

Rapport
Juillet 2019



La réadaptation pour l'exercice des droits humains et le développement inclusif



Global Rehabilitation Alliance

La Global Rehabilitation Alliance (GRA) a été créée en mai 2018. Sa mission consiste à promouvoir la disponibilité de services de réadaptation coordonnés, abordables et de qualité, en fonction des besoins des populations, grâce au renforcement des systèmes. Cette alliance aspire à un monde dans lequel chaque personne a accès, dans des délais convenables, à des services de réadaptation de qualité et centrés sur les usagers. C'est un groupement d'acteurs divers qui unissent leurs forces pour accélérer le développement de la réadaptation dans le monde. L'alliance est actuellement composée de 19 organisations membres.

Humanité & Inclusion

Humanité & Inclusion (HI) est une organisation de la 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, HI 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. Le 24 janvier 2018, le réseau mondial Handicap International est devenu Humanité & Inclusion. Ce réseau est constitué d'une fédération qui met en œuvre nos programmes sur le terrain dans une soixantaine de pays, et de huit associations nationales. Ces programmes ou associations nationales portent les noms « Handicap International » ou « Humanité & Inclusion », selon les pays.

Remerciements

Ce rapport a été préparé par Ellie Cole avec la contribution de : Prof. et Dr. Christoph Gutenbrunner (Faculté de médecine de Hanovre), Prof. et Dr Pierre Côté (Faculté des sciences de la santé, Institut universitaire de technologie de l'Ontario), Thierry Regenass (MoveAbility), Jan Monsbakken (Rehabilitation International), Venkatesh Balakrishna (CBR Global Network), Dr Boya Nugraha (Faculté de médecine de Hanovre), Isabelle Urseau (Humanité & Inclusion), Blandine Bouniol (Humanité & Inclusion), Léa Urzel (Humanité & Inclusion), Dr Heather Aldersey (Faculté des sciences de la santé de l'université Queen's).

Nous remercions l'ensemble des collaborateurs et des personnes dont les témoignages apparaissent dans ce rapport sous forme d'études de cas.

La coordination du rapport a été assurée par Valentina Pomatto (Humanité & Inclusion).

Membres de la GRA

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), Comité international de la Croix Rouge (CICR), Confédération mondiale de la kinésithérapie (WCPT), Dementia Alliance International, Fondation MoveAbility du CICR, World Federation for NeuroRehabilitation (WFNR), Global Alliance for Musculoskeletal Health (GMusc), Société internationale de prothèse et orthèse (ISPO), Fédération mondiale des ergothérapeutes (WFOT), Humanité & Inclusion (HI), International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM), Fédération mondiale de chiropratique (FMC), Conseil international des infirmières (ICN), Société internationale de la moelle épinière (ISCoS), Motivation, CBR Global Network (CGN), Mission chrétienne pour les aveugles (CBM), Light for the World, fondation Liliane.

Acronymes

RBC	Réhabilitation à base communautaire	HI	Humanité & Inclusion (anciennement Handicap International)
OSC	Organisation de la société civile	TIC	Technologies de l'information et de la communication
OPH	Organisation de personnes handicapées	APD	Aide publique au développement
DRRA	Disabled Rehabilitation and Research Association	ODD	Objectifs de développement durable
GLAD	Réseau d'action mondiale sur le handicap (Global Action on Disability Network)	CDPH	Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées
RNB	Revenu national brut	OMS	Organisation mondiale de la Santé

SOMMAIRE

1. Introduction.....	4
2. Un fonctionnement optimal pour participer pleinement à la société.....	5
3. Le cadre d'action pour la réadaptation.....	7
4. La réadaptation, composante essentielle de la santé inclusive.....	11
5. Intégration de la réadaptation et ODD « alignés à la CDPH ».....	15
ODD 1 - Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde.....	16
ODD 3 - Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge	18
ODD 4 - Assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie.....	20
ODD 5 - Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles.....	22
ODD 8 - Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous.....	24
ODD 10 - Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre.....	26
ODD 11 - Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables	28
6. Recommandations pour faire évoluer les politiques et les pratiques des principales parties prenantes	30
À l'intention des gouvernements des pays à revenus faible et intermédiaire	30
À l'intention des donateurs.....	31
À l'intention des organisations de la société civile (OSC), notamment les organisations de personnes handicapées (OPH), les ONG et les organisations de patients.....	32
Annexes	33
Annexe 1 : Progrès des donateurs nationaux par rapport aux recommandations.....	33
Annexe 2 : Références.....	40

1.

Introduction



© Corentin Fohlen/HI

Le besoin non satisfait en réadaptation constitue un non-respect du droit à la santé et au bien-être. La réadaptation a un effet bénéfique sur les personnes handicapées mais également, à différents stades de la vie, sur les personnes souffrant d'un certain nombre d'affections. La réadaptation est centrée sur la personne et elle aide les individus à développer pleinement leur potentiel, en se concentrant sur leurs capacités plutôt que sur leurs limitations. Ce rapport montre comment la réadaptation contribue à la réalisation de plusieurs Objectifs de développement durable (ODD), améliore la santé publique mondiale et favorise l'exercice des droits humains pour tous. L'objectif de ce rapport est de fournir aux parties prenantes des éléments d'information probants qui permettront d'élaborer des stratégies efficaces pour améliorer la disponibilité de services de réadaptation de qualité qui soient coordonnés, abordables et centrés sur l'utilisateur. En plaçant la question du handicap et de la réadaptation au cœur de la réflexion et de la politique mondiale,

ce rapport vise à guider la mise en œuvre d'une politique et d'une pratique efficaces axées sur la réadaptation, qui contribuent aux progrès vers la réalisation des objectifs mondiaux de développement.

Ce rapport s'achève par une série de recommandations spécifiques à l'intention des différentes parties prenantes (États, donateurs, société civile, dont les organisations de personnes handicapées) qui ont le potentiel de renforcer les services de réadaptation et d'améliorer la santé et le bien-être de millions de personnes dans le monde. Les études de cas présentées en annexe montrent les progrès de différents pays donateurs par rapport aux recommandations formulées dans ce rapport. Ces études de cas visent à montrer aux parties prenantes comment certaines recommandations ont déjà été incluses dans les politiques et les activités nationales, à souligner les lacunes qu'il reste à combler et à identifier les domaines d'amélioration.



Un fonctionnement optimal pour participer pleinement à la société

2.

© J-J. Bernard/HI

La réadaptation est l'une des stratégies de santé essentielles au même titre que la promotion, la prévention, le traitement et les soins palliatifs. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la réadaptation comme « une série de mesures destinées à aider les personnes à atteindre et maintenir un **fonctionnement optimal en interaction avec leur environnement**, en cas de traumatisme, de maladie ou de handicap. »⁽¹⁾ Par la restauration, la prévention ou le ralentissement de la détérioration du fonctionnement (sensoriel, physique, intellectuel, mental, cognitif ou social),⁽²⁾ **la réadaptation place la personne au centre et l'aide à développer pleinement son potentiel et à participer à la société.**⁽³⁾ Elle a donc des effets non seulement sur les individus mais aussi sur leurs familles, sur leurs communautés et sur les économies.

La réadaptation peut être bénéfique pour une grande partie des personnes handicapées. Aujourd'hui, **15 % de la population mondiale vit avec une certaine forme de handicap.**⁽¹⁾

La prévalence des affections associées à un handicap sévère a augmenté de 23 % depuis 2005,⁽³⁾ générant une hausse de la demande en services de réadaptation. Cela est principalement dû à l'évolution démographique, notamment au vieillissement de la population, et à l'augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles (MNT) et des blessures.⁽⁴⁾ Les personnes handicapées ont souvent de plus grands besoins en soins de santé que les personnes non handicapées. Outre leurs besoins en soins de santé généraux, qui sont les mêmes que toute autre personne et qui peuvent souvent être satisfaits par les services de soins de santé primaires, les personnes handicapées peuvent avoir des besoins en soins de santé spécifiques liés à leur déficience.⁽⁵⁾ Cela comprend l'accès à des services de réadaptation et à des technologies ou dispositifs d'assistance (fauteuils roulants, prothèses, supports visuels) ainsi qu'au soutien et à l'autonomisation qu'offre la réadaptation à base communautaire (RBC).

Il est difficile d'estimer l'ampleur des besoins en réadaptation car de nombreux handicaps étant « invisibles » (ex. : autisme, douleurs musculo-squelettiques, handicaps psychosociaux, anxiété, dépression), les personnes handicapées ne sont souvent ni reconnues, ni prises en charge, ni orientées vers les services adéquats.

La réadaptation a un effet bénéfique non seulement sur certaines personnes handicapées mais également sur les personnes souffrant de certaines affections, dont les maladies aiguës ou chroniques, les blessures ou les traumatismes, sur les personnes se trouvant dans certaines situations, telles que la grossesse, le vieillissement, le stress, et sur les personnes présentant une anomalie congénitale ou une prédisposition génétique.⁽⁶⁾ **Les services de réadaptation sont pertinents dans le continuum de soins**, pour prévenir l'apparition et la dégradation des déficiences durant les soins en phase aiguë, et pour optimiser et maintenir le fonctionnement durant les soins en phase post-aiguë et à long terme.⁽⁶⁾

Étant donné que le handicap est un « concept évolutif » résultant des interactions négatives entre les problèmes de santé d'un individu et les obstacles comportementaux et environnementaux,^(7 ; préambule) la réadaptation intervient au niveau des déficiences, des limitations de capacité et des restrictions de participation.⁽ⁱⁱ⁾ Alors que la résolution de 2018 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur l'amélioration de l'accès aux technologies d'assistance, et les initiatives, telles que AT2030⁽⁸⁾ et ATscale⁽⁹⁾ (deux programmes soutenus par l'OMS, favorisant l'innovation

dans les technologies d'assistance - Voir la section **réadaptation de l'OMS**), insistent sur l'accès aux technologies d'assistance, **la réadaptation englobe un vaste éventail de mesures thérapeutiques**. Cela inclut la fourniture de technologies et de dispositifs d'assistance, mais également des exercices, de la formation, de la sensibilisation, de l'accompagnement, un soutien psychologique, ainsi qu'une adaptation de l'environnement pour éliminer les obstacles. Les technologies de l'information et de la communication (TIC) font de plus en plus partie des programmes de réadaptation et du développement des technologies d'assistance.

En fonction de l'état de santé des individus, la fourniture d'une technologie d'assistance peut être pertinente, et nécessite d'être conjuguée à d'autres activités de réadaptation. **Il est crucial d'adopter systématiquement une approche intégrée qui considère que les services de réadaptation et les technologies d'assistance sont interdépendants et mutuellement bénéfiques**. Différents types de professionnels proposent des services de réadaptation : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, prothésistes et orthésistes, psychiatres (spécialistes de la médecine physique et de réadaptation), psychologues, orthophonistes, travailleurs sociaux, chiropracteurs, infirmiers et autres professionnels de la santé⁽²⁾ dont les agents RBC. Les services de réadaptation peuvent exister dans différents types de milieux dispensant des soins de santé, des hôpitaux aux communautés.



Le cadre d'action pour la réadaptation

3.

© Nicolas Axelrod/HI

La réadaptation dans les cadres de référence mondiaux pour les droits humains et le développement

La **Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH)**⁷ a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2006, et elle est aujourd'hui ratifiée par 177 États. Alors que la CDPH marque le passage d'une approche médicale à une approche éclairée par les droits, cet instrument juridiquement contraignant définit la réadaptation comme un élément clé permettant aux personnes handicapées d'atteindre et de maintenir le maximum d'autonomie, de participer pleinement et d'être totalement inclus dans tous les aspects de la vie. Plusieurs articles de la Convention concernent spécifiquement la réadaptation.

- L'article 26 de la CDPH est spécialement dédié à l'adaptation et à la réadaptation, et exige que les États membres organisent, renforcent et développent un ensemble de services et de programmes d'adaptation et de réadaptation.
- L'article 20 exige de prendre des mesures efficaces pour favoriser la mobilité personnelle avec le maximum d'autonomie, notamment en dispensant une formation sur les compétences à la mobilité et les aides à la mobilité, et en mettant à disposition des dispositifs et technologies d'assistance.
- L'article 25 reconnaît le droit des personnes handicapées de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap et en prenant en compte les besoins individuels. Ces articles de la CDPH constituent une plateforme permettant d'amener les États membres à s'acquitter de leurs obligations de mise en œuvre et de promotion des services de réadaptation.

