universelle** (CSU) dans le cadre de l'objectif de développement durable (ODD) 3, destiné à assurer une vie saine et à promouvoir le bien-être pour tous à tout âge. Dans ce contexte, chacun doit pouvoir accéder, sans discrimination, à des services de santé publique essentiels et de qualité, sans que cela n'entraîne de difficultés financières, particulièrement pour les populations les plus pauvres, vulnérables et marginalisées¹². Ces services essentiels couvrent le **continuum** de la prévention, de la promotion de la santé, du traitement, de la réadaptation et des soins palliatifs¹³.

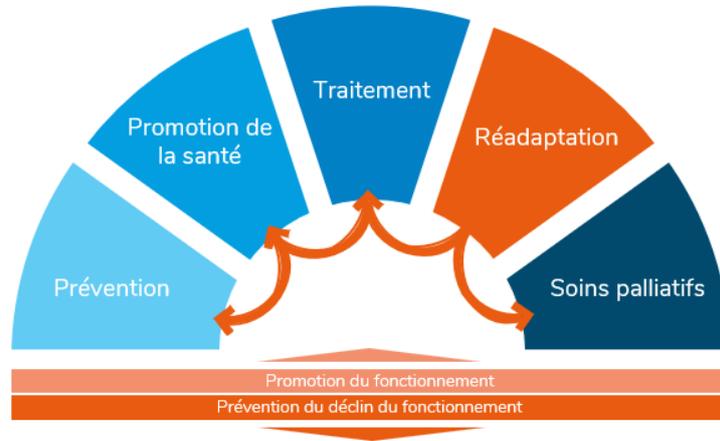
Un regain d'intérêt mondial pour la réadaptation

En politique de santé publique, l'attention mondiale s'est longtemps concentrée sur la réduction de la mortalité et de la morbidité, au détriment de la prise en compte du fonctionnement. Cependant, ces dernières années, la réadaptation a pris une importance croissante dans les programmes mondiaux de santé publique. En 2017, l'OMS a lancé l'initiative Réadaptation 2030 : un appel à l'action, qui souligne l'urgence de développer les services de réadaptation pour répondre à la demande croissante, notamment dans les contextes touchés par des crises et caractérisés par des ressources limitées¹³. Cette initiative rappelle que l'amélioration de l'accès aux services de réadaptation est indispensable pour atteindre la cible 3.8 de l'ODD et appelle à une « action mondiale coordonnée et concertée pour renforcer la réadaptation dans les systèmes de santé »¹³. Elle a également ouvert la voie à de nombreux engagements, dont l'adoption par l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) en 2023 de la résolution sur le renforcement de la réadaptation dans les systèmes de santé¹⁴.

La réadaptation, une nécessité tout au long du continuum de soins

La réadaptation constitue l'une des pierres angulaires du continuum des soins de santé, sans laquelle la CSU reste hors de portée. La résolution 76.6 (2023) de l'AMS exhorte les États membres à « assurer la prestation intégrée et coordonnée d'interventions de réadaptation de grande qualité, abordables, accessibles, tenant compte des questions de genre, adaptées et fondées sur des bases factuelles, tout au long du continuum de soins⁵. » Bien que ces services soient présentés comme un continuum, ils s'entrecroisent fréquemment dans la pratique.

Figure 1 La réadaptation tout au long du continuum de soin



Graphique adapté de l'OMS, 2021¹⁵

La réadaptation est souvent perçue, à tort, comme une « solution de dernier recours » lorsque les interventions préventives ou curatives échouent¹⁶. Pourtant, la réadaptation ne doit pas être envisagée uniquement comme une réponse visant à traiter un problème de santé et à optimiser le fonctionnement : elle peut également jouer un rôle clé dans la prévention des rechutes ou de la réapparition de certains problèmes de santé. Par conséquent, la prestation de soins de santé intégrés implique souvent une combinaison de divers degrés de réadaptation, de prévention, de promotion de la santé, de traitement et de soins palliatifs adaptés aux besoins de chaque personne¹⁵. La répartition dans le temps et la nature des services nécessaires peuvent varier en fonction de la cause, de la nature du problème et du pronostic, de son impact sur les activités quotidiennes, ainsi que des objectifs individuels et des conditions de vie de la personne^{17,18}.

L'importance d'une prise en charge en temps opportun

L'accès à des services de réadaptation à différents moments du parcours de soins peut avoir une influence déterminante sur l'état de santé de la personne. Les études menées dans ce domaine soulignent l'importance d'une **prise en charge en temps opportun**, associant à la fois des interventions précoces (comme les soins médicaux aigus) et des soins continus, afin de garantir aux usagers les meilleurs résultats possibles¹⁷. La réadaptation précoce a démontré son efficacité pour prévenir les complications secondaires, améliorer les chances de survie et accélérer le rétablissement. Par exemple, des études menées pendant la pandémie de Covid-19 ont montré que la mise en place précoce de services de réadaptation, y compris la télé-réadaptation, a contribué à réduire les hospitalisations, à améliorer la tolérance à l'effort des patients et à atténuer la sensation d'essoufflement¹⁹.

Pour que la réadaptation puisse être mise en œuvre en temps opportun, elle doit être largement disponible et pleinement intégrée à tous les niveaux des systèmes de santé, en particulier au sein des soins de santé primaires et communautaires. Malheureusement, dans de nombreux PRFI, plusieurs obstacles freinent l'accès à une réadaptation en temps opportun : la surcharge des établissements de santé, le manque de ressources financières, l'insuffisance de matériel et de personnel qualifié, ainsi qu'une organisation déficiente du système de référencement et de suivi des patients.

Comblent le fossé en matière d'action d'urgence

Les besoins en réadaptation sont particulièrement élevés dans les situations d'urgence, mais l'accès à ces services y est encore plus restreint.

Les situations d'urgence, telles que les conflits ou les catastrophes, tendent à accroître considérablement les besoins en matière de réadaptation. Les populations touchées subissent des blessures et des traumatismes, les besoins préexistants s'aggravent, et les aides techniques sont souvent endommagées ou perdues⁷. Cette hausse de la demande intervient fréquemment dans des pays qui peinent déjà à répondre aux besoins chroniques en matière de réadaptation. Parallèlement, les infrastructures de santé peuvent être endommagées ou détruites, l'accès sécurisé aux établissements de réadaptation est compromis, et le nombre de professionnels disponibles diminue – certains étant blessés contraints de fuir ou déplacés²⁰. Par exemple, en Haïti, on estime que 40 % des établissements de santé (y compris le principal hôpital universitaire du pays, un acteur clé dans la fourniture de services de réadaptation) ont fermé en 2024, en raison de la violence liée aux gangs et de l'émigration des professionnels de santé²¹.

« Dans de nombreux pays africains, l'intégration de la réadaptation reste limitée. La perception dominante est qu'en cas de conflit ou de catastrophe, la priorité revient aux soins médicaux vitaux. »

Chiara Retis, OMS, Cheffe d'équipe, Programme de prévention de la violence, des traumatismes et des incapacités

Les services de réadaptation sont souvent relégués au second plan dans les efforts de préparation, de riposte et de résilience face aux urgences sanitaires (HEPR). De nombreux pays continuent de considérer la réadaptation comme un service nécessaire uniquement pendant les phases de riposte tardive ou de relèvement précoce. Or, cette approche est problématique : une réadaptation précoce est essentielle pour optimiser le rétablissement des patients et renforcer l'efficacité des interventions d'urgence⁷.

Pour combler cette lacune, la réadaptation doit être pleinement intégrée dans les plans HEPR. L'OMS recommande la mise en place de dispositifs tels que des effectifs supplémentaires, une formation spécialisée en soins traumatologiques, la constitution de stocks de matériel et l'intégration de professionnels de la réadaptation au sein des équipes médicales d'urgence¹⁶. En parallèle, les communautés et les praticiens doivent être informés de l'existence de ces services afin de pouvoir y accéder rapidement.

Cliniques mobiles et télé-réadaptation : des pratiques à renforcer

La création d'unités mobiles de réadaptation s'est révélée hautement efficace pour fournir des services dans des contextes d'urgence, tout en élargissant l'accès dans des zones éloignées ou difficiles d'accès. Selon une analyse menée par HI en 2023, les cliniques mobiles représentaient 46 % de l'ensemble des établissements de réadaptation identifiés en Haïti²². L'étude menée par HI

auprès de professionnels et d’usagers de la télé-réadaptation dans les arrondissements de Cap-Haïtien et d’Ouanaminthe a montré que ce service permettait de limiter les déplacements, de réduire les coûts de santé et de favoriser la continuité des soins pour des personnes qui, autrement, n’auraient pas accès aux centres de santé²³.

Nécessité d’accroître les financements alloués à la réadaptation

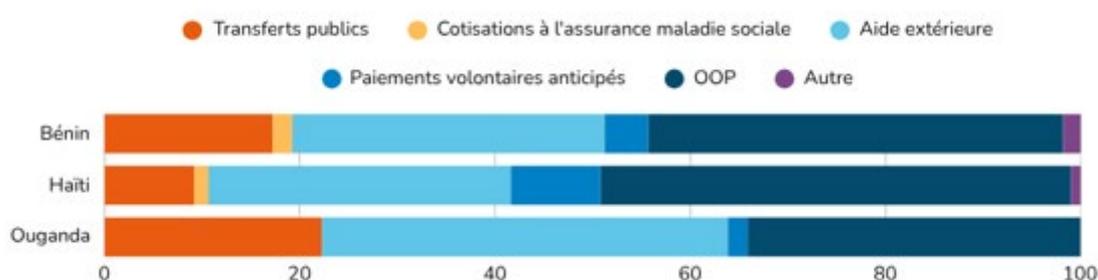
Le financement de la santé publique doit tenir compte du fait que la réadaptation est un service de santé essentiel, indispensable à la réalisation de la CSU. Cependant, l’un des principaux obstacles à l’accès à la réadaptation est son coût, que beaucoup ne peuvent pas assumer.

Investir dans la réadaptation est une démarche rentable, car elle permet de réduire les coûts des soins de longue durée tout en améliorant la qualité de vie. Pourtant, la réadaptation a historiquement été reléguée au second plan dans les priorités de financement de la santé publique. De nombreux pays peinent à allouer des ressources suffisantes aux services de santé, et la réadaptation figure parmi les domaines les plus délaissés. En 2022, les dépenses publiques de santé demeuraient particulièrement faibles dans de nombreux pays, ne représentant que 2,6 % des dépenses publiques totales au Bénin, 4,1 % en Haïti et 4,9 % en Ouganda²⁴. Ces chiffres sont largement inférieurs aux engagements internationaux, notamment l’objectif fixé par la Déclaration d’Abuja, qui recommande d’allouer au moins 15 % des dépenses publiques à la santé²⁵.

Dépenses directes élevées à la charge des patients pour la réadaptation et les AT

Les recommandations internationales indiquent que les dépenses directes supportées par les patients ne devraient pas dépasser 15 à 20 % des dépenses nationales de santé, afin de garantir à tous un accès équitable aux soins, notamment sur le plan financier. Or, dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, cette part dépasse largement les seuils recommandés et constitue la principale source de financement de la réadaptation. En Haïti, les dépenses directes à la charge des patients représentaient près de la moitié (48,2 %) des dépenses de santé en 2022²⁴. Ce niveau élevé s’explique par la faiblesse des subventions publiques, la couverture limitée de l’assurance maladie sociale, le coût élevé des AT, des consultations et des services de prise en charge, ainsi que par l’absence de services dans les zones rurales et isolées, ce qui entraîne des frais supplémentaires de transport et d’hébergement²⁶. Au Bénin, les mécanismes de protection sociale restent très limités, ne couvrant que 8,4 % de la population²⁷.

Figure 2 Sources de financement de la santé au Bénin, en Haïti et en Ouganda en 2022



Données exprimées en pourcentage, arrondies à la décimale la plus proche.

Cette situation a des conséquences majeures sur l'équité en matière de santé, car la réadaptation et les AT représentent des **dépenses de santé excessivement lourdes** (dépenses représentant plus de 40 % du revenu) pour de nombreuses personnes, notamment les ménages les plus pauvres et les plus défavorisés. Par exemple, les études montrent que les femmes sont plus susceptibles de vivre dans la précarité économique ou de ne pas bénéficier d'une couverture d'assurance, ce qui limite fortement leur accès aux soins de réadaptation. Ces difficultés sont encore plus marquées chez les femmes handicapées, en raison du lien avéré entre pauvreté et handicap²⁸.

Nécessité d'une meilleure coordination entre les sources de financement de la réadaptation

Le financement fragmenté de la réadaptation, observé dans de nombreux PRFI, peut engendrer des lacunes et des inégalités dans l'accès aux services, ce qui réduit fortement la capacité de la réadaptation à jouer pleinement son rôle en tant que service de santé essentiel. Pour atteindre l'objectif de couverture sanitaire universelle (CSU), les services de réadaptation doivent être intégrés de manière prioritaire dans les dispositifs de financement de la santé publique, avec des ressources suffisantes pour répondre aux besoins de la population. Lorsque le financement de la réadaptation provient d'organismes publics autres que le ministère de la Santé, ou de sources externes telles que les bailleurs internationaux, il est essentiel de mettre en place une coordination efficace, tant interministérielle qu'intersectorielle, ainsi que des mécanismes de partage des données, afin de prévenir tout risque de lacunes et d'inefficacités dans la couverture²⁶.