Reconnaissant l'interconnectivité entre les tendances actuelles de la santé publique mondiale et le développement durable, le **Programme 2030**⁽¹⁰⁾

adopté en 2015 par les États membres des Nations Unis vise à améliorer la santé physique et mentale et le bien-être, et à allonger l'espérance de vie de tous grâce à la promotion de la couverture sanitaire universelle et à l'accès à des soins de santé de qualité. La réadaptation est considérée comme une composante de **la cible 3.8 des ODD** :

« Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable »⁽¹⁰⁾

Étant donné que la réadaptation est un élément des paquets de soins essentiels, la cible 3.8 ne pourra être pleinement atteinte que si la réadaptation est intégrée comme une composante fondamentale.

La réadaptation vise à améliorer la capacité des individus à vivre, travailler et apprendre le mieux possible. Elle est donc liée à l'atteinte de nombreux ODD auxquels elle contribue (ODD 1 de réduction de la pauvreté, ODD 3 relatif à la santé et au bien-être, ODD 4 relatif à l'éducation, ODD 5 relatif à l'égalité entre les sexes, l'ODD 8 relatif à l'emploi et l'ODD 11 relatif aux villes résilientes et durables).

L'Organisation mondiale de la Santé structure les politiques et les engagements mondiaux en matière de réadaptation

« Les personnes handicapées sont souvent dans l'incapacité d'accéder aux services ordinaires ou aux programmes spécialisés dont elles ont besoin. Si nous ne progressons pas dans ce domaine, nous ne pourrons pas atteindre les Objectifs de développement durable et réaliser leur vision ambitieuse de ne laisser personne de côté. »

Etienne Krug, Directeur du Département pour la gestion des maladies non transmissibles et du handicap, et de la prévention de la violence et des traumatismes à l'OMS.⁽¹¹⁾

L'OMS a forgé des engagements politiques autour de la réadaptation et des technologies d'assistance, et elle aide les États membres à renforcer la fourniture de services de réadaptation de qualité à tous les niveaux du système de santé.

L'OMS met l'accent sur la réadaptation pour répondre aux actuels besoins sanitaires et sociaux liés à une diminution des capacités fonctionnelles. L'OMS encourage les acteurs à homogénéiser les messages relatifs à la réadaptation et à les rassembler sous le concept de « fonctionnement. » L'OMS considère le fonctionnement comme un concept clé pour les leaders politiques au vu du vieillissement de la population, ainsi que de la réussite des stratégies de prévention et des progrès de la médecine qui font que l'on vit plus longtemps mais que la prévalence du handicap est plus élevée. Le fonctionnement est le troisième indicateur de santé de l'OMS, après la mortalité et la morbidité.⁽¹²⁾

L'un des trois objectifs établis dans le **Plan d'action relatif au handicap 2014-2021** de l'OMS⁽¹³⁾ est le renforcement et le développement de la réadaptation, de l'adaptation, des technologies d'aide, des services d'assistance et d'accompagnement, et de la RBC. L'appel à l'action **Réadaptation 2030** de l'OMS, adopté en 2017,⁽¹⁴⁾ a énoncé des engagements communs pour faire progresser la réadaptation. Sur cette base, l'OMS a développé plusieurs initiatives qui s'inscrivent dans le cadre de « Réadaptation 2030 »⁽¹⁴⁾ et qui visent à orienter

les États membres et à catalyser les ressources pour la réadaptation. Parmi ces initiatives, « La réadaptation dans les systèmes de santé »⁽⁶⁾ et le « Dispositif d'appui pour la réadaptation »⁽¹⁵⁾ apportent une aide et une orientation aux États membres et aux autres parties prenantes, sur la manière de renforcer et de développer la disponibilité de services de réadaptation de qualité.

En 2018, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la **Résolution sur l'amélioration de l'accès aux technologies d'assistance**⁽¹⁶⁾ et a lancé les initiatives AT2030⁽⁸⁾ et ATscale⁽⁹⁾ qui ont généré des partenariats autour de l'innovation, de l'accessibilité géographique et physique, et de l'accessibilité financière des technologies d'assistance. Mené par le Global Disability Innovation Hub, AT2030 est un programme multipartite qui soutient ATscale

et vise à transformer l'accès aux technologies d'assistance pour plus de 3 millions de personnes en catalysant les technologies et en développant les prestations de services. Grâce à cela et aux engagements pris par les États et les organisations lors du Sommet mondial sur le handicap⁽ⁱⁱⁱ⁾ de 2018, ATscale devrait permettre de fournir une technologie d'assistance salubre à 500 millions de personnes d'ici à 2030.

Un autre cadre d'action important créé par l'OMS dans le domaine de la réadaptation est la **Déclaration sur les soins de santé primaires**, qui a été adoptée à Astana en 2018.⁽¹⁷⁾ 40 ans après la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires adoptée en 1978,⁽¹⁸⁾ cette nouvelle déclaration souligne le rôle des soins de santé primaires et réaffirme que la réadaptation en est une composante essentielle.

S'appuyer sur les cadres d'action existants : la réadaptation pour l'exercice des droits humains et le développement inclusif

Entre 110 et 190 millions de personnes adultes ont des difficultés importantes sur le plan fonctionnel,⁽⁵⁾ et 92 % des maladies dans le monde ont des causes qui nécessitent des professionnels de la santé spécialisés dans la réadaptation physique et fonctionnelle.⁽¹⁹⁾ Cependant, l'OMS estime qu'il y a moins de dix professionnels de la réadaptation qualifiés par million de personnes dans les pays à revenus faible et intermédiaire.⁽³⁾ En conséquence, dans de nombreux pays en développement, plus de 50 % des personnes handicapées ont des besoins en réadaptation non satisfaits⁽²⁰⁾ : seules 5 à 15 % des personnes nécessitant un fauteuil roulant ont accès à cette aide technique, et 200 millions de personnes nécessitant une aide visuelle n'y ont pas.⁽²¹⁾ Un besoin en réadaptation qui n'est pas satisfait peut

conduire à l'aggravation d'un état santé et avoir un impact sur la qualité de vie.

Ces besoins en réadaptation non satisfaits constituent un non-respect de l'exercice du droit humain à la santé et au bien-être

(article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme²²) et du droit des personnes handicapées de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap (article 25 de la CDPH⁷). Étant donné que les droits humains sont interdépendants, indivisibles et interconnectés, la violation du droit à la santé peut avoir une incidence sur l'exercice d'autres droits humains, tels que les droits à l'éducation, au travail, à la vie indépendante, à la participation à la vie communautaire et à la liberté de mouvement.

« Si les personnes handicapées n'ont pas accès à des services d'adaptation et de réadaptation, nombre d'entre elles ne pourront pas développer pleinement leur potentiel, notamment aller à l'école, garder un emploi ou participer activement au développement de leur communauté. »

Catalina Devandas-Aguilar, Rapporteuse spéciale de l'ONU sur les droits des personnes handicapées.^(iv)

Les ODD « visent à garantir l'exercice des droits de l'homme pour tous ». En effet, les 17 ODD reflètent, directement ou indirectement, différents principes des droits de l'homme. La mise en œuvre des droits humains est étroitement liée à la réalisation des ODD, et agit en synergie avec elle. En intervenant principalement sur les aspects liés à la santé, la réadaptation contribue essentiellement à l'exercice du droit à la santé et à la réalisation de l'ODD 3 relatif à la santé et au bien-être. Cependant, **l'amélioration de l'état de santé des individus contribue également à l'exercice d'autres droits individuels et améliore l'impact des actions visant à bâtir des sociétés inclusives, pacifiques et prospères.** Une personne qui peut jouir d'un bon état de santé est plus à même de participer pleinement sur les plans économique, culturel et politique, sur la base de l'égalité avec les autres, et l'effet généré dépasse le niveau individuel pour atteindre toute la société.

L'engagement de « ne laisser personne de côté » est un objectif récurrent entériné dans le Programme 2030 ⁽²³⁾, qui exige que tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre des ODD s'attaquent aux inégalités dont sont victimes les personnes vulnérables, notamment les personnes handicapées (qui sont disproportionnellement représentées dans les pays à revenus faible et intermédiaire). La réadaptation peut bénéficier à un grand nombre de personnes, notamment aux personnes et aux communautés les plus vulnérables et les plus marginalisées. Elle peut donner aux personnes souffrant d'affections graves ou porteuses d'un handicap ^(24, 25, 26) des possibilités concrètes d'autonomisation, d'inclusion et de participation au développement. Par conséquent, **la réadaptation est un élément fondamental pour concrétiser l'engagement « Ne laisser personne de côté ».**

Améliorer le recueil de données sur le handicap

Une récente étude systématique portant sur l'accès aux services de réadaptation dans les pays à revenus faible et intermédiaire a trouvé peu de données sur l'accès aux services de réadaptation par les personnes qui en ont besoin, et sur la qualité et le type de services. ⁽²⁷⁾ Il est urgent de pallier cet important manque de données de qualité si l'on veut être à même d'assurer un suivi précis des besoins sanitaires non satisfaits et de la fourniture de services de réadaptation, ainsi que des progrès vers la réalisation des ODD et autres objectifs de développement. ⁽²⁸⁾

Les donateurs et autres parties prenantes exigent de plus en plus que soient recueillies des données désagrégées par handicap dans le cadre des activités de suivi et d'évaluation. Il existe plusieurs approches pour le recueil de données sur le handicap. L'approche du Washington Group on Disability Statistics ^(vi) est un cadre de référence qui gagne en importance. Cette série de questions est conçue de manière à pouvoir comparer les résultats à l'échelle internationale, et exprime le handicap en termes de difficultés dans différents domaines fonctionnels.

Cependant, bien que ces questions génèrent des informations sur les difficultés fonctionnelles,

celles-ci ne traduisent pas automatiquement les besoins en réadaptation (toutes les personnes ayant des difficultés à marcher ne nécessitent pas une prothèse). ⁽²⁷⁾ Les questions ne sont pas non plus conçues pour servir d'outil diagnostique, ce qui implique potentiellement une évaluation clinique dans un service de réadaptation.

D'autres outils de recueil de données relatives au handicap sont disponibles, comme le WHODAS 2.0 ^(vi) et l'enquête modèle de l'OMS sur le handicap (Model Disability Survey). ^(vii) Le choix de la méthodologie adaptée repose sur les données requises pour le suivi de l'accès et de la fourniture des services. Les questions du Washington Group et l'enquête modèle sur le handicap, par exemple, répondent à deux fonctions très différentes. Les questions du WG doivent être intégrées dans des enquêtes existantes et servent de moyen rapide pour recueillir des données qui peuvent être désagrégées par handicap. Au contraire, l'enquête modèle sur le handicap est une enquête approfondie indépendante visant à obtenir des informations détaillées sur les personnes handicapées. Les capacités nécessaires pour l'analyse de ces deux enquêtes sont également très différentes. ^{(29) (viii)}



La réadaptation, composante essentielle de la santé inclusive

4.

© Lucas Veuve/HI

Étant donné les effets potentiels de la réadaptation, c'est **un service essentiel qui doit être disponible pour chaque personne, notamment les personnes handicapées qui en ont besoin**. Cependant, vu que la santé publique mondiale se mesure généralement toujours par la réduction de la mortalité et non par l'amélioration des résultats de santé, ou de la qualité de vie et du bien-être, les services de réadaptation ont tendance à être considérés comme « un luxe » qui nécessite trop de ressources humaines et financières.⁽²¹⁾ Par conséquent, les services de réadaptation sont souvent peu financés et peu développés,⁽³⁰⁾ et le besoin non satisfait reste élevé. Dans certains pays, ce besoin non satisfait peut atteindre 50 % du besoin global.⁽²⁰⁾ Il s'avère également que les pays qui ont la plus grande charge de morbidité sont ceux qui ont le moins de professionnels de la réadaptation.⁽¹⁹⁾

La réadaptation est rarement intégrée dans le renforcement des systèmes de santé, les politiques et la planification, et elle n'est pas considérée comme prioritaire, notamment par les gouvernements dont l'investissement dans la santé est limité. **Par conséquent, les services de réadaptation ne reçoivent pas assez de**

financement. Le manque de professionnels de la réadaptation est un problème crucial, notamment dans les pays à faible revenu et dans les zones rurales.⁽³¹⁾ À titre d'exemple, selon l'OMS, et sur la base de ses normes en matière de prothèses et d'orthèses, un pays devrait disposer d'au moins cinq professionnels des métiers de l'appareillage par million d'habitants pour pouvoir répondre aux besoins de tous. Les données de la Société internationale de prothèse et orthèse (ISPO) montrent que le nombre d'ortho-prothésistes, collaborateurs et techniciens enregistrés n'atteint pas le nombre minimum de personnel même dans les pays à revenu élevé. Dans les régions d'Afrique, d'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, le nombre de professionnels correspond à un dixième de ce qui serait nécessaire.⁽³⁾ On ne trouve que six médecins spécialisés dans la réadaptation dans toute l'Afrique subsaharienne.⁽³¹⁾ Cependant, dans les pays à revenus faible et intermédiaire, il existe quelques programmes permettant d'obtenir une qualification dans le domaine de la réadaptation.⁽²⁷⁾

La fourniture de services de réadaptation, en tant que composante intégrée de la santé inclusive,

devrait être guidée par quatre principes établis par l'OMS et largement reconnus :

- disponibilité (présents en quantité adéquate) ;
- accessibilité (financière, géographique et physique, sans discrimination) ;
- acceptabilité (respectueux des normes éthiques et de l'éthique médicale, culturellement adaptée et sensible au genre et aux exigences du cycle de vie) ; et
- qualité (scientifiquement et médicalement appropriés, et de bonne qualité).⁽³²⁾

Les professionnels de la santé et les agents RBC jouent un rôle essentiel dans la fourniture

effective de services de santé inclusifs.⁽³³⁾

Les agents RBC travaillent au croisement des services de santé et des services sociaux, et ils peuvent ainsi améliorer l'accès aux services de réadaptation dans les zones rurales.⁽³⁴⁾ Pour que les services de réadaptation soient efficaces et répondent au besoin non satisfait actuel et à la future augmentation de la demande, le manque actuel de professionnels doit être comblé de façon prioritaire. L'augmentation et le renforcement des ressources humaines dans le secteur de la réadaptation devraient être des axes prioritaires pour développer des systèmes de santé inclusifs.

La réadaptation, encore négligée dans l'approche des systèmes de santé intégrés

Un système de santé englobe l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des ressources humaines participant à la promotion de la santé, y compris les services et les professionnels de la réadaptation.⁽³⁵⁾ Dans un système de santé complet, la réadaptation est l'un des services essentiels à la fois au niveau des communautés et au niveau des hôpitaux.⁽⁶⁾ L'intégration de la réadaptation dans les systèmes de santé (dans le continuum de soins, à tous les stades de la vie et pour un certain nombre d'affections) devrait améliorer la coordination avec les services médicaux et autres services de santé, ainsi que la redevabilité, l'assurance qualité et la pérennité.⁽⁶⁾ À moyen et long termes, cette approche intégrée devrait renforcer la fourniture des services de réadaptation, et permettre une meilleure répartition des ressources en personnel ainsi qu'un financement approprié.

Cependant, il est clair que la réadaptation n'est pas encore intégrée efficacement dans les systèmes de santé de nombreux pays du monde.⁽⁶⁾ Au vu de la valeur de la réadaptation et de son impact sur les individus, les familles et les communautés, **l'affectation de ressources aux services de réadaptation devrait être considérée comme un investissement et non comme une charge.** En améliorant la capacité des individus, la réadaptation renforce la main-d'œuvre, favorisant ainsi la participation et la productivité économique. Les interventions en réadaptation sont généralement rentables ou ont généré des économies de coûts pour différents handicaps.⁽³⁶⁾ De plus, la réadaptation entraîne d'autres

avantages économiques puisqu'elle accélère la sortie d'hôpital et évite la réadmission.⁽⁶⁾

La décentralisation de la réadaptation devrait également être une priorité. Dans de nombreux pays, les services de réadaptation ont tendance à être concentrés dans les zones urbaines au lieu d'être répartis selon les besoins. Un récent projet de recherche a constaté que 94 % des orthophonistes d'Afrique sub-saharienne exerçaient dans les villes.⁽³⁷⁾ Dans les contextes où les ressources sont limitées, notamment dans les zones rurales, la RBC (voir **encadré** ci-contre) vise à combler ces lacunes et à atteindre les personnes qui, sans cela, n'auraient pas accès à des services de réadaptation. Cependant, la RBC ne doit pas exister de façon isolée. Elle doit venir compléter des services de réadaptation spécialisés qui s'inscrivent dans un système de santé intégré.⁽³⁸⁾

Au-delà de la question de l'intégration de la réadaptation dans les politiques nationales relatives aux systèmes de santé, ces services doivent être dotés des ressources adéquates pour être pleinement mis en œuvre. Ce n'est généralement pas le cas dans les contextes où les ressources limitées font l'objet de demandes de budget concurrentes. Cinq pays d'Afrique de l'Ouest, par exemple, ont souvent mis en place des politiques visant à offrir des soins de santé et des services de réadaptation gratuits, mais en pratique, les ressources allouées étaient souvent insuffisantes pour que la politique soit efficace.⁽³⁹⁾ Pour progresser vers un système de santé efficace et totalement intégré qui inclut la réadaptation, le financement doit devenir une priorité.

La réadaptation à base communautaire (RBC)

La RBC consiste à favoriser la collaboration entre les personnes handicapées, les familles, les membres de la communauté et les professionnels de la santé en vue de fournir des services de réadaptation dans des milieux non institutionnels (ex. : dans les zones rurales), et à encourager le changement au sein des communautés afin qu'elles soutiennent la participation communautaire de tous. Par conséquent, la RBC vise à améliorer l'accès aux services de réadaptation, notamment dans les pays à faible revenu, ou les milieux à faibles ressources, par la fourniture de services de réadaptation et la formation des individus, et en trouvant des stratégies pour les inclure dans leurs communautés en optimisant les ressources locales.⁽⁴⁰⁾

Au fil du temps, la RBC a évolué vers une stratégie de développement multisectorielle

qui vise à répondre aux besoins plus larges des personnes handicapées, et à assurer l'équité et l'insertion sociale pour améliorer la qualité de vie⁽⁴¹⁾. Elle comprend cinq composantes essentielles : santé, éducation, moyens de subsistance, insertion sociale et autonomisation.

Qu'est-ce que le développement inclusif à base communautaire ? Au vu de l'évolution récente des principes de la RBC, le développement inclusif à base communautaire gagne en importance. Alors que la RBC est liée à la fourniture de services (même si elle englobe également d'autres domaines), le développement inclusif à base communautaire est une stratégie plus vaste qui adopte les principes de la RBC mais intègre un large panel de politiques et de mesures relatives au handicap, dans lesquelles la réadaptation ne représente qu'une composante.⁽³⁴⁾



Étude de cas : la Bolivie

L'État plurinational de Bolivie a ratifié la CDPH en 2009. Cette même année, le pays a adopté sa Constitution politique qui protège et reconnaît les droits des personnes handicapées. Un autre jalon de la promotion des droits des personnes handicapées a été le Plan national pour l'égalité et l'égalité des chances (2006) dont l'un des axes est « la santé psychosociale et la réadaptation. »

Un système de mécanismes financiers et d'assurance a été mis en place pour faire en sorte que les soins de réadaptation ne génèrent pas de dépenses catastrophiques en santé.^(ix) Les travailleurs du secteur formel sont couverts par une assurance fournie par leur profession ; la « Caja Nacional de Seguro Social » fournit une assurance maladie aux travailleurs qui ne sont pas couverts par une assurance professionnelle ; et le « Seguro Integral de Salud » assure une couverture gratuite pour les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes, les personnes de plus de 60 ans et les personnes handicapées qui détiennent une « carte handicapé. »

L'obstacle majeur, c'est que seule une petite proportion de personnes handicapées détient

une carte handicapé. Selon l'Organisation panaméricaine de la santé, il y a plus d'un million de personnes handicapées en Bolivie. Cependant, les données du Registre de personnes handicapées de 2014 révèlent que seules 40 552 personnes handicapées détiennent une carte handicapé.⁽⁴²⁾ Et la réadaptation n'est couverte par l'assurance que si l'on détient une carte.

Des actions ont été mises en œuvre pour améliorer la portée des services de réadaptation. Des centres de réadaptation existent désormais dans 22 des 112 districts, et des professionnels de la réadaptation interviennent régulièrement dans les communautés^(viii). Au vu de l'efficacité des projets de RBC, la loi générale n° 223 (2012) stipule que la Bolivie inclura une stratégie de RBC dans ses politiques sociales, culturelles, interculturelles et économiques. L'adoption de la Politique de santé familiale communautaire interculturelle (SAFCI) a créé un « modèle » qui accorde davantage d'importance à la réadaptation dans le but de réduire l'exclusion et les inégalités au sein des communautés. Depuis 2011, 39 centres de réadaptation ont bénéficié de financement dans le cadre de cette politique.⁽⁴³⁾

Les organisations de la société civile ont attiré l'attention sur les obstacles qui entravent l'accès à la réadaptation : les centres de réadaptation sont concentrés dans les villes, et les zones rurales manquent de services de qualité ; les infrastructures ne sont pas souvent accessibles ;⁽⁴²⁾ il manque des professionnels de la réadaptation ou ces derniers ne sont pas suffisamment formés à toutes les disciplines médicales et thérapeutiques.⁽⁴⁴⁾



Étude de cas : le Rwanda

Ces dernières années, le Rwanda a davantage axé sa politique sur le handicap et sur le droit à la santé pour les personnes handicapées. Il reste des défis à relever mais certaines activités ont amélioré l'accès à la couverture sanitaire et financière ainsi que la participation des personnes handicapées au développement.

Depuis le début des années 2000, plusieurs mesures ont été prises pour bâtir un cadre législatif solide en faveur du handicap. Parmi elles, la Politique nationale relative au handicap de 2003, et les lois sur la protection des personnes handicapées et des anciens combattants handicapés. La ratification de la CDPH en 2008 a encore renforcé l'engagement politique du pays, et a donné lieu à la loi n° 54/2011 relative à la protection spécifique des enfants handicapés ainsi qu'à la création du Conseil national des personnes handicapées (CNPH) qui vise à renforcer les capacités et à assurer la participation des personnes handicapées.^(x)

Des progrès importants ont été réalisés en matière de couverture de santé. Une classification du degré de handicap des personnes handicapées détermine le volume de soins médicaux qui est pris en charge par le gouvernement. Pour les personnes présentant les handicaps les plus sévères, c'est l'ensemble des coûts de santé qui est pris en charge. Le gouvernement couvrira également les coûts de l'appareillage prothétique et orthétique pour les personnes dont le degré de handicap se situe entre 70 et 100 %. Il est cependant à noter qu'en attendant l'évaluation, l'accès aux soins de santé pris en charge a été suspendu.⁽⁴⁵⁾

Pour les autres catégories de handicap, le coût des soins de santé devraient être couverts par la

La politique vise à intégrer des centres de réadaptation dans les hôpitaux, ce qui a été amorcé par le gouvernement et pourrait ouvrir la voie à une meilleure coordination avec les autres services de santé, à une meilleure répartition du personnel et à une décentralisation plus adaptée. Cependant, pour que l'impact soit optimal, cette politique doit être pleinement mise en œuvre.

« Mutuelle de Santé. » Ce système d'assurance maladie à base communautaire, subventionné par le gouvernement, vise à alléger une partie du coût financier associé à l'accès aux soins de santé. Pour les foyers les plus pauvres, les frais de souscription sont payés par le gouvernement. Cependant, suite à la hausse des primes en 2010, les personnes qui disposent de faibles ressources financières sans pour autant répondre aux critères de l'aide gouvernementale, ont désormais des difficultés à payer les frais de souscription.⁽⁴⁶⁾

L'Union nationale des organisations de personnes handicapées du Rwanda souligne que 85 % des personnes handicapées disposent d'une forme d'assurance maladie mais que la « Mutuelle » ne couvre pas tous les services de réadaptation (comme l'audiologie et l'orthophonie) et que de nombreuses aides techniques ne sont pas facilement disponibles.⁽⁴⁷⁾ Une autre difficulté réside dans le manque d'établissements de santé accessibles. Lors de la réunion du Comité des droits des personnes handicapées de 2019, le Rapporteur pour le Rwanda a formulé une remarque sur la faible application des codes de la construction 2010 et sur l'inaccessibilité des infrastructures.

Le Rwanda est l'un des rares pays à avoir atteint l'objectif de la Déclaration d'Abuja en allouant 15 % de ses budgets annuels au secteur de la santé.⁽⁴⁸⁾ Sur cette base solide, le Rwanda peut passer d'autres caps grâce au renforcement de l'espace budgétaire pour le secteur de la santé (et le secteur de la réadaptation) et à l'inclusion systématique du handicap dans les programmes et les stratégies favorisant la transition socio-économique.