Face à une diminution de l'aide internationale, les financements complémentaires et les dépenses publiques en santé restent essentiels

Dans de nombreux PRFI, l'aide extérieure continue de constituer une part importante du financement de la réadaptation : elle soutient l'infrastructure sanitaire existante, facilite le référencement vers les services, fournit directement des services de réadaptation et/ou les finance. En Ouganda, un tiers (27,2 %) des aides techniques ont été fournies par des organisations non gouvernementales (ONG), tandis que 24,5% ont été fabriquées par les bénéficiaires eux-mêmes et 19,4 % provenaient d'amis ou de membres de la famille²⁹. D'après une étude menée en Haïti, 28 % des centres de réadaptation étaient gérés par des ONG, et tous les établissements analysés dépendaient d'un soutien extérieur³⁰.

Dans de nombreux PRFI, l'aide extérieure continue de constituer une part importante du financement de la réadaptation : elle soutient l'infrastructure sanitaire existante, facilite le référencement vers les services, fournit directement des services de réadaptation et/ou les finance. En Ouganda, un tiers (27,2 %) des aides techniques ont été fournies par des organisations non gouvernementales (ONG), tandis que 24,5% ont été fabriquées par les bénéficiaires eux-mêmes et 19,4 % provenaient d'amis ou de membres de la famille²⁹. D'après une étude menée en Haïti, 28 % des centres de réadaptation étaient gérés par des ONG, et tous les établissements analysés dépendaient d'un soutien extérieur³⁰.

La réadaptation n'a jamais occupé une place centrale dans les priorités des bailleurs, ne représentant qu'une fraction marginale de l'aide globale à la santé – une situation qui pourrait

encore se dégrader. Les récentes coupes budgétaires pourraient non seulement entraver les efforts de collecte de données sanitaires, mais aussi compromettre les investissements plus larges dans les services de réadaptation, le renforcement de la gouvernance, et les avancées des pays vers une intégration effective de la réadaptation dans les systèmes de santé nationaux.

Il est plus crucial que jamais de veiller à ce qu'une part significative du financement soit issue des ressources publiques nationales, tout en orientant les fonds non gouvernementaux au travers de mécanismes sectoriels coordonnés¹⁶. Sans financement public complémentaire, les services de réadaptation restent extrêmement vulnérables aux changements de priorités des bailleurs ou à l'arrêt de certaines interventions, mettant en péril les progrès accomplis en matière de santé mondiale, d'inclusion des personnes handicapées et de CSU³⁰.

Comment améliorer la collecte de données sur la réadaptation dans le secteur de la santé ?

Dans de nombreux pays, les systèmes d'information sanitaire ne recueillent pas de façon satisfaisante les données relatives aux besoins en réadaptation, à la disponibilité des services et des infrastructures, aux dépenses correspondantes, ainsi qu'à la qualité de la prise en charge. L'absence de normes acceptées à l'échelle mondiale, de critères de financement et d'objectifs clairs en matière de couverture a également relégué la réforme des services de réadaptation au second plan dans les stratégies de renforcement des systèmes de santé³³. Sans données fiables, il est difficile pour les pouvoirs publics d'allouer les ressources là où elles sont le plus nécessaires et efficaces²⁶.

Les gouvernements doivent investir dans la collecte de données de qualité, désagrégées, sur la réadaptation et veiller à leur intégration dans les systèmes nationaux d'information sanitaire³⁴. Cela suppose une intégration efficace dans les différents flux de données, tels que les rapports programmatiques et institutionnels, les audits, les registres de ressources et les enquêtes démographiques générales¹⁶.

Adopter une approche intersectionnelle pour identifier les besoins et y répondre

Il est essentiel de disposer de données ventilées (par genre, âge, handicap, niveau de revenu, zone géographique, statut migratoire, entre autres) afin d'intégrer une perspective intersectionnelle. Cela permet de mettre en lumière les disparités d'accès, de couverture et de résultats sanitaires, et de garantir que les services de réadaptation sont conçus et dispensés de manière à répondre aux besoins variés et aux obstacles rencontrés par différents groupes. En l'absence de telles données, des pans entiers de la population risquent d'échapper à l'attention des décideurs et d'être exclus des services.

Des données au niveau des usagers (telles que les enquêtes sur le budget des ménages et les dépenses de santé) sont également nécessaires pour comprendre comment les individus prennent leurs décisions en matière d'accès aux soins^{26,35}, y compris les contraintes financières et sociales qui peuvent affecter de manière disproportionnée les groupes marginalisés.

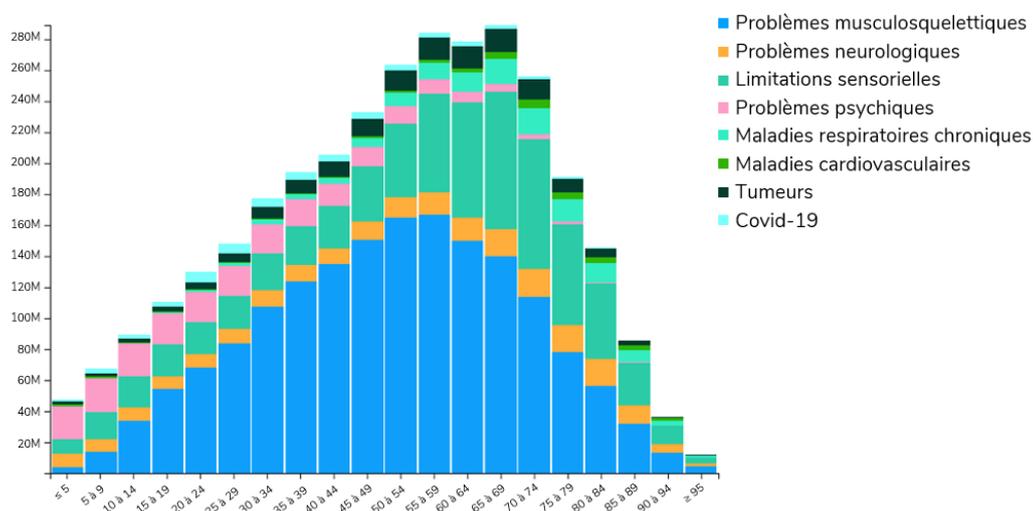
L'OMS a développé le Système d'information sanitaire de routine (SISR) pour aider les pays à harmoniser les données relatives à la réadaptation au sein de leurs systèmes d'information sanitaire. À titre d'exemple, l'Ouganda a réalisé des progrès notables dans l'intégration des données sur la réadaptation. Historiquement, le pays ne disposait que de données sur le nombre d'agents de réadaptation, sans information sur l'utilisation des services de réadaptation et d'appareillage. Cette situation évolue néanmoins rapidement : le ministère de la Santé, en partenariat avec l'OMS et le projet ReLAB-HS, a intégré le SISR et introduit six indicateurs de réadaptation de base dans son système d'information sanitaire (SIS) à partir de septembre 2024. Ces efforts se sont accompagnés de la mise en place de nouveaux outils de collecte de données, de registres de réadaptation pour les patients hospitalisés et ambulatoires, ainsi que de formations ciblées sur le SIS afin de garantir la qualité des données^{36,37}. Cette initiative devrait sensiblement améliorer la disponibilité des données, qui pourront être utilisées dans le cadre de la planification stratégique.

La réadaptation concerne des personnes de tous âges, touchées par divers problèmes de santé

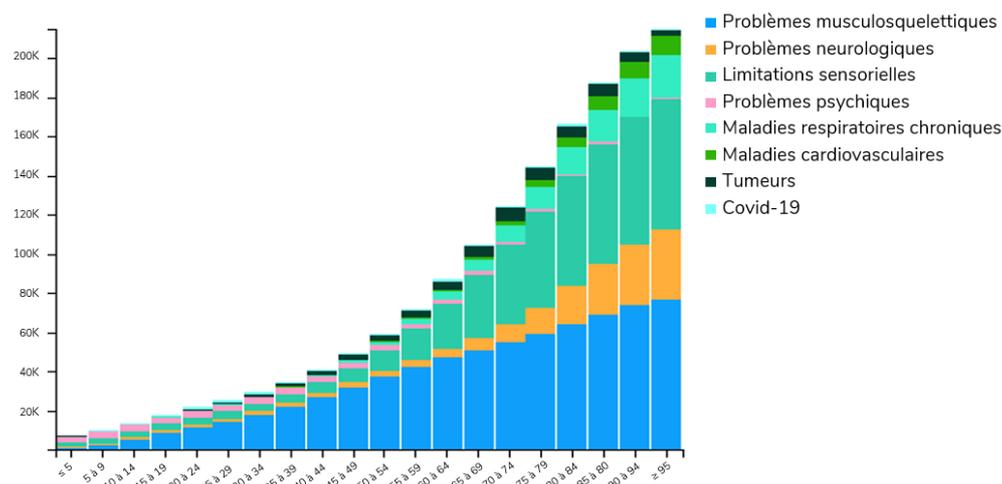
La réadaptation s'avère pertinente à chaque étape de la vie et présente un fort potentiel d'amélioration de la santé pour les personnes confrontées à divers troubles. Tout le monde peut avoir besoin de services de réadaptation ou d'appareillage à un moment de sa vie, et ces besoins ont tendance à évoluer et à augmenter sensiblement avec l'âge. Cela peut être lié, par exemple, à des blessures ou traumatismes dus à des accidents, à des troubles congénitaux présents dès l'enfance, à des maladies non transmissibles, à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, ou encore à des maladies chroniques et à d'autres problèmes de santé associés au vieillissement, comme l'illustre la figure 3 ci-dessous.

Figure 3 Besoins mondiaux en matière de réadaptation, selon l'étude 2021 sur la charge mondiale de la morbidité (CMM)

Nombre de personnes ayant besoin de services de réadaptation au cours de leur vie (en millions), par catégorie de pathologie



Prévalence des besoins en réadaptation au cours de la vie (pour 100 000 personnes), par catégorie de pathologie



A quels problèmes de santé s'applique la réadaptation ?

La réadaptation s'adresse à un large éventail de problèmes de santé

Historiquement, la réadaptation a été à tort perçue comme un service exclusivement destiné aux personnes handicapées⁷¹. En réalité, elle ne s'adresse pas uniquement aux personnes en situation de handicap : elle peut bénéficier à toute personne dont le fonctionnement physique, psychique ou social est altéré au quotidien, que ce soit en raison du vieillissement ou d'un problème de santé (y compris des maladies ou troubles, aigus ou chroniques, ainsi que des blessures ou des traumatismes)^{72,6}. Elle est également pertinente dans une optique de prévention, pour les personnes à risque de développer des complications ou comorbidités⁷³. C'est pourquoi le champ d'application des services de réadaptation est extrêmement vaste et concerne de nombreuses pathologies⁷². La figure 4 ci-dessous présente certains des problèmes de santé les plus courants nécessitant une réadaptation, selon les données de l'étude CMM 2021.

« Les gens pensent souvent que la réadaptation est réservée aux personnes handicapées, mais ce n'est pas le cas. Il s'agit d'un service de santé qui peut profiter à tous. »

Smitha Sadvan, Senior Advisor, Inclusive Health Policy, Disability Rights India Foundation

Il s'agit d'interventions telles que l'évaluation et le dépistage, les pratiques thérapeutiques, les exercices, les activités de formation, les aides techniques (prescription, adaptation et formation), l'aménagement de l'environnement pour améliorer l'accessibilité et renforcer l'autonomie, les stratégies d'autogestion, ainsi que l'administration de médicaments¹⁶.

Cependant, la capacité des personnes à accéder à des soins de réadaptation adaptés dépend de nombreux facteurs, notamment la disponibilité des professionnels, la qualité des soins, ainsi que l'acceptabilité et l'accessibilité à tous les niveaux du système de santé.

Figure 4 Principales pathologies nécessitant une réadaptation, selon l'étude CMM 202116,4.

Troubles musculosquelettiques	Affections neurologiques	Affections cardiopulmonaires	Troubles neurodéveloppementaux
Lombalgie Fractures Ostéoarthrite Polyarthrite rhumatoïde Amputations	Maladie d'Alzheimer et autres démences AVC Infirmité motrice cérébrale Traumatisme crânien	Cardiopathie ischémique Bronchopneumopathie chronique obstructive	Troubles du spectre autistique Trouble du développement intellectuel
Troubles sensoriels	Tumeurs	Santé mentale	
Déficience visuelle Perte de l'acuité auditive	Cancer	Schizophrénie	

Importance d'une approche de la réadaptation centrée sur la personne

Les **approches centrées sur la personne** sont essentielles pour proposer des services de réadaptation de qualité. Concrètement, cela signifie centrer les soins sur la personne, en privilégiant une prise en charge personnalisée, le respect des choix de l'utilisateur et sa participation active aux décisions le concernant³⁸. En effet, les études montrent que l'absence de participation réelle des usagers aux décisions liées à leur réadaptation peut freiner leur engagement dans ces services⁴⁵.

Les services doivent aussi être pensés pour inclure les différentes sous-populations, en intégrant la dimension de genre, les besoins spécifiques selon les étapes de la vie, et en consultant activement les usagers lors de la conception des services.

La section suivante examine comment la réadaptation et les aides techniques répondent à l'évolution des besoins à chaque étape de la vie, de l'enfance au grand âge. Elle s'intéresse également à l'impact de facteurs transversaux tels que le genre, l'âge, le type de handicap ou de problème de santé, le statut socio-économique et la situation géographique sur l'accès rapide à des services de qualité.