Intégration de la réadaptation et ODD « alignés à la CDPH »

5.

© Nicolas Axelrod/HI

Le Programme 2030⁽¹⁰⁾ a été lancé à New York en septembre 2015. Il comprend 17 objectifs à atteindre d'ici à 2030. Le handicap est mentionné explicitement 11 fois dans les objectifs, et il est évoqué 18 fois dans la notion générale de « vulnérable ». ⁽⁴⁹⁾ Le handicap est également inclus dans l'ensemble du texte à travers le principe de « Ne laisser personne de côté ». **La réadaptation joue un rôle essentiel à la fois pour atteindre les objectifs de développement mondiaux et pour mettre en œuvre la CDPH.**

Pour obtenir les effets escomptés des ODD, le handicap et la réadaptation doivent être considérés comme des composantes fondamentales des mesures programmatiques et politiques axées sur la réalisation de ces objectifs. Sept objectifs qui s'accordent avec des articles de

la CDPH sont présentés ci-après. Pour atteindre ces objectifs, il est essentiel d'éliminer les obstacles à la réadaptation. L'impact potentiel de la réadaptation est également mis en exergue. Le fait de comprendre les liens et les synergies entre ces deux instruments peut nous aider à réaliser des progrès substantiels vers la réalisation des objectifs, en utilisant l'intégration du handicap comme cadre d'action.

Alors que cette section se concentre sur sept ODD, le renforcement des services de réadaptation, qui favorise également l'amélioration des capacités fonctionnelles des personnes handicapées, peut leur permettre de participer aux progrès vers de nombreux autres objectifs, outre ceux mis en avant ci-après.

ODD 1 - Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde

 Art. 28 de la CDPH - Le droit des personnes handicapées à un niveau de vie adéquat pour elles-mêmes et pour leurs familles

Impact de la réadaptation

Une réadaptation accessible et abordable peut permettre aux personnes handicapées et à leurs familles de briser le cycle de la pauvreté en améliorant les taux d'emploi, en augmentant le niveau d'éducation et en favorisant la participation.



© Corentin Fohlen/HI

Le handicap et la pauvreté fonctionnent comme un cercle vicieux dans lequel l'un renforce l'autre, notamment dans les pays à revenus faible ou intermédiaire.⁽⁵⁰⁾ Le handicap est fortement associé à une plus grande pauvreté multidimensionnelle et à des dépenses médicales plus élevées, et la probabilité de devoir faire face à des coûts de santé catastrophiques est 50 % plus élevée pour les personnes handicapées.⁽⁵¹⁾

Le handicap entraîne souvent des coûts supplémentaires qui peuvent aggraver la pauvreté.⁽⁵²⁾ Ces coûts peuvent être liés aux dépenses générales du ménage (telles que les dépenses de transport ou de santé) mais également à la réadaptation et aux aides techniques⁽⁵³⁾ ou au fait qu'un membre du ménage cesse une activité génératrice de revenus pour devenir un aidant.⁽⁵⁴⁾

Au sein d'un ménage, tout le monde ne vit pas avec le même niveau de privation : les femmes, les enfants, les personnes handicapées et les personnes âgées sont davantage susceptibles de recevoir de plus petites portions de nourriture ou de disposer de moins de budget pour leur éducation et leur santé.⁽⁵⁵⁾

La situation financière représente un obstacle majeur à l'accès aux services de réadaptation car l'assurance maladie ne protège qu'une minorité de la population.⁽⁶⁾ La réadaptation peut contribuer à lutter contre la pauvreté en améliorant l'état de santé des individus, en réduisant le besoin en services de santé supplémentaires, et en permettant aux individus d'entreprendre des activités génératrices de revenus. Pour que la réadaptation permette de réduire la pauvreté,

les services et les aides techniques doivent être abordables, accessibles et de bonne qualité. Les agents RBC doivent être à même de bien comprendre les causes et les effets de la pauvreté, et la manière dont ceux-ci peuvent affecter les personnes handicapées et leurs familles.⁽⁵⁶⁾ Pour avoir le plus d'impact, les services de réadaptation doivent faire partie d'un système de santé intégré.

Des services de réadaptation accessibles et abordables peuvent augmenter le niveau d'éducation (ODD 4), les taux d'emploi (ODD 8) et la participation à la vie sociale, ce qui permet aux personnes handicapées et à leurs familles de briser le cycle de la pauvreté.



Étude de cas : sortir progressivement de l'extrême pauvreté

Reconnaissant la relation entre handicap et pauvreté, Humanité & Inclusion (HI) met en œuvre depuis 2011 au Bangladesh un modèle de sortie progressive de l'extrême pauvreté, qui est inclusif du handicap. Ce modèle initialement développé par BRAC pour atteindre les ménages dont les besoins de base ne sont pas satisfaits, vise à inclure systématiquement les personnes handicapées comme porteurs de projets et sources de revenus. Outre les activités standards du « programme de sortie progressive » (aide à la consommation, transfert monétaire, constitution d'épargne, renforcement des capacités, intégration sociale, coaching, etc.), HI a intégré un soutien spécifique au handicap pour veiller à ce que les bénéficiaires aient accès aux services de réadaptation, disposent des outils adaptés et bénéficient des aménagements nécessaires pour améliorer leur autonomie fonctionnelle et leur employabilité.

Le travail de HI sur un modèle inclusif de sortie progressive de la pauvreté intègre la réadaptation et l'accompagnement social personnalisé comme des composantes centrales permettant d'améliorer la capacité des bénéficiaires à être financièrement indépendants. Le personnel du projet de réadaptation est allé à la rencontre des ménages pour évaluer leurs besoins et comprendre si ceux-ci pouvaient être satisfaits au niveau du ménage ou si une orientation vers des services spécialisés était nécessaire.

Le programme initial ciblait 600 personnes handicapées dans la région de Sitakunda dans le cadre d'un programme financé par le DFID. Après le succès du projet pilote, HI a élargi cette initiative en partenariat avec le Global Poverty Action Fund du DFID. Lors de la phase 2 (2015-2018), HI a doublé le nombre de bénéficiaires ciblés en passant à 1 200 personnes handicapées et leurs familles,



© Étude de cas et crédit photo : HI

et a étendu la zone géographique à Kurigram Sardar. Cette approche a été efficace : 98 % des ménages bénéficiaires vivant dans l'extrême pauvreté à Kurigram Sardar ont progressé du statut « extrêmement pauvres » à « pauvres » (y compris des ménages dirigés par des femmes, dont le nombre représente 38 % de l'ensemble des ménages). Ainsi, le programme a aidé des centaines de personnes handicapées et leurs familles à sortir de l'extrême pauvreté et à mettre fin à leur dépendance vis-à-vis des filets de protection sociale.

Outre le fait que les taux de « progression » ont été élevés, ces résultats ont été durables. En effet, la grande majorité des bénéficiaires de Sitakunda et de Kurigram Sadar qui ont progressé étaient parés pour continuer à gagner suffisamment de revenus pour éviter de retomber dans l'extrême pauvreté, ce qui contribue à la réalisation de l'ODD 1. Le succès de ce modèle inclusif de sortie progressive de l'extrême pauvreté a été mis en œuvre par HI dans d'autres pays comme le Tchad, le Mali, le Burkina Faso et le Soudan du Sud.

ODD 3 - Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

 Art. 25 de la CDPH - Jouir du meilleur état de santé possible

Impact de la réadaptation

La réadaptation a un impact direct sur la santé et le bien-être des individus en améliorant leur état de santé. La réadaptation peut éviter l'aggravation des affections existantes ou le développement de nouvelles maladies, réduisant ainsi les besoins globaux en soins de santé.



© Corentin Fohlen/HI

Les personnes handicapées sont plus susceptibles d'être en mauvaise santé que les personnes non handicapées : sur 43 pays, 42 % des personnes handicapées considèrent que leur santé est mauvaise, contre 6 % des personnes non handicapées.⁽²⁰⁾ Une récente étude systématique a constaté que les personnes handicapées utilisaient davantage les services de santé pour les soins primaires et tertiaires que les personnes non handicapées, et que leurs dépenses de santé étaient supérieures.⁽⁵⁷⁾

Les femmes et les hommes ont des besoins sanitaires, des comportements et des niveaux d'accès différents. Dans la plupart des pays, à mesure que l'espérance de vie augmente, les

femmes vivent plus longtemps en mauvaise santé que les hommes.⁽⁵⁸⁾ Les femmes sont davantage susceptibles de contracter des maladies invalidantes (ex. : troubles musculo-squelettiques, anémie ferriprive et troubles dépressifs graves) en plus des affections liées aux grossesses et à la maternité.⁽⁵⁸⁾ Les obstacles économiques et informationnels, la stigmatisation et la discrimination ont encore plus d'incidence sur les femmes et les filles handicapées qui sont victimes de discriminations multiples.

La réadaptation a un impact direct sur la santé et le bien-être des individus en améliorant leur état de santé.⁽⁵⁹⁾ Il est prouvé que les services de kinésithérapie réduisent la durée des séjours et

permettent d'améliorer l'auto-prise en charge, les activités quotidiennes et la qualité de vie liée à la santé.⁽⁶⁰⁾ La réadaptation peut éviter l'aggravation des affections existantes ou le développement de nouvelles maladies, diminuant ainsi les besoins globaux en soins de santé.

La réadaptation peut également améliorer le bien-être des familles des personnes handicapées. Une étude réalisée au Malawi avec des parents d'enfants ayant une déficience intellectuelle⁽⁶¹⁾ révèle, par exemple, que plus de 40 % des parents indiquent ressentir une détresse psychologique, et que cela est dû à une série de facteurs, notamment le manque de connaissances sur le handicap, de confiance dans la gestion de l'enfant handicapé et d'accompagnement psychologique. Dans de tels cas, la réadaptation peut générer un changement positif considérable sur la santé et le bien-être à la fois de l'enfant et de toute la famille.

La réadaptation peut être intéressante pour diverses affections.^(62, 63) Elle contribue à améliorer la santé maternelle, la santé infantile et la santé des personnes vivant avec le VIH / sida ou une MNT, et à soulager la souffrance liée à une blessure ou à un traumatisme. Pour contribuer à promouvoir des services de santé intégrés efficaces, il est important de renforcer la sensibilisation et la formation en réadaptation des médecins et autres professionnels de la santé, et d'intégrer la réadaptation dans les programmes de formation et les directives.⁽⁶⁴⁾ Pour promouvoir au mieux la santé et le bien-être, la réadaptation devrait faire l'objet d'une approche intégrée qui prend en compte un ensemble de services ainsi que la fourniture d'aides techniques.



Étude de cas : le projet STEP (Support Tools Enabling Parents)

Le pilote STEP a été élaboré en réponse au constat d'augmentation des handicaps neuromoteurs, tels que la paralysie cérébrale, et pour améliorer l'approche de la réadaptation. Ce pilote d'une durée d'un an, lancé en mai 2018, est mis en œuvre par la fondation Liliane et co-financé par Dioraphte. STEP vise à modifier l'approche de la réadaptation et à améliorer les résultats des services existants. À travers ces activités, le pilote cherche à améliorer la qualité de vie et les capacités fonctionnelles des enfants atteints de paralysie cérébrale et à soutenir leurs aidants. Le pilote inclut 158 enfants et leurs aidants au Kenya, en Tanzanie, en Ouganda et au Cameroun.

STEP favorise le bien-être et la vie saine en améliorant la qualité du processus d'intervention et en renforçant les connaissances et les compétences des agents locaux par la formation, des outils d'aide et du coaching. L'accompagnement des aidants est également une composante essentielle du pilote.

Alors que le projet est en cours, les aidants ont déjà indiqué prendre soin de leur enfant avec plus de confiance et ont observé des améliorations de la santé et du bien-être de leur enfant. Les



© Étude de cas et crédit photo : fondation Liliane.

aidants ont également signalé une amélioration de leur propre bien-être, notamment de leur santé, de leurs activités sociales et de leurs activités économiques, entre autres. Les agents locaux ont indiqué témoigner davantage d'ardeur à travailler avec les familles et les enfants ayant des besoins complexes comme ceux atteints de paralysie cérébrale.

ODD 4 - Assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie

 Art. 24 de la CDPH - Le droit des personnes handicapées à l'éducation

Impact de la réadaptation

La réadaptation a des effets sur un grand nombre de facteurs d'exclusion du système éducatif (ex. : inaccessibilité des établissements scolaires, manque de technologies d'assistance, mauvais état de santé, préjudice et stigmatisation), et permet ainsi aux enfants handicapés de recevoir une éducation, ce qui peut avoir une incidence positive tout au long de leur vie.

Dans la plupart des pays en développement, les taux de déscolarisation des enfants handicapés sont extrêmement élevés : 9 enfants handicapés sur 10 ne fréquentent pas l'école⁽⁶⁵⁾. Les adultes handicapés sont moins susceptibles d'avoir été scolarisés que ceux qui ne sont pas handicapés. Cela se reflète dans le faible taux d'alphabétisation des personnes handicapées : 54 % des personnes handicapées, contre 77 % des personnes non handicapées.⁽²⁰⁾ Une éducation limitée a des conséquences tout au long de la vie, y compris pour accéder à un véritable emploi.

L'exclusion du système éducatif a de multiples causes, notamment l'inaccessibilité des établissements scolaires, le manque de technologies d'assistance, le mauvais état de santé, le préjudice et la stigmatisation. Elle a des conséquences à long terme car elle se répercute sur le développement économique et social des personnes handicapées et qu'elle accentue la pauvreté. La réadaptation s'attaque à un grand nombre de ces facteurs. La fourniture d'une prothèse de jambe, par exemple, ou la réadaptation fonctionnelle peut permettre à un enfant d'accéder à l'école et de suivre la classe. La réadaptation optimise le développement de l'enfant, surtout chez des enfants ayant subi des blessures traumatiques.⁽⁶⁶⁾

D'autres actions doivent être mises en œuvre pour s'attaquer aux difficultés auxquelles sont spécifiquement confrontées les filles handicapées pour accéder à l'éducation. Pour commencer, de nombreuses familles ne considèrent toujours pas que l'éducation est essentielle pour leurs filles dont on attend qu'elles prennent en charge

le travail domestique, et qui, étant également plus susceptibles de ne pas être enregistrées à la naissance, pourraient ne pas être admissibles à l'école ou du moins prétendre à passer des examens.⁽⁶⁷⁾ Lorsqu'une fille est envoyée à l'école, la peur et le risque réel de subir des violences sexuelles constituent des causes majeures de décrochage.⁽⁶⁷⁾ De plus, les filles handicapées ont moins accès aux technologies d'assistance et à la réadaptation que les garçons, et ont moins de chances de bénéficier d'un soutien scolaire supplémentaire.⁽⁶⁸⁾ Par conséquent, 50,6 % des personnes handicapées de sexe masculin ont suivi l'enseignement primaire, contre 41,7 % des personnes handicapées de sexe féminin.⁽¹⁾

La CDPH promeut l'éducation inclusive selon laquelle les enfants sont inscrits dans des classes ordinaires pour recevoir un enseignement (article 24⁷). Cela donne aux enfants handicapés la chance de pouvoir bénéficier d'un enseignement sur la base de l'égalité avec les autres enfants, et la réadaptation a le potentiel de les aider à réussir à fréquenter l'école, en les soutenant et en soutenant les parents et les enseignants.

L'éducation peut avoir un impact positif tout au long de la vie. Les enfants handicapés qui sont en mesure de recevoir un enseignement ont plus de chance de trouver un emploi et d'être inclus dans leur communauté⁽²⁰⁾. La réadaptation favorise également l'accès des personnes handicapées à la formation professionnelle et à la formation continue, améliorant ainsi leurs perspectives professionnelles et réduisant la pauvreté.



Témoignage : « Ils sont inséparables »

Nirmala et Khendo avaient sept ans lors du tremblement de terre qui a secoué le Népal en avril 2015. Nirmala a été piégée sous les décombres d'un mur qui s'est écroulé dans le district d'Okhaldhunga. Au même moment, Khendo était ensevelie sous les ruines de sa maison à Sindhupalchok.

Les deux filles ont été envoyées au service de traumatologie de l'hôpital Bir de Katmandou où elles ont toutes les deux été amputées d'une jambe. Les filles ont séjourné près de trois mois à l'hôpital puis ont été transférées au centre de réadaptation du National Disabled Fund, partenaire d'Humanité & Inclusion (HI). Avec l'aide de HI, les enfants ont reçu des prothèses et ont réappris à marcher six mois après le séisme. « Elles ont fait des progrès formidables. Elles s'entraident et tirent leur force de leur amitié » explique Sudan Rimal, kinésithérapeute pour HI.

Au début, les filles se rendaient au centre de réadaptation tous les mois pour des séances de réadaptation en kinésithérapie, et cela les a aidées

à étirer leurs muscles et à s'assouplir. Aujourd'hui, elles s'y rendent moins fréquemment mais assez régulièrement pour faire adapter leurs prothèses au fur et à mesure qu'elles grandissent.

« Nous ajustons leurs prothèses tous les six mois en fonction de leur croissance. Elles ont davantage conscience de leur corps et de l'importance des exercices de réadaptation. Elles me disent lorsqu'elles ont mal et savent localiser la douleur [...] Elles se lancent des défis entre elles pour faire les exercices, pour progresser. Elles sont impressionnantes » témoigne Sudan Rimal.

Nirmala et Khendo vont aujourd'hui à l'école et sont en CE1. « Les enseignants ont également été formés pour faire pratiquer des exercices de réadaptation aux enfants » explique Sudan Rimal. « Les filles adorent l'anglais, le badminton et jouer à cache-cache. Et lorsque nous évoquons l'avenir avec elles, Nirmala répond avec des yeux brillants qu'elle rêve de devenir actrice. Quant à Khendo, elle sera institutrice "pour aider les enfants à devenir de bonnes personnes". »

© Témoignage et crédit photo : HI



ODD 5 - Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles

 Art. 26 de la CDPH - Épanouissement, évolution et autonomisation des femmes handicapées

Impact de la réadaptation

La réadaptation peut avoir un impact significatif sur l'autonomisation et la participation des femmes et des filles. Les femmes et les filles, qui sont souvent les principaux aidants, bénéficient aussi indirectement de la réadaptation puisque l'amélioration de la santé des personnes handicapées permet aux aidants de se libérer du temps pour reprendre ou démarrer une activité qu'ils ne pouvaient pas réaliser auparavant.



© Martin Črep/HI

Les formes de discrimination croisées que subissent les personnes handicapées, ainsi que d'autres facteurs d'exclusion comme le genre, génèrent souvent de la discrimination multiple et intersectionnelle et d'importantes restrictions de leur accès aux services. Les plus défavorisés endurent souvent des privations multiples et croisées, qui perpétuent et enracinent un désavantage.⁽²³⁾

Tout comme le handicap, la question du genre touche à beaucoup d'autres ODD. Par comparaison avec les hommes non handicapés, les femmes handicapées ont trois fois plus de probabilités d'avoir des besoins non satisfaits (ODD 3) ; ont trois fois plus de probabilités d'être analphabètes (ODD 4) ; et ont deux fois moins de chances de trouver un emploi (ODD 8²⁰). Même en comparaison avec les hommes handicapés,

les femmes handicapées ont plus de probabilités d'avoir des besoins non satisfaits,⁽²⁰⁾ notamment d'être exclues des services de réadaptation.⁽⁶⁹⁾

La réadaptation, accessible à tous, sans discrimination et sur la base de l'égalité avec les autres, peut avoir un impact significatif sur l'autonomisation des femmes et des filles et sur leur participation à la vie sociale. Les femmes et les filles, qui sont souvent les principaux

aidants des personnes handicapées ou des personnes ayant d'autres maladies, peuvent aussi bénéficier indirectement de la réadaptation puisque l'amélioration de la santé des personnes handicapées peut favoriser leur autonomie, permettant ainsi aux aidants de se libérer du temps pour reprendre ou démarrer une activité qu'ils ne pouvaient pas réaliser auparavant.



Témoignage : des femmes leaders dans le domaine du handicap et de la réadaptation

La Disabled Rehabilitation and Research Association (DRRA) a rencontré Astomi Malo pour la première fois en 2002 alors qu'elle avait douze ans et vivait dans le district de Satkhira au Bangladesh. Elle avait des difficultés physiques dues à une paralysie post-polio. L'équipe de réadaptation de la DRRA l'a intégrée dans un projet de RBC, et elle a commencé la réadaptation. À 20 ans, Astomi a travaillé sur un projet de RBC de la DRRA et a commencé à intervenir en RBC tout en étudiant pour obtenir un diplôme dans les arts.

Astomi a été nommée comme Mobilisatrice communautaire en 2008. Elle s'est pleinement impliquée dans la mobilisation de groupes d'entraide, a dispensé plusieurs formations et réalisé des plaidoyers aux niveaux local et national. Cette expérience a contribué à la réussite du projet mais a également renforcé ses compétences en leadership.

En 2011, Astomi a réalisé son rêve : elle est devenue une leader. Avec le soutien de la DRRA, elle a créé une organisation de personnes handicapées, Narikontha Unnayan Songstha (NUS), et dirige désormais une équipe de 35 personnes. NUS œuvre pour la santé, l'éducation et l'autonomisation des personnes handicapées à travers la fourniture de services, la scolarisation et les filets de protection sociale, et réalise des plaidoyers auprès du gouvernement local.



© Témoignage relégué par la DRRA via le CBR Global Network ; Crédit photo : DRRA.

La réussite d'Astomi en tant que femme leader et mentore pour les personnes handicapées a tout d'abord été reconnue en 2013 lorsqu'elle a reçu le prix Joyeeta (un mot bengalais qui signifie « victoire des femmes »). Elle a reçu ce prix pour la seconde fois en 2018. Astomi a également été désignée « meilleure femme entrepreneur 2018 » de l'upazila de Shyamnagar dans le district de Satkhira, par le Département du développement de la jeunesse.

ODD 8 - Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous

 Art. 27 de la CDPH - Le droit au travail des personnes handicapées, sur une base d'égalité avec les autres

Impact de la réadaptation

La réadaptation permet l'accès ou le retour au marché du travail, prévient les maladies, améliore le bien-être et diminue le handicap, et joue ainsi un rôle important en faveur de la participation au marché du travail, de la productivité économique, de la génération de revenu et de la réduction de la pauvreté.



© Erika Pineros/HI

Les personnes handicapées continuent à être limitées dans leur accès au marché du travail. Le rapport emploi-population des personnes handicapées âgées d'au moins 15 ans est presque deux fois moins élevé que celui des personnes non handicapées, et les personnes handicapées qui ont un emploi ont tendance à gagner des salaires inférieurs à leurs homologues non handicapés.⁽²⁰⁾ Dans les pays à revenus faible et intermédiaire, le chômage des personnes handicapées en

âge de travailler et qui désirent travailler peut s'élever à 80 %.⁽⁷⁰⁾ La situation est encore pire parmi les femmes handicapées qui sont victimes de discriminations croisées sur le marché du travail. Elles ont plus de difficultés à trouver un emploi rémunéré dans les secteurs formel et informel que les femmes non handicapées, et leur seule possibilité est de trouver un emploi non rémunéré.⁽²⁰⁾

La réadaptation permet l'accès ou le retour au marché du travail, prévient les maladies, améliore le bien-être et diminue le handicap. ⁽⁷¹⁾ La réadaptation peut également limiter le nombre de jours d'arrêt de travail des personnes handicapées, améliorant ainsi la productivité, la participation et le revenu, ⁽⁶⁴⁾ et contribuant ainsi à une réduction durable de la pauvreté. Cela est particulièrement vrai pour les femmes qui travaillent car elles investissent 90 pour cent de leur revenu dans leur famille, alors que les hommes n'en investissent que 35 pour cent. ⁽⁷²⁾

La réadaptation professionnelle englobe un vaste ensemble d'interventions, notamment des adaptations du lieu de travail liées à l'impact fonctionnel et psychologique des déficiences, des évaluations des capacités professionnelles, un appui à l'autogestion de l'état de santé, et des adaptations relatives à l'impact médical et psychologique des déficiences. Les services incluent également un appui au retour à l'emploi, des placements et une orientation professionnelle, ainsi que le perfectionnement professionnel et l'analyse de l'emploi. ⁽³⁴⁾



Témoignage : la réadaptation pour un emploi décent

Mohamed a 27 ans et vit à Alexandria en Égypte. Dernier de sa fratrie, il est atteint de trisomie 21. Sa famille l'a toujours soutenu mais elle a eu du mal à lui enseigner l'auto-prise en charge et à le faire participer sur le plan social car il avait un comportement très antisocial. C'était avant qu'il intègre le programme de réadaptation professionnelle et d'emploi mis en œuvre par Caritas Égypte.