Genre et réadaptation

La réadaptation, comme toute stratégie dans le domaine de la santé, est fortement influencée par les dynamiques de genre. Les femmes et les hommes ont souvent des parcours et des besoins différents lorsqu'ils ont recours aux services de réadaptation. Ces expériences se complexifient davantage lorsque la dimension de genre se conjugue avec l'âge, le handicap, le statut socio-économique ou d'autres facteurs influençant l'accès aux soins et les obstacles rencontrés.

Des besoins différenciés en matière de réadaptation

Une analyse basée sur les données de l'étude sur la charge mondiale de la morbidité (CMM) 2021 révèle que, bien que les femmes et les hommes présentent globalement une prévalence comparable de problèmes de santé pouvant bénéficier d'une réadaptation (1,3 milliard de femmes contre 1,2 milliard d'hommes), les femmes cumulent davantage d'années vécues avec une incapacité (180 millions contre 160 millions pour les hommes)⁴. Parmi les facteurs explicatifs figurent une espérance de vie plus longue chez les femmes, mais aussi des obstacles plus nombreux dans l'accès aux services de réadaptation et leur utilisation⁵².

La réadaptation constitue une ressource précieuse, bien que souvent sous-estimée, pour la santé maternelle (notamment avant la conception, pendant la grossesse, ainsi que dans le cadre des soins périnataux et postnatals). Si la réduction de la mortalité maternelle a bénéficié d'une attention particulière à l'échelle mondiale, les morbidités maternelles restent quant à elles largement négligées. Parmi les principales limitations fonctionnelles pouvant survenir pendant ou après une grossesse figurent la fistule obstétricale, le dysfonctionnement du plancher pelvien, la dépression périnatale ou encore les troubles musculosquelettiques⁵³.

« Pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, certains besoins peuvent nécessiter une prise en charge en kinésithérapie, par exemple. Cependant, il existe peu de kinésithérapeutes formés ou spécialisés dans ce domaine. »

Anne-Nathalie Brisard, référente technique READ OT, HI, et membre de la SoHaPh, Haïti

Normes de genre et attentes familiales

Les normes de genre et les attentes familiales peuvent influencer la manière dont femmes et hommes perçoivent la réadaptation. Chez les hommes, les injonctions sociales liées à la masculinité (comme l'idée qu'il faut paraître fort et résister à la douleur) peuvent freiner le recours aux services de réadaptation.

Women, especially persons with disabilities, are more likely to have lower socioeconomic status or lack insurance, which can significantly hinder their ability to access rehabilitation services.^{54,55} Research also indicates that the lack of female rehabilitation service providers is a barrier preventing women from participating in rehabilitation.²⁸ In households with fewer resources, lower priority may be given to girls with disabilities when spending on healthcare.

« Nous essayons d'organiser un cours d'aérobic pour les femmes, en particulier celles qui viennent d'accoucher et souffrent de douleurs dorsales ou pelviennes, mais beaucoup d'entre elles ne peuvent pas y participer en raison de leurs responsabilités domestiques, comme aller chercher les enfants ou préparer les repas. Elles se sentent obligées de faire passer les besoins des autres avant les leurs. »

Night Atwongire, kinésithérapeute principal, Ouganda

Les femmes, en particulier celles en situation de handicap, sont plus susceptibles de vivre dans la précarité économique ou de ne pas bénéficier d'une couverture d'assurance, ce qui limite fortement leur accès aux soins de réadaptation^{54,55}. Les études montrent également que la sous-représentation des femmes parmi les prestataires de services de réadaptation constitue un obstacle supplémentaire à la participation des patientes²⁸. Dans les foyers disposant de ressources limitées, les filles handicapées sont souvent reléguées au second plan dans les priorités de dépenses de santé.

Par ailleurs, les femmes et les filles sont plus susceptibles de prendre en charge des proches ayant besoin de services de réadaptation. En améliorant l'autonomie et le fonctionnement des personnes, la réadaptation peut réduire le besoin d'aide au quotidien.

Elle contribue ainsi à promouvoir l'égalité de genre en allégeant la charge des soins. Cependant, il est nécessaire d'intensifier les efforts de sensibilisation afin de garantir que chaque individu (en particulier celles et ceux confrontés à des discriminations croisées) puisse bénéficier d'un accès équitable à la prise en charge sanitaire. Par conséquent, les services de réadaptation doivent non seulement répondre aux besoins spécifiques liés au genre, mais aussi agir de manière proactive pour lever les obstacles à l'accès et favoriser des pratiques équitables en matière de recours aux soins et de partage des responsabilités liées à la prise en charge.

Enfance et adolescence

Les enfants et les jeunes sont des usagers essentiels de la réadaptation, dont les besoins diffèrent souvent de ceux des adultes. Dans de nombreux PRFI, ils représentent également une part importante de la population totale. En Ouganda, par exemple, près de 60 % de la population a moins de 18 ans, et 75 % moins de 35 ans³⁹. De plus, bien que le taux de mortalité néonatale et celui des enfants de moins de cinq ans aient considérablement diminué au cours des dernières décennies⁴⁰, le nombre total d'enfants et de jeunes atteints de problèmes de santé susceptibles de bénéficier de services de réadaptation a augmenté¹.

L'enfance et l'adolescence constituent des étapes essentielles du développement physique, cognitif, social et émotionnel. Les expériences vécues et le soutien reçu durant cette période déterminante influencent profondément la trajectoire de vie des enfants ainsi que les opportunités qui s'offrent à eux. Un accès précoce à des services de réadaptation et d'appareillage de qualité contribue grandement à optimiser leur développement et leur fonctionnement, tout en aidant à

prévenir les conséquences secondaires chez les enfants en situation de handicap⁴¹. La réadaptation pédiatrique permet de traiter une grande variété de pathologies, telles que les problèmes neurologiques, congénitales et intellectuelles, ainsi que les blessures.⁴² Ces services facilitent également une meilleure intégration sociale, la participation à l'éducation ainsi qu'aux activités communautaires et récréatives⁴³.

« Si la réadaptation ne commence pas dès le plus jeune âge, elle devient de plus en plus difficile à mesure que l'enfant grandit. Sans intervention adaptée, l'enfant risque de ne pas se développer dans les meilleures conditions. Les aides techniques doivent aussi être régulièrement ajustées pour accompagner la croissance des enfants, et comme ils aiment courir et sauter, leurs appareils peuvent s'user ou se casser. »

Ellie Cole, chargée de recherche, University College de Londres, Royaume-Uni

Les enfants issus de ménages vulnérables (qu'ils vivent dans la pauvreté, en milieu rural ou que cela tienne à leur statut migratoire) courent un risque accru de ne pas avoir accès aux services de protection de la petite enfance. Pour les réfugiés et les personnes déplacées, ces risques sont d'autant plus élevés en raison d'une méconnaissance des services disponibles et de difficultés d'accès aux soins de santé, en particulier aux services de réadaptation secondaires ou tertiaires, souvent situés dans d'autres villes. Le manque de soins appropriés durant les premières années de vie entraîne fréquemment l'apparition de problèmes de développement aux conséquences durables.

Les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère sont particulièrement vulnérables, car la dénutrition durant les périodes clés de croissance peut gravement compromettre le développement cérébral, les capacités physiques et la santé à long terme. Dans ces situations, la réadaptation doit dépasser le simple appui nutritionnel et intégrer une **thérapie de stimulation**, un ensemble de pratiques visant à améliorer le développement cognitif et moteur. L'intégration de la stimulation dans les routines quotidiennes de soins a montré des résultats prometteurs pour favoriser le développement des enfants souffrant de malnutrition.

La stigmatisation du handicap : un frein à la détection et à la prise en charge rapides

Les perceptions négatives liées au handicap peuvent également freiner le recours aux services de réadaptation. Une étude menée en Ouganda sur l'accès aux services de réadaptation pour les enfants handicapés souligne l'importance pour les agents de réadaptation communautaire (RBC) de prendre en compte les différences culturelles, les défis liés à la stigmatisation, ainsi que les enjeux d'inclusion sociale⁴⁴.

La réadaptation est étroitement liée au droit des enfants à la survie et au développement en bonne santé. Ce principe est inscrit à l'article 6 de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE). Selon l'article 23, les États parties doivent fournir ce service gratuitement chaque fois qu'il est possible, en tenant compte des ressources financières des parents ou des personnes

s'occupant de l'enfant, afin de garantir un accès effectif aux services de soins de santé et de réadaptation⁴⁶. Malgré ces engagements, les services de réadaptation et d'appareillage restent souvent inaccessibles pour de nombreuses familles à cause des coûts associés. Des politiques de soutien, telles que la création d'une prestation nationale pour les enfants handicapés, récemment annoncée en Ouganda, sont utiles pour compenser ces coûts⁴⁷.

Soutenir les parents et les personnes s'occupant d'enfants afin qu'ils défendent le droit à la santé de leur enfant

« Faute de ressources suffisantes, un enfant handicapé est souvent le dernier à accéder aux services de santé et aux autres services sociaux auxquels tout enfant a droit. »

Dr. Fred Kagwire, spécialiste de la santé, UNICEF, Ouganda

Les parents et les personnes s'occupant d'enfants jouent un rôle crucial pour garantir l'accès des enfants aux services de réadaptation, ce qui implique aussi des soins réguliers et une stimulation à domicile. L'étude de cas ci-dessous illustre comment impliquer les parents dans la thérapie de leur enfant, ainsi que les mettre en contact avec les ressources communautaires, peut contribuer à créer un environnement où la réadaptation devient une responsabilité partagée entre professionnels et familles.



Étude de cas : mise en place d'un environnement de soins attentifs en Ouganda

En septembre 2024, l'Ouganda accueillait près de 1,74 million de réfugiés et de demandeurs d'asile en provenance du Burundi, de la République Démocratique du Congo, de la Somalie, du Soudan, du Soudan du Sud ainsi que d'autres pays. Les enfants, dont 40 % ont moins de 12 ans, représentent 57 % de cette population. Beaucoup d'entre eux vivent dans des camps où l'accès rapide aux soins de santé demeure limité⁴⁸. Pourtant, on estime que 63 % des enfants de moins de cinq ans en Ouganda risquent de ne pas atteindre leur plein potentiel de développement, ce qui révèle d'importants besoins en matière de réadaptation⁴⁹.

Humanity & Inclusion (HI) met en œuvre le projet CHANCE (Approche holistique centrée sur l'enfant pour un environnement favorable aux soins attentifs) dans le district de Terego, au sein des camps d'Imvepi et de Rhino. Financé par la Direction générale Coopération au développement et Aide humanitaire (DGD) belge, et déployé sur la période 2022–2026, ce projet intègre la réadaptation pédiatrique à des stratégies de soins attentifs et d'éducation inclusive, afin de favoriser le développement global des enfants en situation de handicap, de la petite enfance à l'adolescence.

L'une des composantes clés du projet CHANCE est le soutien renforcé apporté aux parents d'enfants en situation de handicap ou présentant des retards de développement. Les familles bénéficient de visites à domicile et participent à des groupes de parents axés sur les techniques de soins adaptées aux enfants handicapés. Des travailleurs sociaux assurent un suivi régulier pour

accompagner les familles dans l'accès aux services de santé et de réadaptation, tout en menant des actions de sensibilisation communautaire. Le projet instaure également des parcours structurés pour faciliter l'accès des enfants aux services de réadaptation.

Pour renforcer l'accessibilité, quatre centres de développement et de bien-être de l'enfant ont été créés au sein des communautés d'accueil et de réfugiés. Ces centres rapprochent les services de réadaptation des familles, réduisant ainsi les obstacles logistiques aux soins. Par ailleurs, 35 équipes villageoises de santé et bénévoles communautaires ont été formés à la détection précoce des troubles et aux méthodes réadaptation. Grâce à ces efforts, les personnes s'occupant d'enfants se sentent aujourd'hui plus confiantes dans la gestion du quotidien et dans la défense des droits de leurs enfants. De nombreuses familles, auparavant confrontées à la stigmatisation et à l'isolement, se sentent désormais capables de solliciter le soutien de la communauté.

Témoignage de Temia : accéder à des services de réadaptation pour ses enfants en Ouganda



Temia Keren est une femme ougandaise de 32 ans qui vit dans un camp de réfugiés situé dans le district de Terego, en Ouganda. Elle est mère célibataire de deux enfants : Alvin, 3 ans, vivant avec une paralysie cérébrale, et Baker, 1 an, qui fait expérience de retards de développement et de problème visuels.



« La TCC a changé ma manière d'aborder les soins et m'a donné la force émotionnelle de continuer à soutenir mes enfants. Je suis plus patiente et je communique mieux avec eux. »

Temia and HI Staff during a home visit ©HI

Avant de bénéficier d'un accompagnement, Temia a dû faire face à de nombreux obstacles. En tant que mère célibataire sans emploi, elle a rencontré d'importantes difficultés financières et émotionnelles. Alvin avait des difficultés à marcher, à parler et à tenir sa tête droite, tandis que Baker avait des problèmes visuels et de mobilité. Ne connaissant pas l'existence des services de réadaptation, et ne recevant qu'un soutien limité en raison de la stigmatisation du handicap dans sa communauté, Temia s'est sentie isolée et dépassée.