Le programme lui a apporté, à lui et à sa famille, un soutien psychologique et un accompagnement, lui a appris à devenir indépendant, lui a enseigné des compétences de base en lecture et en calcul, et lui a inculqué le comportement à adopter au travail et la manière de communiquer avec ses collègues de travail, ses responsables et ses clients.

Pourvu d'une éducation de base et de compétences professionnelles pertinentes, Mohamed a pu accéder au marché de l'emploi sur une base d'égalité avec les autres (ODD 8). Il est aujourd'hui employé comme assistant du chef pâtissier dans une usine de confiseries et de pâtisseries, et aide le chef pâtissier dans la préparation de toutes sortes de bonbons et de pâtisseries.



© Témoignage relégué par Caritas via le CBR Global Network ;
Crédit photo : Caritas

Ses parents disent que Mohamed est transformé : il est joyeux, confiant, sociable... et il réussit. Par ailleurs, il a intégré l'équipe du programme dédiée à la sensibilisation des employeurs potentiels sur l'emploi des personnes handicapées, dans laquelle il illustre tout le potentiel des personnes handicapées à travailler et à contribuer au milieu de travail.

ODD 10 - Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre

 Art. 5 de la CDPH - Égalité et non-discrimination

Impact de la réadaptation

En autonomisant les personnes handicapées, la réadaptation peut réduire les inégalités et contribuer à assurer l'égalité des chances. Dans de nombreux pays, notamment les pays à revenus faible et intermédiaire, la RBC est essentielle pour améliorer la qualité de vie des personnes handicapées et de leurs familles.



© Jules Tusseau/HI

L'enracinement et l'accroissement des inégalités entravent le développement mondial et l'impact sur les progrès nationaux.⁽²³⁾ Les personnes handicapées subissent encore des inégalités aux niveaux social, économique et politique, et sont désavantagées dans tous les domaines couverts par les ODD.⁽²⁰⁾ Dans certains pays, l'écart entre les personnes handicapées et les personnes non handicapées atteint plus de 20 % en ce qui concerne la pauvreté de revenu, et 50 % en ce qui concerne l'état de santé, les taux d'alphabétisation et le rapport emploi-population.⁽²⁰⁾

Pour s'attaquer aux inégalités, il est important de reconnaître l'impact des discriminations multiples

sur certains groupes de personnes handicapées. On observe généralement de plus grandes inégalités de revenu, par exemple, chez les femmes handicapées, les personnes handicapées autochtones et les personnes ayant un handicap intellectuel ou psychosocial.

Pour réduire les inégalités, notamment dans les pays en développement, il serait bénéfique de se concentrer sur la réduction de l'écart entre les personnes handicapées et les personnes non handicapées. Une étude réalisée auprès des ménages au Kenya, en Sierra Leone, en Ouganda et en Zambie a constaté des écarts de niveau de vie entre les ménages qui comprennent une

personne handicapée et les autres ménages, dans tous les pays, excepté en Sierra Leone (le pays le moins développé du projet).⁽⁷³⁾ La réadaptation peut contribuer à réduire les inégalités entre ces ménages et à améliorer les niveaux de vie, en soutenant et en autonomisant les personnes handicapées afin qu'elles participent sur les plans culturel, économique, social et politique.

Dans les pays contraints par un revenu limité, notamment les pays à revenus faible et intermédiaire, la RBC est essentielle pour améliorer la qualité de vie des personnes handicapées et de

leurs familles.⁽⁷⁴⁾ Outre le fait de renforcer l'accès aux services de réadaptation, la RBC adopte une approche multisectorielle qui englobe la santé, l'éducation, les moyens de subsistance, le volet social et l'autonomisation) en vue de satisfaire les besoins fondamentaux des personnes handicapées.^(xi) Elle contribue également à garantir leur inclusion et leur participation à la communauté en diminuant la stigmatisation et la discrimination.⁽⁴¹⁾ Cela a pour effet de réduire les inégalités, sur le plan des revenus mais également en termes d'inclusion et de participation.



Étude de cas : Jumping Kids

Abdul Hamad Kipango, 11 ans, et Musa Hussein Msfari, 9 ans, deux garçons de Dar Es Salaam en Tanzanie, ont tous deux subi une amputation d'un membre inférieur après un accident de la route. Ils ont récemment participé à « Jumping Kids », un programme pilote de formation aux prothèses en Afrique du Sud.

Le programme vise à augmenter le soutien disponible pour les enfants ayant subi une amputation d'un membre inférieur, et qui n'ont pas accès aux prothèses adéquates. Les professionnels de la réadaptation ont participé à un atelier durant lequel ils ont reçu une formation sur la dernière technologie prothétique, et sur les méthodes et techniques de réadaptation. L'atelier a été suivi de la fabrication et de l'adaptation de dispositifs prothétiques sportifs. Deux orthoprothésistes de Tanzanie, pays dans lequel le besoin non satisfait en technologie d'assistance est important, ont participé au programme. La formation a été financée par MoveAbility et organisée par Ottobock Afrique du Sud, Icxpress Prosthetics et Jumping Kids.

Un programme de formation sportive est également en cours de développement par le JMK Youth Park de Dar Es Salaam, en partenariat avec le comité paralympique de Tanzanie. Ce programme réduira les inégalités dans l'accès au sport et permettra aux deux garçons et à d'autres enfants handicapés de faire du sport à l'école,



Étude de cas et crédit photo : MoveAbility

et en dehors, avec leurs camarades de classe et leurs amis non handicapés. Musa espère que cela l'aidera également à réaliser son rêve qui est de devenir l'un des prochains athlètes paralympiques de Tanzanie !

ODD 11 - Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables

 Art. 11 de la CDPH - Assurer la protection et la sûreté des personnes dans les situations de risque

Impact de la réadaptation

La réadaptation est essentielle pour renforcer la préparation aux catastrophes grâce à l'amélioration du fonctionnement sensoriel, physique, intellectuel, mental, cognitif ou social des individus. La réadaptation est également cruciale lors d'une intervention en contexte de catastrophe car le taux de handicap augmente après une catastrophe en raison des traumatismes, des blessures et des conditions de vie difficiles.

La proportion de la population vivant en zone urbaine augmente. On estime que d'ici à 2050, 66 % de la population mondiale résidera dans une zone urbaine.⁽⁷⁵⁾ Cela a des implications liées à la nécessité de créer des environnements urbains accessibles et à l'augmentation du risque de milieu de vie potentiellement précaire due à l'incidence du changement climatique et autres catastrophes et situations d'urgence.

Pour favoriser des environnements urbains accessibles, un Nouveau programme pour les villes⁽⁷⁶⁾, inclusif du handicap, a été adopté à Habitat III (2016). Ce programme vise à orienter le développement urbain selon les principes de conception universelle, en vue de promouvoir l'accessibilité pour tous. L'intégration de la réadaptation dans la conception des environnements est essentielle pour garantir que ceux-ci sont pleinement accessibles aux personnes handicapées. Un certain nombre de services de réadaptation et de technologies d'assistance sont également nécessaires pour permettre aux personnes handicapées d'interagir efficacement avec l'environnement et les infrastructures.

Les catastrophes affectent les personnes handicapées d'une façon disproportionnée car celles-ci se heurtent à des obstacles en termes de mobilité, d'information et d'accès aux services.^(77, 78) Au Japon, par exemple, le taux de mortalité chez les personnes handicapées a été deux fois supérieur à celui du reste de la population.⁽⁷⁹⁾ Une étude réalisée par l'ONU

a relevé que seules 20 % des personnes handicapées considéraient être capables d'évacuer immédiatement en cas de catastrophe.⁽⁸⁰⁾ Une étude réalisée au Népal a constaté que durant la phase d'urgence ou de secours qui a suivi les séismes de 2015, l'inégalité des schémas de distribution de l'aide a été exacerbée par différentes formes intersectionnelles d'exclusion sociale liée au genre, à l'appartenance ethnique, à la caste, à la classe sociale et à la marginalisation géographique.⁽⁸¹⁾ De plus, les jeunes femmes handicapées étaient particulièrement vulnérables face à la violence et au trafic sexuels dans les camps pour personnes déplacées internes et dans les situations de vie collective.⁽⁸¹⁾

Les problèmes liés au handicap doivent être inclus dans la planification des interventions en contexte de catastrophe, à l'aide d'une approche sensible au genre et en impliquant les personnes handicapées et les organisations qui les représentent.⁽⁸²⁾

Cela exige de planifier la réadaptation dans les phases d'urgence et de relèvement, comme la réadaptation pour la réduction des risques. La réadaptation est fondamentale pour optimiser la préparation aux catastrophes grâce à l'amélioration du fonctionnement sensoriel, physique, intellectuel, mental, cognitif ou social des individus.

La réadaptation est également cruciale lors d'une intervention en contexte de catastrophe car le taux de handicap augmente durant et après une catastrophe en raison des traumatismes, des blessures et des conditions de vie difficiles. Les

personnes handicapées, tout comme les personnes non handicapées, sont exposées au risque de blessures pendant les catastrophes ^(83, 84) : pour chaque personne tuée dans une catastrophe, trois autres sont blessées ou deviennent handicapées. ⁽⁸⁵⁾

Les catastrophes peuvent également entraîner la perte ou la destruction des aides techniques, ⁽⁸⁵⁾ aggravant les difficultés rencontrées pour rejoindre les abris d'urgence ou accéder aux programmes d'intervention et de relèvement. Les données recueillies au Vanuatu après le cyclone tropical Pam révèlent que les personnes handicapées ont eu plus de difficulté que les personnes non

handicapées à accéder aux mesures de préparation aux catastrophes et à l'intervention en contexte de catastrophe, mais également qu'elles ont eu des besoins non satisfaits spécifiques au handicap, tels que la perte des aides techniques et le manque de services de réadaptation. ⁽⁸⁶⁾ La réadaptation doit être incluse dans l'action d'urgence pour éviter les effets à long terme, tant au niveau des individus que de la société. Il est également important que la planification RRC soit inclusif du handicap et axée sur la réadaptation. ⁽⁸⁷⁾ La réadaptation contribue à rendre les établissements humains plus résilients et plus inclusifs, y compris dans les situations de risque.



Étude de cas : la réadaptation dans la préparation aux catastrophes et l'intervention en contexte de catastrophe au Népal

Depuis 2015, Humanité & Inclusion (HI) soutient le ministère de la Santé du Népal pour étendre la couverture des services de réadaptation dans cinq districts isolés (Rasuwa, Nuwakot, Dhading, Sindupalchok, Dolakha) dans le cadre d'une action visant à répondre aux besoins à long terme des personnes blessées durant le séisme meurtrier qui a secoué le Népal en avril 2015.

Des unités élémentaires de kinésithérapie ont été intégrées dans les hôpitaux de district. Les kinésithérapeutes et les travailleurs sociaux ont procédé à l'identification des besoins et ont assuré la gestion des déficiences, la fourniture d'aides techniques, le soutien psychologique et l'orientation vers d'autres services, au sein des unités de réadaptation ou dans le cadre des activités de proximité. Grâce au renforcement du système de santé local, toutes les communautés des cinq districts ont bénéficié des nouveaux services, y compris les personnes âgées, les personnes atteintes de maladie chronique et les personnes handicapées. Entre août 2015 et décembre 2017, 9 725 personnes au total ont utilisé des services de réadaptation. Parmi elles, 54 % étaient des femmes et des jeunes filles, et environ 17 % étaient des survivants du tremblement de terre.



© Étude de cas et crédit photo : HI

Une intervention pilote a également été mise en œuvre dans le district de Nuwakot pour renforcer la capacité de réponse aux urgences du secteur de santé local, en aidant l'hôpital du district et trois centres de soins de santé primaires à élaborer un plan de gestion des victimes directes. Le caractère inclusif des plans locaux de préparation aux catastrophes a été amélioré grâce à l'établissement d'un point focal axé sur la vulnérabilité, qui facilite l'identification des personnes vulnérables, garantit l'efficacité de la première intervention et permet le suivi de la réadaptation.

6.