Son parcours vers une prise en charge adaptée a commencé lorsqu'elle a découvert les services de réadaptation proposés par Humanity & Inclusion (HI) dans le cadre du projet CHANCE. L'équipe a prodigué des soins de kinésithérapie à Alvin, pour l'aider à améliorer sa mobilité, et des soins d'ergothérapie à Baker, pour l'aider à s'adapter ses problèmes visuels. Temia a également intégré

un groupe de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) destiné aux personnes s'occupant d'enfants, qui lui a permis d'acquérir des outils pour mieux faire face au stress parental et soutenir le développement de ses enfants.

Cette approche a eu un impact profondément positif sur sa vie. Alvin a commencé à communiquer par gestes et apprend à marcher, tandis que Baker parvient mieux à évoluer dans son environnement. Temia se sent aujourd'hui plus confiante et mieux armée, et ses liens avec ses enfants se sont renforcés. Cependant, elle continue de faire face à certaines difficultés, notamment le poids financier lié à la prise en charge de deux enfants handicapés, ainsi que les défis logistiques liés à l'accès aux services.

« Le centre de réadaptation était éloigné. Je n'avais pas toujours les moyens de payer le transport. Il m'est arrivé de manquer des séances de soins, faute d'argent pour m'y rendre. »

Temia espère pouvoir consulter davantage de professionnels formés à la réadaptation dans son centre de santé local, et que celui-ci sera agrandi pour inclure des aires de jeux afin de mieux accueillir les familles avec de jeunes enfants.

Âge adulte

La réadaptation aide les travailleurs et les ménages à mener une vie épanouissante et productive.

La réadaptation revêt une importance particulière à l'âge adulte, une période durant laquelle les individus sont au sommet de leur productivité, contribuant activement à la force de travail, subvenant aux besoins de leur famille et prenant soin de leurs proches. Les blessures, maladies et handicaps peuvent grandement compromettre la capacité des adultes à subvenir à leurs besoins ainsi qu'à ceux des personnes à leur charge, ce qui a un impact direct sur leur foyer et leur communauté.

Les troubles musculosquelettiques (notamment les lombalgies), les blessures professionnelles, les problèmes de santé maternelle ou les troubles psychiques affectant la vie professionnelle et quotidienne sont autant d'affections fréquentes nécessitant une réadaptation chez l'adulte. La réadaptation peut également aider les personnes concernées par des problèmes sensorielles (comme une perte de vision ou d'audition) ou des maladies évolutives (telles que la sclérose en plaques) à maintenir leur autonomie. Les blessures dues aux risques professionnels, à la violence et aux accidents de la route contribuent aussi à la demande en services de réadaptation¹⁷. Les blessures et la violence représentent environ 10 % de l'ensemble des AVI, de nombreux survivants avec des limitations fonctionnelles temporaires ou permanents ayant besoin de services de réadaptation⁵⁰.

Réadaptation à la suite d'accidents du travail

Selon l'Organisation internationale du Travail (OIT), plus de 395 millions de travailleurs dans le monde ont subi des accidents du travail non mortels en 2019, ce qui a généré 90,22 millions d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI)⁵¹. Les facteurs de risques professionnels, notamment les accidents du travail, les longues heures de travail et les contraintes ergonomiques liées au travail sédentaire, figurent parmi les principales causes d'incapacité. Les jeunes hommes sont plus exposés aux accidents et aux décès sur le lieu de travail, car les jeunes travailleurs ont souvent du mal à trouver un emploi décent et sont davantage soumis à des risques liés au manque d'expérience ou à des conditions dangereuses.

La réadaptation joue un rôle essentiel dans le rétablissement après un accident du travail, en permettant aux individus de retrouver leur fonctionnement et de réintégrer le marché de l'emploi. L'ergothérapie peut les aider à adapter leur environnement ou leurs tâches professionnelles à leurs besoins, leur permettant ainsi de poursuivre leur activité efficacement et en toute sécurité.

Difficultés d'accès à la réadaptation

L'accès à la réadaptation reste un défi majeur pour de nombreux adultes en âge de travailler. Dans de nombreux pays, le financement de la réadaptation est fragmenté, différents ministères (comme ceux des Affaires sociales, de l'Éducation et de la Défense) offrant un soutien limité à certains groupes spécifiques. De plus, la couverture patronale exclut généralement les travailleurs informels, les indépendants et les personnes occupant des emplois précaires. La couverture d'assurance maladie prend rarement en charge l'intégralité des coûts de réadaptation, contraignant ainsi de nombreuses personnes à payer les soins de leur poche. Par exemple, une étude menée en 2018 à Cotonou et Abomey a révélé que seulement 12,9 % des victimes d'accidents de la route bénéficiaient d'une assurance maladie, et que seulement 1,9 % d'entre elles disposaient d'une couverture pour leurs frais médicaux. La majorité des victimes (85,1 %) finançaient elles-mêmes leurs soins, parfois grâce à des dons provenant de leur entourage²⁷.

Malheureusement, de nombreuses personnes ayant subi des blessures ou développé des limitations fonctionnelles dès leur jeune âge, mais qui, faute de sensibilisation ou d'accès aux soins de réadaptation, n'ont pas recherché ou poursuivi une prise en charge appropriée, voient leur état se dégrader ou développent des comorbidités à l'âge adulte.



Témoignage de Jézulène : se reconstruire après un AVC en Haïti

Jézulène est une femme de 41 ans qui a survécu à un accident vasculaire cérébral (AVC). Elle vit dans un quartier défavorisé en zone urbaine en Haïti. L'année dernière, elle a subi un AVC qui l'a laissée paralysée du côté droit. En conséquence, elle éprouve des difficultés à se déplacer et peine à marcher, à monter les escaliers, à se laver ou encore à s'habiller sans aide. Étant droitière, la perte de l'usage de sa main droite rend de nombreuses tâches du quotidien particulièrement compliquées. Malgré tout, elle garde l'espoir de retrouver un jour l'usage complet de son corps. En évoquant les conséquences de son état, elle confie :

« J'étais très investie dans les activités de mon église. Certains membres de la communauté sont venus me rendre visite et m'ont invitée à plusieurs événements qu'ils avaient organisés, mais je ne me sentais pas encore prête à y assister. J'attends d'être complètement rétablie pour pouvoir y retourner. »



Jézulène devant le centre de réadaptation (FONHARE) © Anne Brisard / HI

Avant son AVC, Jézulène travaillait comme vendeuse sur un marché de produits alimentaires. Elle était le principal soutien de famille. Aujourd'hui, son mari étant le seul à subvenir aux besoins du foyer, leurs difficultés financières se sont aggravées. Ses parents ont emménagé chez elle pour l'aider à prendre soin de la maison et d'elle-même.

Sa famille connaissait déjà les services de réadaptation : sa fille cadette, avec de retards moteurs, avait bénéficié de séances de kinésithérapie pour apprendre à marcher. Jézulène suit actuellement des séances de réadaptation et d'ergothérapie à la Fondation Haïtienne de Réhabilitation (FONHARE). Cependant, l'accès au centre peut s'avérer compliqué, notamment pendant la saison des pluies.

« Lorsque j'ai eu mon AVC, je n'ai pas hésité à me faire soigner, même si notre situation financière était difficile. Nous avons réussi à nous organiser, et le centre nous a accordé une réduction. Mon mari fait de la moto, alors c'est lui qui m'emmène à mes rendez-vous. Heureusement, nous n'habitons pas trop loin du centre. »

Déterminée à retrouver son autonomie, Jézulène rêve de se remettre sur pied, de reprendre ses activités à l'église (y compris les missions dans d'autres villes), de reprendre son activité de vente sur le marché, de subvenir à nouveau aux besoins de sa famille et de s'occuper de ses enfants comme elle le faisait auparavant.

Elle espère également qu'à l'avenir, davantage de professionnels de la réadaptation seront formés et que les hôpitaux publics offriront de meilleurs services, afin que les personnes comme elle puissent accéder aux soins nécessaires sans se heurter à des obstacles financiers ou logistiques.

Personnes âgées

Les personnes âgées présentent les besoins les plus importants en matière de réadaptation

Le vieillissement de la population mondiale entraîne une augmentation de la demande en services de réadaptation. Les personnes âgées sont celles qui ont le plus besoin de services de réadaptation, mais ce sont aussi celles qui rencontrent le plus de difficultés pour y accéder. D'ici 2030, la population mondiale âgée de 60 ans et plus devrait augmenter de 56 %, atteignant 1,4 milliard de personnes (soit environ une personne sur six)⁵⁶. Les évolutions démographiques les plus marquées auront lieu dans les PRFI, où vivront deux tiers des personnes âgées du monde d'ici 2050¹⁷.

Le vieillissement s'accompagne d'un déclin naturel du fonctionnement, notamment physique et cognitif, d'une diminution de la force musculosquelettique, d'une plus grande vulnérabilité aux blessures et de l'apparition simultanée de multiples problèmes de santé (comorbidités)⁵⁷. Des services de réadaptation facilement accessibles sont donc indispensables pour permettre aux systèmes de santé de répondre efficacement aux besoins des populations âgées¹⁷.

Les maladies non transmissibles (MNT) chroniques sont en augmentation, ce qui compromet le vieillissement en bonne santé.

L'augmentation généralisée des MNT rebat les cartes des priorités en matière de santé, en particulier pour les personnes âgées. Parallèlement aux évolutions démographiques, une **transition épidémiologique** est en cours : les MNT (notamment les maladies cardiovasculaires, le cancer, les AVC, les maladies respiratoires chroniques, le diabète et les problèmes neurologiques comme la démence) deviennent les principales préoccupations sanitaires dans tous les pays⁵⁸.

Si l'espérance de vie est passée de 66,8 ans en 2000 à 73,1 ans en 2019, ce qui constitue un progrès majeur en matière de développement humain, l'écart se creuse entre espérance de vie et espérance de vie en bonne santé, en particulier chez les femmes^{58,59}. Aujourd'hui, de nombreuses personnes passent une grande partie de leur vie avec une maladie ou un handicap. En 2021, les MNT représentaient près de **60 % de l'ensemble des AVI** chez les personnes âgées de 55 ans et plus. Les causes les plus fréquentes étaient les maladies cardiovasculaires, le cancer, les troubles musculosquelettiques, les troubles psychiques et neurologiques, le diabète, les maladies rénales ainsi que les maladies respiratoires chroniques⁶⁰. Bien que les hommes soient plus susceptibles de mourir prématurément d'une MNT, les femmes vivent plus longtemps en mauvaise santé ou avec un handicap, en raison de leur espérance de vie plus élevée⁵⁸.

La réadaptation est essentielle pour les incapacités liées aux MNT, en améliorant le fonctionnement, en réduisant la douleur et en prévenant toute détérioration supplémentaire. Par

exemple, la réadaptation physique et fonctionnelle favorise le rétablissement après un AVC ou un accident cardiovasculaire. Pour les personnes avec des problèmes neurologiques telles que la démence ou la maladie de Parkinson, la réadaptation peut inclure des aides techniques, de l'ergothérapie, de la kinésithérapie ou de l'orthophonie, en fonction des déficiences spécifiques. Étant donné que les MNT deviennent plus fréquentes avec l'âge, et que les personnes âgées sont également plus susceptibles d'être atteintes de **comorbidités**, la nécessité de **services de réadaptation intégrés** devient évidente.

Les personnes âgées continuent de faire face à des obstacles majeurs dans l'accès à la réadaptation

Bien qu'elles constituent le groupe d'âge le plus concerné par les besoins en services de réadaptation et d'appareillage, les personnes âgées se heurtent à de nombreux **obstacles** qui entravent leur accès à ces services.

Obstacles financiers

Si les MNT peuvent entraîner des coûts élevés pour les patients quel que soit leur âge, les ménages comprenant des personnes âgées sont particulièrement exposés au risque de dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes. Ce fardeau est d'autant plus lourd pour les populations à faible revenu, chez lesquelles la pression financière liée aux coûts médicaux est plus aiguë^{61,62}. Dans certains cas, la prise en charge de la réadaptation est conditionnée par une assurance professionnelle, dont de nombreuses personnes âgées ne disposent plus. De même, la fragilité des systèmes de retraite publics peut également contribuer à leur vulnérabilité économique⁶³. Les femmes font face à des risques financiers encore plus élevés en vieillissant, en raison des écarts de revenus accumulés tout au long de leur vie, de leur rôle d'aidantes non rémunérées, ainsi que des inégalités salariales persistantes entre les femmes et les hommes.

« La stigmatisation liée au handicap complique encore la situation des personnes âgées. Elle affecte leur capacité à participer aux activités quotidiennes et aux interactions sociales, les empêchant de nouer des liens avec leurs pairs. En conséquence, elles deviennent plus dépendantes du soutien de leurs enfants. » Esther Kyoziira, présidente-directrice générale,

National Union of Disabled Persons of Uganda, Ouganda

Obstacles structurels

Les personnes âgées sont souvent exclues des interventions sanitaires ciblées. De nombreux programmes de santé, y compris ceux consacrés à la réadaptation et aux AT, privilégient les mères, les enfants et les populations en âge de travailler, reléguant ainsi les personnes âgées au second plan dans l'allocation des ressources et la planification des politiques. Une revue exploratoire menée en 2024 a révélé que la réadaptation des personnes âgées de plus de 50 ans se concentre principalement sur l'évaluation fonctionnelle, les exercices, l'accompagnement psychologique et l'autogestion. Cependant, des éléments essentiels tels que l'adaptation de

l'environnement et les aides techniques, cruciaux pour maintenir l'autonomie et améliorer le confort des personnes âgées, sont trop souvent négligés⁶⁴. En outre, le manque de données ventilées par âge dans de nombreux ensembles de données de santé entrave la compréhension et la prise en compte des besoins spécifiques des personnes âgées en matière de réadaptation⁵⁸.

Normes sociales et perceptions négatives des personnes âgées

Il n'y a pas de limite d'âge pour bénéficier de la réadaptation. La réadaptation, à tout moment de la vie, peut améliorer la qualité de vie et contribuer à prévenir une dégradation de l'état de santé. De nombreuses données démontrent que la réadaptation améliore l'autonomie des personnes âgées tout en réduisant leurs besoins en hospitalisation^{17,65,66,67}.

Les perceptions négatives et les préjugés à l'encontre des personnes âgées restent des obstacles majeurs à une prise en charge efficace⁶⁸. L'âgisme dans les structures de santé peut conduire à un moindre référencement des personnes âgées vers la réadaptation, en raison de préjugés sur leur capacité à se rétablir. Les stéréotypes erronés selon lesquels la réadaptation serait moins efficace chez les personnes âgées, ou que le déclin fonctionnel est une fatalité liée à l'âge, peuvent retarder voire empêcher les interventions nécessaires^{2,69}.

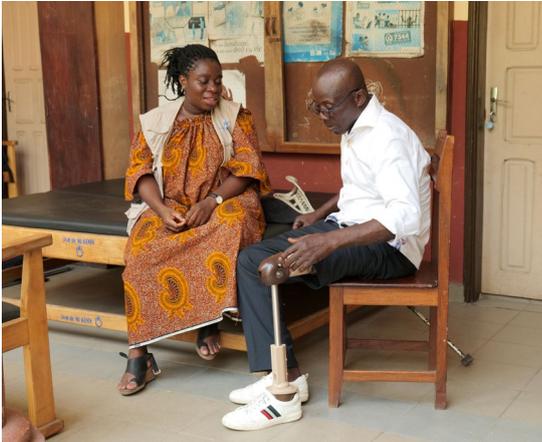
La réadaptation : un levier clé pour promouvoir un vieillissement en bonne santé et accroître la longévité, dans le cadre de la Décennie des Nations Unies pour le vieillissement en bonne santé

La **Décennie des Nations Unies pour le vieillissement en bonne santé** souligne la nécessité de renforcer les politiques et d'accroître les investissements dans la réadaptation afin de soutenir les populations vieillissantes à travers le monde. Intégrer durablement la réadaptation comme un pilier des systèmes de santé sera essentiel pour favoriser un **vieillissement en bonne santé**, réduire les coûts liés aux soins de longue durée et permettre aux personnes âgées de mener une vie épanouissante et autonome. Dans la perspective de la **Quatrième réunion de haut niveau sur les MNT en septembre 2025**, il est également crucial de prendre en compte l'interaction entre vieillissement, MNT et réadaptation dans les politiques et interventions de santé publique, y compris dans le cadre de l'aide humanitaire, de l'assistance à l'autonomie et de la prise en charge de longue durée⁷⁰.



Témoignage de Souleyman : retrouver sa mobilité grâce à une prothèse et à des séances de kinésithérapie au Bénin

Souleyman est un homme de 60 ans qui a survécu à un accident de la route à Cotonou, au Bénin. Il a dû surmonter de nombreux obstacles pour accéder à une aide adaptée. Sa blessure a sérieusement entravé sa mobilité, rendant difficiles la marche, la montée des escaliers et même le simple fait de s'habiller. Ces limitations ont eu un impact majeur sur sa vie professionnelle :



« C'est à cause de mon handicap que je ne peux plus exercer mon métier de peintre en carrosserie. La reconversion est difficile, et j'ai aussi eu des difficultés à obtenir une aide financière. »

Souleyman (à droite) avec un membre du personnel de HI © HI

Souleyman a dû attendre sa prothèse de jambe pendant plus de six mois, en raison des retards accumulés par les services de réadaptation. Cependant, après avoir reçu sa prothèse par l'intermédiaire d'Humanity & Inclusion (HI) et avoir bénéficié de séances de kinésithérapie qui l'ont aidé à s'adapter à son nouvel équipement, il a constaté une amélioration notable de sa mobilité. Il souligne que la prise en charge intégrale des frais a été déterminante, car il n'aurait pas pu financer ces soins par ses propres moyens.

« Le personnel du centre m'a apporté un soutien psychologique et m'a aidé à réunir les documents nécessaires pour accéder à l'aide de l'État et de ses partenaires, comme HI. Grâce à cela, j'ai pu bénéficier d'une prothèse et d'un accompagnement en kinésithérapie, pour apprendre à l'utiliser correctement. »

Souleyman exprime sa reconnaissance envers le centre de réadaptation communautaire du guichet unique de protection sociale de Wologuédé, qui l'a accompagné tout au long du processus.

« Au Bénin, une prothèse de jambe est un luxe, alors que de nombreuses personnes démunies en ont besoin. Je demande au gouvernement de subventionner leur fabrication et de construire davantage de centres de réadaptation. »

Malgré sa frustration initiale face à la nécessité de suivre des séances de réadaptation pour apprendre à utiliser pleinement sa prothèse, il comprend aujourd'hui l'importance de ce parcours pour une bonne utilisation et un entretien efficace de son équipement. Il se sent désormais plus à l'aise dans ses déplacements, et les regards curieux ont disparu, ce qui a grandement renforcé son estime de soi.

Souleyman cherche actuellement à obtenir une aide publique pour créer une petite entreprise de vente de produits surgelés, et s'engage pour que d'autres puissent, eux aussi, accéder plus facilement aux prothèses.

Axes d'amélioration pour faciliter l'accès à des services de réadaptation et d'appareillage de qualité dans l'ensemble du système de santé

Comprendre que la réadaptation constitue une composante clé du parcours de vie et qu'elle s'applique à un large éventail de problèmes de santé met en évidence son rôle fondamental au sein d'un système de santé à la fois réactif et inclusif. Cette prise de conscience conduit à s'interroger sur les moyens de renforcer l'accès à des services de réadaptation et à des aides techniques (AT) de qualité à tous les niveaux de soins. Le chapitre suivant analyse les leviers et stratégies favorisant une meilleure intégration de la réadaptation et de l'appareillage au sein des systèmes de santé, afin de garantir que ces services et produits soient disponibles, accessibles et adaptés à la diversité des besoins des populations à travers le monde.

Intégrer la réadaptation dans les systèmes de santé : une priorité à tous les niveaux de soins

La nécessité de renforcer la réadaptation à tous les niveaux du système de soins, afin de répondre aux besoins d'une population diverse sur le plan sanitaire et intergénérationnelle, est de plus en plus reconnue. La Déclaration d'Astana (2018) souligne le lien étroit entre la réadaptation et le continuum de soins, en particulier dans le cadre des soins de santé primaires⁷⁴. L'initiative **Réadaptation 2030** de l'OMS et la résolution 76.6 (2023) de l'AMS mettent en avant l'importance de renforcer les services de réadaptation à tous les niveaux de soins, du primaire au tertiaire¹³. L'OMS a développé un cadre permettant d'illustrer les différentes structures de réadaptation et de soins⁷⁵.

Réadaptation informelle et autodirigée - Soins non professionnels, fournis en l'absence de personnel de santé, souvent dans des environnements quotidiens tels que le domicile, les écoles, les parcs ou les centres communautaires.

Réadaptation à base communautaire - Soins secondaires prodigués au sein de la communauté durant les phases de soins de suite et de longue durée, y compris à domicile, à l'école ou sur le lieu de travail.

Réadaptation intégrée aux soins de santé primaires - Réadaptation intégrée aux soins de santé primaires, premier point de contact avec le système de santé, fournie dans les centres de santé primaire et certaines structures communautaires.

Réhabilitation intégrée aux spécialités médicales dans les soins de santé secondaires et tertiaires - Intégrée aux spécialités médicales, cette réadaptation répond aux besoins moins complexes durant la phase des soins aigus et de suite, généralement dans des hôpitaux ou des centres de soins.

Réhabilitation intensive spécialisée - Soins tertiaires destinés aux personnes ayant des besoins complexes, généralement proposés dans des centres de réadaptation de longue durée pendant la phase des soins aigus et de suite.

Étendre la réadaptation aux soins primaires et communautaires : une nécessité

L'intégration de la réadaptation aux soins de santé primaires favorise son accessibilité et garantit une prise en charge continue pour les personnes de tous âges qui vivent avec de divers problèmes de santé, en rapprochant les services des communautés. Les agents de santé primaire, comme le personnel infirmier, les médecins généralistes ou les travailleurs communautaires, représentent souvent le premier point de contact avec le système de santé : ils posent la plupart des diagnostics, identifient les limitations fonctionnelles et orientent les patients vers des soins spécialisés. Ils sont également bien placés pour prendre en charge des problèmes courants tels que les douleurs dorsales ou les complications post-partum, et pour suivre et ajuster les plans de soins dans une optique de rétablissement continu³⁴.

« Lorsque nous parlons de soins de santé primaires, nous parlons de services ancrés localement. C'est là que les gens vivent, travaillent, passent du temps et se font soigner. Il est urgent de disposer de prestataires en réadaptation qualifiés, capables de fournir des services efficaces dans le cadre des soins primaires et des structures communautaires. »

Conseiller technique, programme de réadaptation, OMS

Bien que certains besoins en réadaptation puissent être pris en charge au niveau des soins de santé primaires et communautaires, ces services restent aujourd'hui principalement concentrés dans les structures secondaires, tertiaires et spécialisées, plutôt que d'être pleinement intégrés aux systèmes de santé, en particulier dans les PRFI.^{34,76} L'accès aux aides techniques (AT) fait également souvent défaut dans les structures de soins de santé primaires et les programmes de soins. Là où des dispositifs sont disponibles, leur accessibilité financière et leur qualité posent

souvent problème.³⁴ En Ouganda, par exemple, seules 4,5 % des personnes ayant besoin d'une aide technique y ont effectivement accès, les inégalités touchant plus particulièrement les femmes et les communautés rurales²⁹. Dans certains pays à faible revenu, l'accès aux AT ne dépasse pas 3 %⁷⁷.

Dans de nombreux pays à faible revenu, des spécialistes sont présents dans les structures secondaires et tertiaires, mais en nombre limité, et souvent concentrés dans les centres urbains. En Haïti, l'insécurité et les conflits ont également conduit à la fermeture d'établissements de santé et au départ de professionnels. Selon un recensement mené par HI en 2023, 93 des 141 communes (districts locaux) du pays étaient dépourvues de centres de réadaptation, limitant l'accès aux services, notamment pour les populations pauvres et rurales²².

Pour remédier à cette situation, l'OMS préconise une approche progressive : déployer les services de réadaptation au sein des établissements de soins primaires ou dans les structures secondaires de premier niveau, puis former les agents de santé primaire (médecins, personnel infirmier, agents communautaires) afin qu'ils puissent identifier et évaluer les besoins en réadaptation de leurs patients et, le cas échéant, leur fournir eux-mêmes des services ou les orienter vers des spécialistes adaptés¹⁶. À cette fin, le **Programme de réadaptation de base de l'OMS** propose un ensemble d'interventions peu coûteuses, à fort impact, particulièrement adaptées aux soins de santé primaires dans les contextes à faibles ressources⁷⁸.

« Les services existants ne sont pas tous fonctionnels en raison d'une pénurie de professionnels de la réadaptation. Ces services sont parfois débordés, ce qui les contraint à reporter les rendez-vous de plusieurs patients. Cela décourage ces derniers, dont certains choisissent de ne pas revenir. »

Joseph Martial Capo-Chichi, chargé du développement et de la promotion de la médecine physique et réadaptation, ministère de la Santé, Bénin

Vers des modèles de prise en charge plus intégrés pour proposer une prise en charge holistique tenant compte des besoins physiques, sociaux, émotionnels, environnementaux et fonctionnels de chaque personne, les interventions de réadaptation doivent souvent s'articuler autour de plusieurs composantes interconnectées, mobilisant une diversité de professionnels. Par exemple, elles peuvent viser la mobilité et la force physique, tout en s'intéressant au bien-être social et émotionnel du patient et de son aidant, ainsi qu'à l'adaptation de l'environnement de vie⁷⁹.

Cependant, la fragmentation de l'offre dans de nombreux PRFI (causée par une gouvernance morcelée, une dépendance à l'égard d'acteurs non étatiques, une coordination insuffisante entre institutions, niveaux de soins et types de services⁸⁰, ainsi que par des lacunes dans les systèmes de référencement), entrave fortement l'efficacité de la prise en charge⁷⁶.

L'importance des équipes interdisciplinaires

Les équipes interdisciplinaires sont au cœur des modèles de services de réadaptation intégrés. Elles peuvent regrouper des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, du personnel infirmier, des

agents de santé communautaire et d'autres professionnels travaillant en synergie avec les services médicaux. Selon les besoins spécifiques des patients, ces équipes peuvent également inclure des pédiatres, des neurologues, des gériatres, des gynécologues, etc. Elles contribuent à améliorer l'état de santé des patients en élaborant des plans de soins centrés sur la personne, tenant compte de leurs besoins uniques quel que soit leur âge ou leur situation de santé, comme le montre l'étude de cas ci-dessous menée au Bénin.