Recommandations pour faire évoluer les politiques et les pratiques des principales parties prenantes

© Erwan Rogard/HI

À l'intention des gouvernements des pays à revenus faible et intermédiaire

- **Veiller à ce que la réadaptation soit intégrée dans les systèmes de santé**, dans l'optique de renforcer et de développer l'accès aux services de réadaptation pour tous. Pour intégrer efficacement la réadaptation dans les systèmes de santé, il est important d'adopter des politiques sanitaires nationales qui s'inscrivent pleinement dans la lignée des recommandations de l'OMS sur la « Réadaptation dans les systèmes de santé »⁽⁶⁾ et de prendre en compte la position des services de réadaptation dans le continuum de soins, à tous les stades de la vie et pour un large éventail d'affections.
- Reconnaître le caractère transversal de la réadaptation, **intégrer la réadaptation dans tous les cadres d'action politique** et encourager le dialogue, les synergies et l'engagement entre les différents acteurs (par exemple entre différents organes gouvernementaux responsables de l'éducation, de la protection sociale, de l'emploi et de l'égalité entre les genres). Reconnaître et renforcer le rôle du système éducatif dans la sensibilisation du public sur le handicap, la stigmatisation, l'isolement, la discrimination, et les besoins en réadaptation non satisfaits.
- Adopter et/ou réformer les politiques, lois et systèmes de prestation dans le domaine de la réadaptation, en vue de **satisfaire à l'obligation « Ne laisser personne de côté »** du Programme 2030 et de **garantir la conformité à la CDPH** (notamment en ce qui concerne les articles 19 sur la vie indépendante, 25 sur la santé, 26 sur l'adaptation et la réadaptation et 20 sur la mobilité personnelle). À cette fin, mettre en œuvre les engagements pris via la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur l'amélioration de l'accès aux technologies d'assistance,⁽¹⁶⁾ et appliquer les normes et les directives de l'OMS sur la réadaptation.^(xii)
- **Développer des mécanismes de financement durables pour soutenir les services de réadaptation et la RBC de façon appropriée.** Cela nécessite des ressources financières dédiées pour soutenir et conserver la qualité des services de réadaptation, y compris au niveau communautaire. La réadaptation doit faire partie d'un paquet de soins essentiels, et doit être couverte par des mécanismes de protection contre les risques financiers (c'est-à-dire des assurances maladie plus fiables et plus inclusives), dans l'optique d'atteindre la **couverture sanitaire universelle**.

- **Augmenter les ressources humaines dédiées à la réadaptation et renforcer leurs capacités** dans toutes les disciplines de la réadaptation, en vue de répondre, sans discrimination ni stigmatisation, aux besoins de la population. Outre le fait de combler le manque de personnel en augmentant le nombre de professionnels de la réadaptation, il est crucial de développer et d'améliorer les opportunités de formation ainsi que la reconnaissance et la conservation du personnel (à la fois le personnel de santé et les agents RBC). Il est également important de reconnaître le statut des agents RBC et de promouvoir leur carrière et le développement de leurs compétences pour augmenter les taux de maintien en poste et maximiser les effets de leur travail sur les individus et les communautés.
- Au vu de la hausse du besoin en réadaptation, **développer et décentraliser la prestation de services**, notamment dans les zones rurales et reculées. À cette fin, adopter une double approche qui permet d'offrir **des services de réadaptation essentiels via les soins de santé primaires** et via des **programmes de RBC** suffisamment soutenus. Des spécialistes de la réadaptation doivent être présents, si possible, au niveau des soins primaires. Dans les zones où ce n'est pas possible, et lorsque les ressources le permettent, les agents de santé en soins primaires pourraient être formés pour offrir des services de réadaptation basiques. ⁽⁸⁸⁾ Le personnel en soins de santé primaires doit être formé correctement de façon à identifier les états de santé qui nécessitent une réadaptation et à orienter les patients vers des spécialistes. Les agents RBC et les agents communautaires doivent être reconnus pour le rôle essentiel qu'ils jouent dans l'amélioration de l'efficacité des prestations de services, notamment dans les zones rurales.
- **Développer et renforcer le recueil de données désagrégées** (par âge, handicap, genre, revenu et zone géographique) relatives aux besoins en réadaptation, à l'accès à la réadaptation, à la rentabilité des services et à l'impact de la réadaptation, dans l'optique de développer des politiques et des actions mieux informées et plus adaptées. La « version courte » des questions du Washington Group peut être un outil important pour comprendre la diversité du handicap dans les communautés des pays en développement. Les données relatives au handicap peuvent également être utilisées pour suivre les progrès vers la réalisation des ODD.
- **Faire en sorte que les personnes handicapées, les patients, les professionnels de la réadaptation, ainsi que les organisations qui les représentent et les autres ONG, soient systématiquement consultés et participent activement** à la planification, au suivi et à l'évaluation des politiques et des programmes. Les dizaines d'années d'expérience en programmation de RBC ont montré que la planification participative constituait le seul moyen de développer des services de réadaptation efficaces qui soient acceptables et accessibles à tous.
- **Promouvoir et soutenir les initiatives qui améliorent la recherche et les études sur la réadaptation et les technologies d'assistance, et catalyser l'innovation et les partenariats.** L'accent doit être mis sur l'accessibilité de la réadaptation et des technologies d'assistance pour ceux qui en ont le plus besoin. À cette fin, les États doivent rejoindre et soutenir les initiatives lancées récemment, telles que AT2030 et ATscale, s'engager dans des partenariats multipartites, y compris avec le secteur privé, et tirer parti des investissements dans la recherche et les essais.

À l'intention des donateurs

- **Inclure la réadaptation dans la planification et la programmation stratégiques de l'aide à la coopération internationale** pour la santé et l'inclusion des personnes handicapées en priorité, mais également dans tous les secteurs sur lesquels la réadaptation peut avoir un impact positif (ex. : éducation, emploi, gouvernance démocratique, égalité entre les genres, etc.),

aussi bien dans les contextes de développement que dans les contextes d'urgence, dans l'optique de contribuer à la mise en œuvre de la CDPH et à la réalisation des ODD (directement pour l'ODD 3 et indirectement pour un grand nombre d'autres ODD).

- **Allouer une part significative des fonds à la réadaptation** en prenant en compte

la demande croissante en services de réadaptation à tous les âges et pour un grand nombre d'affections (maladies non transmissibles, santé maternelle et infantile, traumatismes et blessures, par ex.).

- **Soutenir les études et programmes de recherche ainsi que le recueil de données** sur la réadaptation et les services de réadaptation, et apporter une assistance technique pour l'utilisation de méthodologies comme les questions du Washington Group on Disability Statistics. Il est nécessaire de recueillir des données fiables et désagrégées par handicap, sur le rapport coût / efficacité de la réadaptation dans les pays à revenus faible et intermédiaire.
- **Se concentrer sur l'inclusion des personnes handicapées et garantir la consultation et la participation des personnes handicapées, des patients, des professionnels de la**

réadaptation et des ONG concernées à toutes les étapes du cycle de programme (conception, mise en œuvre, suivi et évaluation), y compris à travers les organisations qui les représentent.

- **Investir dans des solutions technologiques innovantes**, y compris dans des solutions à l'initiative des communautés et des solutions publiques-privées, pour améliorer l'accès à des services de réadaptation et des aides techniques de qualité pour ceux qui en ont le plus besoin.
- Au vu de la nécessité de compléter les services de réadaptation réguliers, **soutenir les programmes de RBC** visant à améliorer la qualité de vie des personnes handicapées à travers des initiatives communautaires intégrant la réadaptation, l'égalisation des chances, la réduction de la pauvreté et l'intégration sociale des personnes handicapées.

À l'intention des organisations de la société civile (OSC), notamment les organisations de personnes handicapées (OPH), les ONG et les organisations de patients

- **Réaliser un plaidoyer auprès de toutes les parties prenantes concernées pour promouvoir l'amélioration de l'accès aux services de réadaptation** (accessibilité financière, accessibilité des informations relatives à la réadaptation, accessibilité des infrastructures sanitaires, accessibilité linguistique, rapidité d'accès aux soins, approches sensibles aux particularités culturelles) et de la qualité des soins.
- **Permettre la participation des personnes handicapées, des patients et des professionnels de la réadaptation** à la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes de réadaptation, en facilitant leur implication directe et en les représentant.
- **Contribuer à un suivi efficace et indépendant** des centres et programmes de réadaptation, pour évaluer leur disponibilité, leur accessibilité, leur acceptabilité et leur qualité, et prévenir la discrimination, l'exploitation, la violence et la maltraitance des personnes handicapées⁽³²⁾ et des patients.
- **Faire progresser la recherche et la production de données probantes** sur les obstacles à la réadaptation, le rapport coût / bénéfices de la réadaptation et les effets qu'elle peut avoir sur l'inclusion des groupes marginalisés. Intégrer les résultats de la recherche et des études dans l'élaboration des politiques dans différents domaines.
- **Promouvoir et mettre en œuvre les programmes de RBC** conformément aux directives de l'OMS.⁽⁴¹⁾ Appliquer une approche multisectorielle, trans-incapacités et éclairée par les droits, qui aide les communautés à accéder à l'ensemble des opportunités et services ordinaires et spécifiques au handicap (dans les domaines de la santé, de l'éducation, des moyens de subsistance et de la protection sociale). Placer l'autonomisation des personnes handicapées et de leurs familles au centre, et s'en servir de fondement pour l'accès aux prestations dans tous ces domaines.⁽⁸⁹⁾

Annexe 1: Progrès des donateurs nationaux par rapport aux recommandations

Introduction

Cette annexe montre, de manière non-exhaustive, dans quelle mesure et comment certains bailleurs institutionnels ont intégré la réadaptation dans leur programmation stratégique et leurs financements. Ces six études de cas synthétiques décrivent les progrès réalisés par différents pays donateurs (hétérogènes en termes de taille, de portée géographique et de priorisation de l'aide) par rapport aux recommandations mentionnées dans le rapport.

La coche bleue indique que la recommandation a été suivie de manière satisfaisante, ou a été dépassée. La croix jaune indique que la recommandation n'est que partiellement respectée et qu'il reste des progrès à faire. Les études de cas présentées dans cette annexe s'appuient sur différentes revues documentaires approfondies et sur la consultation des documents et autres sources disponibles au public.



Australie

Ministère des Affaires étrangères et du Commerce (DFAT)

Intègre la réadaptation dans sa planification et sa programmation stratégiques

L'Australie a été le premier pays donateur à élaborer une stratégie relative à l'inclusion des personnes handicapées (« Development for All, towards a disability-inclusive Australian aid program 2009-2014 »). Une seconde stratégie plus ambitieuse, adoptée en 2015, intègre la réadaptation (« Development for All 2015-2020, Strategy for strengthening disability-inclusive development in Australia's aid program »). Cette stratégie vise à améliorer la qualité de vie des personnes handicapées dans les pays en développement. Le DFAT a adopté une double approche de l'inclusion des personnes handicapées en soutenant les investissements en faveur de l'aide spécifique au handicap et en incluant les personnes handicapées dans tous les secteurs.

La réadaptation a été intégrée dans l'aide humanitaire via la promotion des services de réadaptation pour les personnes handicapées (dont les personnes blessées par les mines) dans les contextes d'urgence. Les actions visées qui sont répertoriées dans la stratégie englobent également l'appui et les services spécifiques au handicap, tels que les dispositifs et technologies d'assistance, et les services de réadaptation à base

communautaire, en vue de répondre aux besoins fondamentaux et d'améliorer la qualité de vie des personnes handicapées et de leurs familles.

Alloue une part de financement suffisante à la réadaptation

L'Australie a fortement encouragé la coopération internationale (aussi bien dans les contextes de développement que d'urgence) pour réaliser les objectifs de la CDPH. L'aide publique au développement (APD) fournie par l'Australie pour l'inclusion des personnes handicapées s'est élevée à 110,1 millions de dollars australiens sur la période 2017-2018.⁽⁹⁰⁾

Parmi les projets financés par le DFAT et mis en œuvre par les ONG sur la période 2018-2019, 19 étaient axés sur la réadaptation, pour un budget total d'environ 4,8 millions de dollars australiens.⁽⁹¹⁾

Un partenariat entre le DFAT et l'Organisation mondiale de la Santé dans la région du Pacifique occidental a mis clairement l'accent sur les services de réadaptation dans la région via un financement de 6,16 millions de dollars australiens (2011-2018).

✓ **Soutient les programmes de recherche et d'étude pour recueillir des données probantes**

Le partenariat entre le DFAT et l'Organisation mondiale de la Santé dans la région du Pacifique occidental a intégré les données et la recherche sur la réadaptation comme une composante essentielle de son cadre d'action, en utilisant l'enquête modèle de l'OMS sur le handicap (WHO Model Disability Survey).