De plus, les recherches sur ces équipes interdisciplinaires démontrent leur efficacité pour élargir l'accès à la réadaptation secondaire et tertiaire, notamment dans les PRFI⁸¹. Ces modèles peuvent être consolidés par des accords de collaboration interdisciplinaire et des mécanismes de gouvernance clairs, incluant des lignes directrices et des protocoles (notamment pour renforcer les circuits de référencement), ainsi que par une formation interprofessionnelle⁸¹.



Étude de cas : amélioration de la prise en charge centrée sur la personne grâce à la réadaptation interdisciplinaire au Bénin

Les accidents de la route sont à l'origine d'un grand nombre de blessures et de limitations fonctionnelles au Bénin, mais l'accès à la réadaptation reste limité en raison de la répartition inégale des services, d'obstacles financiers et d'un manque de professionnels qualifiés. En 2019, on estime que 80 % des victimes d'accidents de la route ont développé un handicap moteur⁸³. Sans réadaptation précoce et adaptée, de nombreux survivants sont confrontés à des limitations fonctionnelles durables, qui réduisent leur autonomie et leur qualité de vie.

Pour répondre à ces défis, Humanity & Inclusion (HI) a lancé le projet « Réadaptation intégrée ». Cette initiative, menée de 2022 à 2026 à Cotonou, Ouidah et Abomey-Calavi, vise à renforcer les services de réadaptation pour les victimes de la route grâce à une approche centrée sur la personne et une prise en charge interdisciplinaire.

Une réadaptation efficace va au-delà du simple rétablissement physique : elle nécessite une coordination entre plusieurs disciplines pour accompagner pleinement le parcours de guérison du patient. Ce projet réunit des spécialistes en médecine physique et en réadaptation, des kinésithérapeutes, des prothésistes, des professionnels de la santé mentale et des travailleurs sociaux afin d'élaborer un plan thérapeutique individualisé pour chaque bénéficiaire. À propos de l'approche centrée sur la personne, Maurille Tognon, chef de projet pour HI Bénin, écrit :

« Pour l'un des bénéficiaires, amputé des deux jambes, l'équipe pluridisciplinaire a d'abord recommandé l'achat d'un fauteuil roulant, puis a choisi de concevoir deux prothèses après avoir échangé avec le patient et recueilli son avis sur les différentes options. »

Au total, 65 professionnels de santé ont été formés aux approches interdisciplinaires de la réadaptation. En parallèle, 12 agents de réadaptation communautaire ont bénéficié d'une formation spécialisée en soutien psychosocial. 192 patients, identifiés par les guichets uniques de protection sociale et la Fédération des associations des personnes handicapées du Bénin, ont fait

l'objet d'évaluations interdisciplinaires en réadaptation, et 80 personnes ont participé à des programmes structurés de réadaptation.

Le renforcement des compétences des équipes interdisciplinaires, ainsi que la prise en compte des dimensions physiques, émotionnelles et sociales de la réadaptation, ont permis aux survivants de retrouver une plus grande autonomie et de participer plus activement à la vie quotidienne. Cependant, garantir la pérennité et l'élargissement de ces efforts suppose un investissement continu et une intégration durable dans les politiques publiques.

Accroître l'accès à des services de réadaptation et d'appareillage de qualité, financièrement abordables

Remédier au manque de personnel spécialisé en réadaptation

L'OMS recommande un minimum de cinq professionnels de l'appareillage par million d'habitants, un objectif que même les pays à revenu élevé peinent à atteindre, tandis que les PRFI disposent de moins de 10 % des effectifs requis. Bien qu'aucune norme minimale ne soit établie pour les kinésithérapeutes, les médecins de réadaptation ou les orthophonistes, les pénuries sont particulièrement graves dans les PRFI. Par exemple, certains pays africains ne comptent aucun orthophoniste, alors que les pays à revenu élevé en comptent plus de 300 par million d'habitants⁸⁴.

Comblers cette pénurie est non seulement essentiel pour étendre la couverture des soins, mais constitue également un **investissement peu coûteux avec un fort impact**. En Haïti, par exemple, le coût estimé pour former un nombre suffisant d'orthoprothésistes représenterait à peine 0,54 % du budget du ministère de la Santé³⁰. Pour corriger les déséquilibres géographiques, il est indispensable de renforcer les modèles de prise en charge décentralisés, en développant notamment les capacités des soins de santé primaires et des agents de santé communautaire, et en incitant les professionnels de la réadaptation à s'installer dans les zones rurales et isolées³⁴.

Haïti

En 2023, on dénombrait 677 professionnels de la réadaptation, majoritairement concentrés dans les départements du Nord et de l'Ouest. Moins de 10 % d'entre eux assuraient la fabrication ou la réparation de prothèses et d'orthèses²²

Ouganda

En 2022, le pays comptait environ 344 professionnels de la réadaptation. Plus de la moitié (56 %) étaient des orthoprothésistes, tandis que les autres professions étaient très peu représentées, sans aucun médecin ou infirmier spécialisé en réadaptation⁸⁵.

Bénin

En 2023, on estimait à environ 274 le nombre de professionnels de la réadaptation, dont seulement cinq médecins spécialisés en médecine physique et de réadaptation, dix orthophonistes, neuf orthoprothésistes et plus de 250 kinésithérapeutes⁸³.

Figure 5 Effectifs du personnel de réadaptation au Bénin, en Haïti et en Ouganda

Promouvoir une réadaptation de qualité grâce à l'éducation, la formation, le développement professionnel et la reconnaissance

L'absence de reconnaissance formelle des professionnels de la réadaptation soulève des préoccupations importantes quant à la qualité des soins. En 2021, le Bénin comptait environ 274 professionnels de la réadaptation (soit 19 par million d'habitants), mais moins de la moitié exerçaient dans le système de santé formel^{87,27,83}. En Ouganda, l'évaluation STARS de 2022 a révélé un important décalage entre le nombre de professionnels en activité et ceux officiellement accrédités par le Conseil des services de santé⁸⁵. En Haïti, une personne interrogée a insisté sur ce point :

« La kinésithérapie n'est pas incluse dans le cadre public des emplois et des qualifications, ce qui engendre une incertitude persistante quant aux rôles et aux salaires de ces professionnels, faute de définition claire de leurs fonctions. L'accréditation et la reconnaissance de leurs qualifications sont indispensables pour garantir la qualité des services. »

Anonyme, Haïti

Les lacunes en matière de formation initiale et continue constituent un défi majeur. Au Bénin, l'École supérieure de kinésithérapie de Cotonou est actuellement le seul établissement universitaire à proposer une formation en kinésithérapie (niveaux licence et maîtrise) dans toute l'Afrique francophone. Il est urgent d'élargir l'offre de formation à d'autres disciplines telles que l'ergothérapie et l'orthophonie⁸⁸.

Le développement des compétences des professionnels de la réadaptation et de l'appareillage est une stratégie essentielle pour favoriser la rétention du personnel et garantir des services de qualité³⁰. Pour les professionnels déjà en poste, la mise en place d'associations professionnelles, de diplômes et de certifications, avec des formats flexibles (par exemple, à temps partiel), peut soutenir la montée en compétence et améliorer la qualité des soins.

Créer un environnement politique propice à la réadaptation

La mise en œuvre de politiques et stratégies nationales sous l'égide des ministères de la Santé constitue une étape déterminante pour renforcer les services. Le Bénin, par exemple, dispose de plusieurs documents stratégiques, comme le Plan quinquennal de la réadaptation (2023–2027) et le Plan stratégique de la réadaptation à base communautaire (2020–2024)⁸³. En Ouganda, le Plan d'action national 2020–2025 en faveur des droits des personnes handicapées prévoit également des mesures visant à renforcer l'accès aux services de réadaptation et d'appareillage, ainsi qu'à développer la formation initiale et continue des professionnels du secteur⁸⁵.

Cependant, une mise en œuvre efficace requiert un engagement politique constant, une répartition claire des responsabilités entre les pouvoirs publics et les autres parties prenantes, la mobilisation de ressources, la création de débouchés professionnels pour les spécialistes de la réadaptation, ainsi que la priorisation de ce secteur par l'allocation de fonds dédiés dans les budgets de santé.

La collecte et l'analyse rigoureuses des données sont également essentielles pour guider les décisions et assurer l'efficacité des politiques.

Renforcer l'offre et stimuler la demande d'aides techniques (AT)

La résolution 71.8 de l'AMS sur l'amélioration de l'accès aux technologies d'assistance exhorte les États membres à adopter des mesures concrètes pour assurer l'accès à des AT de qualité et financièrement abordables⁸⁹. Des investissements ciblés dans le secteur des AT sont nécessaires pour combler les déficits d'accès et de financement. Des stratégies visant à réguler les marchés (pour équilibrer l'offre et la demande) peuvent améliorer l'accès aux AT dans les PRFI⁹⁰. Du côté de la demande, il convient de mener des actions de sensibilisation auprès du grand public, de lutter contre la stigmatisation liée aux aides techniques, et de renforcer les compétences des professionnels de santé dans le dépistage et la prescription de ces dispositifs⁷⁷.

Du côté de l'offre, des mesures telles que les achats groupés, la régulation des prix et l'amélioration de la transparence du marché peuvent contribuer à faire baisser les coûts et à renforcer l'efficacité^{77,90}. Les exonérations de droits de douane sur les produits importés, ainsi que certains accords commerciaux, peuvent s'avérer particulièrement bénéfiques dans les PRFI, où la production locale reste limitée, mais ils nécessitent un suivi rigoureux pour garantir l'impact attendu en matière de réduction des coûts⁹¹. Pour faciliter les achats, l'OMS propose une liste modèle d'aides techniques prioritaires économiquement accessibles et conformes aux normes minimales de qualité et de sécurité, que chaque pays peut adapter à son contexte⁹².

L'impression 3D, utilisée par HI en Ouganda dans le cadre du projet PETRA, a également fait ses preuves pour réduire les coûts. Ce projet produit des orthèses et prothèses sur mesure pour les réfugiés, avec un accompagnement assuré par des kinésithérapeutes formés⁹⁴. Pour garantir la qualité et la pérennité des services, il est impératif que la mise à disposition des aides techniques (AT) s'accompagne d'une formation adéquate du personnel, afin d'en assurer la distribution, le réglage, l'adaptation et l'entretien.

Assurer la pérennité des avancées grâce à des partenariats multisectoriels et à plusieurs niveaux

Des partenariats multisectoriels solides sont indispensables pour bâtir des systèmes de réadaptation efficaces et pérennes. La coopération entre les différents secteurs (notamment la santé, l'éducation, la protection sociale et l'emploi) est essentielle pour répondre aux besoins variés et interconnectés des personnes ayant besoin de services de réadaptation, et pour garantir une prestation de services coordonnée.

« Il est crucial d'agir sur la demande d'aides techniques. Nous devons donc prioriser la sensibilisation, la mise en place de mécanismes de dépistage et la formation des professionnels de santé, afin qu'ils soient en mesure de prescrire des aides adaptées. » Henri Bonnin, responsable principal de

programme, ATscale, Genève (Suisse)

Ces partenariats doivent rassembler des acteurs à l'échelle nationale, régionale et locale. Par exemple, la Société Ougandaise pour les Enfants Handicapés a mis en place des partenariats reliant la réadaptation à base communautaire aux services de santé, permettant ainsi une coordination efficace de la prestation de services dans plusieurs districts du pays^{76,82}.

Des partenariats étroits avec les pouvoirs publics et les parties prenantes locales sont également essentiels pour garantir la pérennité des initiatives de renforcement des compétences du personnel de réadaptation. Bien que les acteurs du développement aient souvent mené ce type d'actions, qui ont produit des résultats positifs (voir l'étude de cas ci-dessous), les progrès durables dépendent de l'appropriation et de la coordination nationales, indispensables à l'intégration de ces initiatives dans les systèmes existants¹⁶.



Etude de cas : renforcement des partenariats pour une réadaptation rapide et de qualité en Haïti

Au cours de la dernière décennie, des progrès importants ont été accomplis pour développer les services de réadaptation en Haïti, notamment grâce à la création de plusieurs centres spécialisés. Cependant, depuis 2020, le pays fait face à une détérioration de la situation sécuritaire, entraînant le départ de professionnels de santé, la fermeture d'établissements de formation et une baisse de la priorité accordée à la réadaptation dans la planification nationale de la santé. Le séisme qui a frappé Haïti en août 2021 a fait 12 700 blessés et endommagé environ 90 centres de santé, ce qui a considérablement accru les besoins en matière de réadaptation⁹³.

C'est dans ce contexte difficile qu'Humanity & Inclusion (HI) met en œuvre le projet « Pour une réadaptation précoce, multidisciplinaire, qualitative et accessible à tous en Haïti » de 2022 à 2026. HI a adopté une stratégie multidimensionnelle visant à renforcer le secteur en développant les capacités locales et en établissant des partenariats stratégiques. En collaboration avec des acteurs locaux clés, notamment la Fondation Tous Ensemble (FONTEN), la Fondation Haïtienne de Réhabilitation (FONHARE), l'hôpital Saint-Michel de Jacmel et Douleurs Sans Frontières, HI a soutenu le développement technique et opérationnel des services de réadaptation dans cinq départements. Les parties prenantes institutionnelles au niveau ministériel, telles que le ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) et le ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation professionnelle (MENFP), ainsi que les établissements de formation, ont également été associés.

Une plateforme de coordination essentielle, le Comité Technique National de Réadaptation (CTNR), réunit désormais des acteurs étatiques et non étatiques pour faire avancer des objectifs communs dans le secteur de la réadaptation. Outre ses fonctions de coordination et d'appui technique, le CTNR a aussi commencé à jouer un rôle dans la redynamisation de la Société Haïtienne de Physiothérapie (SoHaPh).

À mi-parcours du projet, l'accès à des services de réadaptation localisés et centrés sur le patient s'est amélioré, bien que la demande reste élevée. Le projet a permis de former 17 professionnels de la réadaptation et 23 agents de santé communautaire. Il a également posé les bases de l'institutionnalisation de la réadaptation en recensant 50 % des services existants, en vue de leur intégration dans le système national d'information sanitaire d'Haïti. Par son rôle au sein du CTNR, HI a contribué aux efforts de plaidoyer nationaux en faveur de la reconnaissance des professions

de la réadaptation, de l'accréditation des programmes de formation et de l'élaboration de profils de poste.

Si cette initiative a permis de réaliser des progrès significatifs, plusieurs obstacles persistent, notamment les problèmes de sécurité, le départ des professionnels de santé et les retards liés à l'instabilité sociopolitique. Ces défis ont mis en lumière la nécessité d'une appropriation nationale forte et d'un engagement politique constant. Une collaboration continue dans le cadre du CTNR et avec les institutions de formation sera essentielle pour que ces engagements politiques se traduisent en changements durables et concrets.

Recommandations

Les recommandations suivantes sont formulées pour renforcer l'intégration de la réadaptation au sein des systèmes de santé, en répondant aux besoins tout au long de la vie et face à divers problèmes de santé. Elles incluent des actions spécifiques à destination des pouvoirs publics, ainsi que des recommandations plus larges pour l'ensemble des parties prenantes, notamment les bailleurs internationaux, les ONG et autres organisations de la société civile.

Reconnaître la réadaptation comme un service de santé essentiel

Les pouvoirs publics devraient :

- **Allouer** et investir au moins 15 % des budgets nationaux dans le secteur de la santé, conformément à leur engagement dans la Déclaration d'Abuja, et garantir un financement suffisant dédié aux services de réadaptation inclusifs.
- **Intégrer formellement** la réadaptation et les AT dans les politiques et programmes de soins essentiels, en y consacrant un financement public spécifique et pérenne.
- **Élargir progressivement** la couverture de l'assurance maladie ainsi que les prestations de protection sociale (telles que l'assurance sociale liée aux ménages et à l'emploi, les allocations pour enfants à charge et les pensions de vieillesse) afin de réduire les dépenses directes à la charge des usagers⁹¹.
- **Établir** une liste nationale d'aides techniques prioritaires sûres, économiquement accessibles et conformes aux normes minimales de qualité.

Toutes les parties prenantes concernées devraient :

- **Plaider** en faveur d'un engagement politique et financier accru pour la réadaptation, notamment en développant des cadres de référence mondiaux pour son financement dans les budgets de santé et les objectifs de couverture.
- **Apporter** un soutien technique, notamment pour l'élaboration de plans de réadaptation et de recommandations d'investissement fondées sur des données probantes.
- **Coordonner** les efforts de mobilisation des ressources pour les infrastructures et services de réadaptation, tout en assurant le partage des données afin d'éviter les redondances et de combler les lacunes en matière de couverture.

- **Utiliser systématiquement** des données désagrégées et des indicateurs dédiés à la réadaptation dans les systèmes de surveillance sanitaire afin d'identifier les besoins, les usagers et les services disponibles.

Fournir en temps opportun des services de réadaptation

Les pouvoirs publics devraient :

- **Garantir** des systèmes d'identification et de référencement précoces des besoins en réadaptation, en formant les prestataires de soins à tous les niveaux.
- **Intégrer** la réadaptation dans les cadres HEPR, en recensant les services et en incluant le personnel de réadaptation dans les équipes médicales d'urgence.

Toutes les parties prenantes concernées devraient :

- **Sensibiliser** les communautés à l'importance d'un accès en temps opportun à la réadaptation et aux AT.
- **Aider** les pouvoirs publics à créer un vivier de professionnels qualifiés, prêts à intervenir en situation d'urgence, et à constituer un stock d'AT d'urgence.
- **Soutenir** le développement de solutions numériques en réadaptation, d'équipes mobiles et de stratégies de RBC.

Améliorer l'accès à des services de réadaptation et d'appareillage de qualité dans l'ensemble du système de santé

Les pouvoirs publics devraient :

- **Assurer** la disponibilité et l'intégration des services de réadaptation à tous les niveaux de soins, y compris en soins primaires, qui représentent le socle de la couverture sanitaire universelle (CSU).
- **Investir** dans la réadaptation à tous les niveaux, en développant des modèles décentralisés pour atteindre les populations isolées et mal desservies.
- **Investir dans l'éducation et la formation** des professionnels de la réadaptation, toutes disciplines confondues, et élargir les programmes d'études pour permettre la délégation de tâches aux agents de santé primaire, lorsque cela est possible.

- **Favoriser la reconnaissance et la rétention** des professionnels qualifiés, par le biais de l'accréditation, de l'amélioration des conditions de travail et d'incitations à exercer en zones rurales et isolées.
- **Renforcer la gouvernance et la coordination** des services de réadaptation en mettant en place des cadres nationaux intégrés, garantissant la continuité des soins entre niveaux et types de services, et en comblant les lacunes des systèmes de référencement pour améliorer l'efficacité et l'efficience des prestations.

Toutes les parties prenantes concernées devraient :

- **Maintenir** la formation initiale et continue par le biais de partenariats locaux et nationaux solides afin d'en assurer la pérennité.
- **Plaider** pour la reconnaissance, le développement professionnel et l'augmentation du nombre de professionnels de réadaptation et de travailleurs communautaires.
- **Promouvoir** le recours à des équipes interdisciplinaires et renforcer la capacité des agents de santé primaire à identifier les besoins, traiter et orienter les patients en matière de réadaptation.
- **Améliorer l'accès aux AT et leur accessibilité financière** en renforçant les compétences du personnel de santé en matière d'évaluation et de prescription, en sensibilisant le public et en luttant contre la stigmatisation afin de stimuler la demande, tout en soutenant des chaînes d'approvisionnement pérennes et inclusives.
- **Favoriser des partenariats multisectoriels** réunissant acteurs nationaux, régionaux et communautaires, afin d'assurer une prestation de services coordonnée et une appropriation à la fois locale et nationale.

Veiller à ce que les services de réadaptation répondent aux exigences en matière de genre, de handicap et de cycle de vie

Les pouvoirs publics devraient :

- **Collecter, analyser et utiliser** des données ventilées par genre, âge et handicap dans l'élaboration des politiques et programmes nationaux de réadaptation.
- **Favoriser la collaboration et le partage** de ces données entre les ministères concernés (Santé, Égalité des genres, Protection sociale, Éducation, Jeunesse et Personnes âgées), ainsi qu'avec les acteurs externes, afin de garantir que les services répondent aux besoins de l'ensemble des groupes.

- **Concevoir des services et interventions** sensibles aux questions de genre, adaptés à l'âge et pleinement accessibles.

Toutes les parties prenantes concernées devraient :

- **S'assurer** que les programmes de réadaptation sont accessibles, acceptables et adaptés à tous les groupes de population, à tous les stades de la vie.
- **Former les professionnels de santé** à des pratiques inclusives, intégrant la dimension de genre, les droits des personnes handicapées et la sensibilité culturelle.
- **Promouvoir** la conception de services de réadaptation inclusifs, notamment par la consultation des usagers et des personnes handicapées, en veillant à ne laisser personne de côté.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé, *WHO Rehabilitation Need Estimator: Institute for Health Metrics and Evaluation*. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://vizhub.healthdata.org/rehabilitation>
2. Organisation mondiale de la Santé, *Vieillesse et santé*, 1^{er} octobre 2024. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. ISPRM, *Joint Statement “What about rehabilitation? Indispensable in the pursuit of universal health coverage!”*, 12 décembre 2020. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://isprm.org/joint-statement-what-about-rehabilitation-indispensable-in-the-pursuit-of-universal-health-coverage/>
4. Organisation mondiale de la Santé, *WHO Rehabilitation Need Estimator. Institute for Health Metrics and Evaluation*. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://vizhub.healthdata.org/rehabilitation>
5. Assemblée mondiale de la Santé, *Renforcement de la réadaptation dans les systèmes de santé (WHA76.6)*, 30 mai 2023. Disponible à l'adresse suivante : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76_R6-fr.pdf
6. Cieza A., « Rehabilitation the Health Strategy of the 21st Century, Really? », *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 100, n° 11, 1^{er} novembre 2019, p. 2212–2214.
7. Organisation mondiale de la Santé, *Strengthening rehabilitation in health emergency preparedness, readiness, response and resilience: Policy brief*. Genève, 2023. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/370571/9789240073432-eng.pdf?sequence=1>
8. Organisation mondiale de la Santé, *Health workforce*. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://www.who.int/health-topics/health-workforce>
9. Organisation mondiale de la Santé, *Technologies d'assistance*, 2 janvier 2024. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology>
10. Conseil économique et social des Nations Unies, *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (E/C.12/2000/4)*, 11 août 2020. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC14.pdf>
11. Assemblée générale des Nations Unies, *Convention relative aux droits des personnes handicapées*, 12 décembre 2006.
12. Nations Unies, *Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage “Universal health coverage: moving together to build a healthier world”*, 2019. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>

13. Organisation mondiale de la Santé, *Rehabilitation 2030: A Call for Action*, 6-7 février 2017. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-topics/rehabilitation/call-for-action/rehab2030meetingreport_plain_text_version.pdf
14. Seijas V., Kiekans C. et Gimigliano F., « Advancing the World Health Assembly's landmark Resolution on Strengthening Rehabilitation in Health Systems: unlocking the Future of Rehabilitation ». *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, vol. 59, n° 4, août 2023, p. 447-451.
15. Organisation mondiale de la Santé, *Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care*. Genève, 2021. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349911/9789240038844-eng.pdf>
16. Organisation mondiale de la Santé - Bureau régional pour l'Afrique, *Increasing access to quality rehabilitation services in Africa: regional rehabilitation meeting: 21–23 November 2023*, Addis Ababa, 2024. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://iris.who.int/handle/10665/376734>
17. Mills J.-A. et al., *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty*, 3^e édition, Washington D. C., 2017. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525298/>
18. Kayes N. M. et Papadimitriou C., « Reflecting on challenges and opportunities for the practice of person-centred rehabilitation ». *Clinical Rehabilitation*, vol. 37, n° 8, août 2023, p. 1026-1040.
19. Polastri M. et al., « Two years of COVID-19: Trends in rehabilitation ». *Pulmonology*, janvier-février 2024. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8856133/>
20. Humanité & Inclusion, *Early Rehabilitation in Conflicts and Disasters*, janvier 2020. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : https://www.hi.org/sn_uploads/document/36199-Humanity--Inclusion-Clinical-Handbook-web_1.pdf
21. ONU Info, *Haitian capital's crippled health system 'on the brink'*, 28 juin 2024. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://news.un.org/en/story/2024/06/1151621>
22. Humanité & Inclusion, *Cartographie des structures de réadaptation en Haïti*, 2023.
23. Humanité & Inclusion, *Freins et leviers à l'utilisation de la télé-réadaptation à travers l'expérimentation dans trois pays*, 2021. Disponible à l'adresse suivante : https://www.hi.org/sn_uploads/document/freinsetleviers_telereadaptation_re16.pdf
24. Organisation mondiale de la Santé, *Global Health Expenditure Database – Country Profiles*. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

25. Organisation mondiale de la Santé, WHO African Region: Health Expenditure Atlas 2023. Brazzaville, 2024. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://www.afro.who.int/publications/who-african-region-health-expenditure-atlas-2023-0>
26. Organisation mondiale de la Santé, Rehabilitation in health financing: Opportunities on the way to universal health coverage, 2023. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375712/9789240081826-eng.pdf?sequence=1>
27. Ministère de la Santé – Bénin et Organisation mondiale de la Santé, Évaluation du domaine de la réadaptation au Bénin, novembre 2019.
28. USAID, Rehabilitation through a gender lens, 2021. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : https://www.hi.org/sn_uploads/document/Rehabilitation-through-a-gender-lens-ReLABHS-Factsheet-2021.pdf
29. Ministère de la Santé – Ouganda, Uganda Rapid Assistive Technology Assessment. Kampala, 2023. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://library.health.go.ug/sites/default/files/resources/Uganda%20rapid%20Assistive%20Technology%20Assessment%20Booklet%20V.3-2%20Final.pdf>
30. Humanité & Inclusion, Accessing Rehabilitation Services: A Challenge To Overcome: Removing financial barriers towards universal health coverage, novembre 2019. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : https://www.hi.org/sn_uploads/document/factsheet_iFARstudy_V7-final-WEB.pdf
31. Gulrajani N., Donors In A Post-Aid World January 2025 update, 24 janvier 2025. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://odi.org/en/insights/donors-in-a-post-aid-world-january-2025-update/>
32. Bishen S., USAID budget slashed by 83%, and other top health stories. Forum économique mondial, 12 mars 2025. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://www.weforum.org/stories/2025/03/usaids-cut-threatens-global-health-and-other-top-health-stories/>
33. Pryor W. et al., « Compliance with standards of practice for health-related rehabilitation in low and middle-income settings: development and implementation of a novel scoring method ». Disability and Rehabilitation, vol. 41, n° 19, septembre 2019, p. 2264–2271.
34. Organisation mondiale de la Santé, Access to rehabilitation in primary health care: an ongoing challenge, 2018. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://iris.who.int/handle/10665/325522>
35. Hodyl N. et al., « Barriers and Enablers for Accessing Rehabilitation Services: Findings From the Rehabilitation Choices Study, Part 1 – Healthcare Professionals' Perspectives ». Health Expectations, vol. 27, n° 3, article e14120, 21 juin 2024.
36. Hasan Z. et al., Bridging the rehabilitation data gap in Uganda: learning through the implementation of the WHO Routine Health Information System – Rehabilitation module,

- 14 février 2025. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.02.13.25322214v1.full.pdf>
37. Organisation mondiale de la Santé, *Improving rehabilitation data in Uganda*, 17 juillet 2024. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/improving-rehabilitation-data-in-uganda>
38. *Frontiers in Rehabilitation Sciences, Person-Centred Rehabilitation – Theory, Practice, and Research*. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://www.frontiersin.org/research-topics/17423/person-centred-rehabilitation---theory-practice-and-research>
39. Ministère de l'Égalité des sexes, du Travail et du Développement social, *Situational Analysis of Persons with Disabilities in Uganda*, septembre 2020. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://www.developmentpathways.co.uk/wp-content/uploads/2020/09/Webready-DP1294-ESP-Disability-Uganda-Sept-2020.pdf>
40. Organisation mondiale de la Santé, *Child mortality and causes of death*. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/child-mortality-and-causes-of-death>
41. Organisation mondiale de la Santé, *Rehabilitation in health systems*. Genève, 2017. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://iris.who.int/handle/10665/254506>
42. Organisation mondiale de la Santé, *Global report on health equity for persons with disabilities*, 2 décembre 2022. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/global-report-on-health-equity-for-persons-with-disabilities>
43. UNICEF, *UNICEF Fact Sheet: Children with Disabilities*, août 2022. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : https://www.unicef.org/sites/default/files/2022-10/GIP02115_UNICEF_Children-with-Disabilities-Factsheet-final%20-%20accessible.pdf
44. Hutchinson K. S., *Cultural Contextualization of Disability In Uganda: New Approaches to Community-Based Rehabilitation*, 4 avril 2013. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <http://archives.northwestu.edu/handle/nu/25131>
45. Ghofrani M. et al., « Developing Professional Ethics for Rehabilitation Professionals: A Qualitative Study ». *Journal of Rehabilitation Sciences & Research*, vol. 7, n° 4, 2020, p. 147-154
46. Assemblée générale des Nations Unies, *Convention relative aux droits de l'enfant (A/RES/44/25)*, 20 novembre 1989.
47. APA News – Agence de presse africaine, *Uganda to introduce child disability benefit*, 26 mars 2025. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://apanews.net/uganda-to-introduce-child-disability-benefit/>
48. Agence des Nations Unies pour les réfugiés, *Uganda: Global Focus*. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://reporting.unhcr.org/operational/operations/uganda>

49. Lu C., Black M. M. et Richter L.M., « Risk of poor development in young children in low-income and middle-income countries: an estimation and analysis at the global, regional, and country level ». *The Lancet Global Health*, vol. 4, n° 12, décembre 2016, p. E916–E922.
50. Organisation mondiale de la Santé, *Injuries and violence*, 19 juin 2024. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>
51. Organisation internationale du Travail, *A call for safer and healthier working environments*, novembre 2023. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_protect/%40protrav/%40safework/documents/publication/wcms_903140.pdf
52. Ott J. et al., « Scoping ‘sex’ and ‘gender’ in rehabilitation: (mis)representations and effects ». *International Journal for Equity in Health*, vol. 21, n° 1, article 179, 16 décembre 2022.
53. Handicap International, *Factsheet: Maternal health and Rehabilitation*, 2017. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : https://www.hi-us.org/sn_uploads/document/2017-02-factsheet-rehabilitation-maternal-health-web_1.pdf
54. Mpfu E. et al., « Aspects of culture influencing rehabilitation and persons with disabilities ». In: *The Oxford handbook of rehabilitation psychology*. New York, 2012, p. 543–553.
55. Mpfu E. et al., « Aspects of culture influencing rehabilitation and persons with disabilities », novembre 2012. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : https://www.researchgate.net/publication/286588588_Aspects_of_Culture_Influencing_Rehabilitation_and_Persons_with_Disabilities
56. Dugarova E., *Ageing, Older Persons and the 2030 Agenda for Sustainable Development*, Programme des Nations Unies pour le développement, 2017. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2017/08/Ageing-Older-Persons-and-2030-Agenda_Issues-Brief-low-resolution-.pdf
57. Organisation mondiale de la Santé, *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*, 2016. Disponible à l'adresse suivante : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1
58. HelpAge International, *Driving equitable action on NCDs and healthy ageing to achieve health for all at all ages*, 2024. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : https://www.helpage.org/wp-content/uploads/2024/10/FINAL_Driving-equitable-action-on-NCDs-and-health-ageing-to-achieve-health-for-all-at-all-ages-1.pdf
59. Organisation mondiale de la Santé, *GHE: Life expectancy and healthy life expectancy*. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-life-expectancy-and-healthy-life-expectancy>
60. Institute for Health Metrics and Evaluation, *GBD Results*. University of Washington, 2024. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

61. NCD Alliance et The George Institute for Global Health, *Paying the Price: A deep dive into the household economic burden of care experienced by people living with noncommunicable diseases*, 2023. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/Paying%20the%20price_Report-EN.pdf
62. Eozenou P. H. V. et al., « Financial Protection in Health among the Elderly – A Global Stocktake ». *Health Systems & Reform*, vol. 7, n° 2, article e1911067, 1^{er} juillet 2021.
63. Mohd Rosnu N. S. et al., « Enablers and Barriers of Accessing Health Care Services among Older Adults in South-East Asia: A Scoping Review ». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, n° 12, article 7351, 15 juin 2022.
64. Seijas V. et al., « Rehabilitation in primary care for an ageing population: a secondary analysis from a scoping review of rehabilitation delivery models ». *BMC Health Services Research*, vol. 24, n° 1, article 123, 23 janvier 2024.
65. Gillespie L. D. et al., « Interventions for preventing falls in older people living in the community ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 9, article CD007146, 12 septembre 2012.
66. Beswick A. D. et al., « Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis ». *Lancet*, vol. 371, n° 9614, 1^{er} mars 2008, p. 725–735.
67. Bean J. F. et al., « The Rehabilitation Enhancing Aging Through Connected Health Prehabilitation Trial ». *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 100, n° 11, novembre 2019, p. 1999–2005.
68. Organisation mondiale de la Santé, *Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie : projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé (A69/17)*, 22 avril 2016. Disponible à l'adresse suivante : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-fr.pdf
69. Organisation mondiale de la Santé, *Misconceptions on ageing and health*, 30 octobre 2015. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://www.who.int/news-room/photo-story/detail/ageing-and-life-course>
70. Organisation mondiale de la Santé, *Rapport d'étape sur la décennie des Nations Unies pour le vieillissement en bonne santé, 2021-2023*, 2023. Disponible à l'adresse suivante : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374306/9789240082168-fre.pdf?sequence=1>
71. Mishra S., Gosling J. et Laplante-Lévesque A.. « 2023: The game changing year for rehabilitation in the WHO European Region? ». *Disability and Rehabilitation*, 25 septembre 2023. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638288.2023.2210308>
72. Cieza A. et al., « Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 ». *The Lancet*, vol. 396, n° 10267, 19 décembre 2020, p. 2006–2017.

73. Negrini, S. et al., « Rehabilitation definition for research purposes. A global stakeholders' initiative by Cochrane Rehabilitation ». *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, vol. 58, n° 3, juin 2022, p. 333–341.
74. Organisation mondiale de la Santé, *Déclaration d'Astana: Conférence internationale sur les soins de santé primaires*. Astana, Kazakhstan, 25 et 26 octobre 2018, 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-fr.pdf>
75. Organisation mondiale de la Santé, *Réadaptation dans les systèmes de santé : Guide d'action*, 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332662/9789240006454-fre.pdf?sequence=1>
76. Waterworth C. J. et al., « Integration of rehabilitation services in primary, secondary, and tertiary levels of health care systems in low- and middle-income countries: a scoping review ». *Disability and Rehabilitation*, vol. 46, n° 25, décembre 2024, p. 5965–5976.
77. Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Global Report on Assistive Technology*, 2022. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049451>
78. Organisation mondiale de la Santé, *Basic rehabilitation package: a resource for primary health care & low-resource settings*, 2019. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/rehabilitation/basic-rehabilitation-package-information-sheet.pdf?sfvrsn=acd43a7b_3
79. Van Stan J. H. et al., « The Rehabilitation Treatment Specification System: Implications for improvements in research design, reporting, replication, and synthesis ». *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. vol. 100, n° 1, janvier 2019, p. 146–155.
80. Htwe O. et al., « Barriers and facilitators for increased accessibility to quality rehabilitation services in low- and middle- income countries: a systematic review ». *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, vol. 60, n° 3, juin 2024, p. 514–522.
81. Waterworth C. J. et al., « Integration of rehabilitation services in primary, secondary, and tertiary levels of health care systems in low- and middle-income countries: a scoping review ». *Disability and Rehabilitation*, décembre 2024. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638288.2024.2317422>
82. Geberemichael S. G. et al., « Rehabilitation in Africa ». *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, vol. 30, n° 4, novembre 2019, p. 757–768.
83. Ministère de la Santé – Bénin, *Plan Quinquennal de la Réadaptation*, 2023.
84. Organisation mondiale de la Santé, *The need to scale up rehabilitation*, 2017. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-topics/rehabilitation/call-for-action/need-to-scale-up-rehab-july2018.pdf?sfvrsn=f627c34c_5

85. Ministère de la Santé – Ouganda, *Systematic Assessment of Rehabilitation Situation (STARS) in Uganda*. Kampala, 2024. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://library.health.go.ug/community-health/disability-and-rehabilitation/systematic-assessment-rehabilitation-situation-stars>
86. USAID et ReLABS-HS, *Rehabilitation and Assistive Technology are Essential Components of Universal Health Coverage*, 2023. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : https://relabhs.org/wp-content/uploads/2023/12/Article-ReLAB-HS-Rehabilitation-in-UHC_Final-Formatted-.pdf
87. Groupe de la banque mondiale, *Données : Population, total – Bénin*, 2023. Disponible à l'adresse suivante : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.POP.TOTL?locations=BJ>
88. Bonnechère B. et al., « Improving public health through the development of local scientific capacity and training in rehabilitation in LMICs: A proof-of-concept of collaborative efforts in Parakou, Benin ». *Frontiers in Public Health*, vol. 10, article 952727, 7 septembre 2022.
89. Assemblée mondiale de la Santé, *Amélioration de l'accès aux technologies d'assistance (WHA71.8)*, 26 mai 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R8-fr.pdf
90. Savage M. et al., « Applying market shaping approaches to increase access to assistive technology in low- and middle-income countries ». *Assistive Technology*, 1^{er} décembre 2021. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10400435.2021.1991050>
91. Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, *Disability and Development Report 2024: Accelerating the realization of the Sustainable Development Goals by, for and with persons with disabilities*. New York, 2024. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://social.desa.un.org/sites/default/files/inline-files/DDR%202024%20Full%20report%20-%20Unedited.pdf>
92. Organisation mondiale de la Santé, *Assistive Product List*, 2016. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/assistive-and-medical-technology/assistive-technology/promoting-access>
93. Humanité & Inclusion, *Haïti : un an après le séisme, HI continue de soutenir les rescapés*, 26 juillet 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.hi.org/fr/actualites/haiti--un-an-apres-le-seisme-hi-continue-de-soutenir-les-rescapes>
94. Humanité & Inclusion, *L'impression 3D change la donne pour l'innovation humanitaire*. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.hi-canada.org/fr/actualites/-l-impression-3d-change-la-donne-pour-l-innovation-humanitaire->

Publié par Handicap International – Humanity & Inclusion

Site internet: <http://www.hi.org>



Belgique

partenaire du développement

Réalisé avec le soutien de la Coopération belge au Développement. Les opinions qui sont exprimées par notre organisation ne représentent pas nécessairement celles de l'Etat belge et n'engagent pas celui-ci.

Première publication en juillet 2025, © Handicap International.

Handicap International est enregistré en France sous les références suivantes : N° SIRET : 519 655 997 00038 - Code APE : 9499Z.

Cette publication est protégée par le droit d'auteur. Elle peut être reproduite par n'importe quel moyen, sans frais ni autorisation préalable, à des fins d'enseignement, mais pas pour la revente. Pour toute autre reproduction, une autorisation écrite préalable doit être obtenue auprès de l'éditeur, et une redevance peut être exigée.

Photo de couverture: En Haïti, la kinésithérapeute de HI appuie une patiente, qui a eu un AVC, dans la réalisation d'exercices de réadaptation. © C. Alzamora / HI.