✓ **Se concentre sur l'inclusion des personnes handicapées et veille à la consultation et à la participation des personnes handicapées, des patients, des professionnels de santé et des OSC**

Le DFAT est co-président et membre du Réseau d'action mondiale sur le handicap (GLAD).⁽⁹²⁾
La première stratégie « Development for All »

(2009-2014) est le fruit d'un plaidoyer réalisé par des organisations de la société civile suite à la ratification de la CDPH.

✓ **Soutient les programmes de réadaptation à base communautaire**

8 projets financés par le DFAT en 2018-2019 portent sur la réadaptation et le développement à base communautaire. Le partenariat DFAT / OMS dans la région du Pacifique occidental a permis de consolider des directives relatives à la réadaptation à base communautaire et d'apporter une assistance technique dans ce domaine, de renforcer la capacité de différents ministères de la santé afin qu'ils puissent réaliser des services de réadaptation appropriés, et de développer des directives et des informations relatives au handicap.

 **Belgique**

✗ **Intègre la réadaptation dans sa planification et sa programmation stratégiques**

La Belgique a ratifié la CDPH en 2009. Malgré cela, la Belgique n'a pas de planification spécifique intégrant la réadaptation. Sa coopération est régie par la « loi sur la coopération au développement » du 19 mars 2013 (actualisée le 16 juin 2016⁽⁹³⁾), qui définit les stratégies, les objectifs et les acteurs de la coopération ainsi que les États concernés. Les domaines thématiques prioritaires sont les droits humains (dont les droits des enfants), le travail décent et durable, et la consolidation de la société. En termes d'actions de coopération, la Belgique se concentre sur les services de santé, l'éducation et la formation, l'agriculture et la sécurité alimentaire, et les infrastructures de base dans 14 pays partenaires en Afrique et au Moyen-Orient.⁽⁹⁴⁾

Dans les contextes de développement, les interventions et les services de réadaptation sont principalement soutenus via des accords-cadres avec les ONG. En contexte d'urgence, la réadaptation est soutenue par le financement de projets spécifiques. En 2018, la Belgique a alloué 1,77 million d'euros aux services médicaux de la coopération internationale, qui englobaient des activités de réadaptation mises en œuvre, entre autres, par HI.⁽⁹⁵⁾

✓ **Alloue une part de financement suffisante à la réadaptation**

En 2017, la Belgique a alloué 7,4 % de son aide à la santé.⁽⁹⁶⁾ Les interventions de la Belgique dans le domaine de la santé sont conçues pour améliorer la qualité et l'accessibilité des services de santé de base dans le but de mettre fin aux inégalités sur le plan de la santé. La part exacte de l'APD dédiée spécifiquement à la réadaptation n'est pas clairement identifiée.

La Belgique est l'un des principaux partenaires gouvernementaux du Programme d'investissement à impact humanitaire (PHII, Programme for Humanitarian Impact Investment) du CICR.⁽⁹⁷⁾ Le PHII est un mécanisme de financement innovant qui mobilise le capital privé pour soutenir le travail du CICR dans le domaine de la réadaptation. Son objectif est d'attirer des investisseurs sociaux qui alloueront des fonds, en avance, pour les activités du CICR. Après cinq ans de PHII, les bailleurs finaux, dont la Belgique, rembourseront les investisseurs entièrement ou partiellement. Dans le cadre de ce système de financement de la réadaptation, les partenaires financiers se sont initialement engagés à hauteur de 23 millions d'euros, dont 8,7 millions pour la Belgique.⁽⁹⁸⁾

✓ Investit dans des solutions technologiques innovantes

Des recherches sur l'utilisation de la technologie d'impression 3D dans le domaine de la réadaptation fonctionnelle sont menées dans le cadre d'un projet financé par la Belgique et mis en œuvre par Humanité & Inclusion. L'objectif est de recueillir des informations fiables et scientifiquement reconnues sur ce mode de production innovant et encore peu connu. Parallèlement, le projet permet d'établir et de tester la télémédecine en vue de l'utiliser comme ressource pour la réadaptation en Afrique de l'Ouest.

✗ Se concentre sur l'inclusion des personnes handicapées et veille à la consultation et à la participation des personnes handicapées, des patients, des professionnels de santé et des OSC

Alors que la Belgique n'a pas intégré le réseau GLAD, elle a été sensible aux besoins de la

communauté de personnes handicapées et a entamé le dialogue avec les ONG intervenant dans le secteur du handicap. Cependant, il y a peu d'éléments qui permettent d'affirmer qu'elle consulte directement les personnes handicapées, les professionnels et les OSC.

✓ Soutient les programmes de réadaptation à base communautaire

Si les informations disponibles ne permettent guère d'affirmer que la Belgique soutient directement la RBC, ce type de programme peut être mis en œuvre par des partenaires, notamment parce que la Belgique a signé un accord-cadre de cinq ans avec HI (2017-2021), pour lequel environ 5,6 millions d'euros sont dédiés aux activités de réadaptation (près de 60 % de la subvention totale).



Allemagne

Ministère fédéral de la Coopération économique et du Développement (BMZ)

✗ Intègre la réadaptation dans sa planification et sa programmation stratégiques

Le BMZ n'a pas de politique spécifique d'intégration de la réadaptation. La « Politique de développement du secteur de la santé » vise à encourager la fourniture de services de santé qui soient « accessibles à tous et englobent la prévention, le traitement et la réadaptation ».

En 2013, le BMZ a publié le « Plan d'action pour l'inclusion des personnes handicapées (2013-2015) », qui s'appuie sur l'engagement pris, suite à la ratification de la CDPH, en faveur d'une coopération axée sur le développement inclusif. Le « Plan d'action » intègre une double approche du handicap mais la réadaptation n'est mentionnée que brièvement dans le document.

L'aide extérieure allemande s'appuie sur le cadre d'action de l'OMS pour le renforcement des systèmes de santé (« WHO Health System Framework ») afin d'intégrer la question de l'inclusion des personnes handicapées dans la planification et la programmation sanitaires, et reconnaît la nécessité d'une approche globale

de l'inclusion des personnes handicapées dans plusieurs domaines du secteur de la santé (prestations de service, financement, information, technologies, gouvernance, ressources humaines, individus).

Le BMZ encourage le développement de la réadaptation à base communautaire, des circuits de référencement pour la réadaptation, et des systèmes d'assurance qui couvrent également la réadaptation (par exemple via l'intégration de la kinésithérapie dans les paquets de soins essentiels),⁽⁹⁹⁾ mais rien ne permet d'affirmer que c'est un prérequis pour l'octroi des subventions.

✓ Alloue une part de financement suffisante à la réadaptation

En 2015, l'Allemagne a alloué 3,1 % de son aide au « secteur de la santé et de la population. »⁽¹⁰⁰⁾ Dans le cadre de sa présidence du G7 et du G20 (en 2015 et 2017 respectivement), l'Allemagne a accordé une grande importance à la santé publique mondiale, organisant la première réunion ministérielle du G20 sur la santé.

D'après les données publiées par le BMZ,⁽¹⁰¹⁾ neuf projets relatifs à la réadaptation sont actuellement en cours de mise en œuvre, avec plus de 42 millions d'euros engagés au total.⁽¹⁰²⁾

✓ Se concentre sur l'inclusion des personnes handicapées et veille à la consultation et à la participation des personnes handicapées, des patients, des professionnels de santé et des OSC

L'Allemagne a ratifié la CDPH en 2009 et le BMZ est membre du comité d'orientation du réseau GLAD.

Le BMZ dirige actuellement un projet mondial (« Anchoring the inclusion of persons with disabilities in international cooperation ») visant

à développer une nouvelle stratégie transversale pour l'inclusion des personnes handicapées dans la coopération au développement. Ce projet est réalisé avec une contribution et une participation importantes d'OPH du monde entier. Après consultation des OSC, il a également été convenu que le « Plan d'action » actuel (qui expire en 2015) devrait continuer à servir de document directeur jusqu'à ce qu'un nouveau plan d'action soit établi.

✓ Soutient les programmes de réadaptation à base communautaire

Les projets de réadaptation financés par le BMZ accordent une grande importance à la réadaptation à base communautaire et aux besoins sanitaires des personnes déplacées.

Luxembourg Ministère des Affaires Étrangères (MAE)

✗ Intègre la réadaptation dans sa planification et sa programmation stratégiques

Le MAE n'a pas de cadre d'action dédié au handicap ou à la réadaptation. La « Stratégie santé »⁽¹⁰³⁾ (2014) qui intègre la réadaptation comme une composante de santé dans l'action humanitaire, est mise en œuvre par des partenaires multilatéraux et des ONG humanitaires et englobe la réadaptation fonctionnelle pour les victimes de conflits, l'accès aux services de réadaptation physique et fonctionnelle et aux technologies d'assistance pour les personnes handicapées, ainsi que la kinésithérapie respiratoire pour les enfants souffrant de malnutrition.

L'essentiel de la coopération bilatérale luxembourgeoise est concentré dans sept pays partenaires privilégiés répartis sur différents continents.

Sept des 54 projets actuellement mis en œuvre par l'agence luxembourgeoise de la coopération au développement (LuxDev) sont axés sur la santé, et totalisent un budget de 59,2 millions d'euros.⁽¹⁰⁴⁾ Le principal objectif étant de renforcer les systèmes de santé dans les pays à faible revenu, ces projets n'investissent pas directement dans les services de réadaptation et ne les soutiennent pas particulièrement. Le MAE n'exige pas que les projets sur la santé et le handicap, qui sont financés ou font l'objet d'un accord, incluent la réadaptation.

✓ Alloue une part de financement suffisante à la réadaptation

L'engagement du Luxembourg en faveur de la santé publique mondiale se reflète également dans le soutien significatif qu'apporte le pays, en qualité de financeur et de promoteur, au Partenariat pour la Couverture Sanitaire Universelle qui vise à encourager le dialogue politique sur la planification stratégique et la gouvernance des systèmes de santé en développant des stratégies de financement de la santé, en soutenant leur mise en œuvre, et en favorisant une coopération au développement efficace dans différents pays pour atteindre la couverture sanitaire universelle.

À travers des accords-cadres, le MAE a soutenu des ONG dans la mise en œuvre de programmes ciblant les populations les plus marginalisées et les plus exclues. Sur la période 2019-2023, sept accords-cadres ont été signés pour un montant total de 36,6 millions d'euros.⁽¹⁰⁵⁾ Dans le cadre de l'actuel accord de cinq ans conclu avec HI (2018-2022), 5,5 millions d'euros sont alloués aux activités de réadaptation (ce qui représente 37 % du budget des activités et 31 % du budget total).

✓ Soutient les programmes de recherche et d'étude pour recueillir des données probantes

Le Luxembourg est favorable au financement de la recherche et des études dans le cadre

d'une programmation plus vaste. Dans l'accord-cadre actuel, par exemple, le MAE a accordé 250 000 euros à Handicap International (HI) Luxembourg pour des activités de recherche.

✘ Se concentre sur l'inclusion des personnes handicapées et veille à la consultation et à la participation des personnes handicapées, des patients, des professionnels de santé et des OSC

Le Luxembourg n'a pas intégré le réseau GLAD. Cependant, le pays s'est montré réactif face aux problèmes de la communauté de personnes handicapées, et favorable au dialogue et à l'appui des ONG intervenant dans le secteur du handicap. La forte référence à la réadaptation dans la section de l'aide humanitaire de la Stratégie santé résulte d'un dialogue et d'interactions constructives entre le gouvernement et les organisations humanitaires, dont HI. En revanche, peu d'informations permettent d'affirmer que les personnes handicapées et les organisations qui les représentent sont consultées.

✔ Investit dans des solutions technologiques innovantes

Le Luxembourg finance des projets visant à fournir des technologies d'assistance. Il a également soutenu la création d'Emergency.lu, une plateforme de télécommunication mobile innovante pour les agences d'aide humanitaire. Cette plateforme développée après le séisme d'Haïti, qui est issue d'un partenariat public-privé, vise à faciliter la coordination des organisations humanitaires après les catastrophes.

✔ Soutient les programmes de réadaptation à base communautaire

Le Luxembourg a soutenu des projets axés sur la RBC dans le cadre de précédents accords-cadres (ex. : Cuba et Égypte). Bien qu'aucun programme spécifique n'a été intégré dans l'actuel accord-cadre, les activités de type RBC sont incluses comme composantes, et le Luxembourg encourage toujours une approche à base communautaire.

Royaume-Uni

Département pour le développement international (DFID)

✘ Intègre la réadaptation dans sa planification et sa programmation stratégiques

Le Royaume-Uni est le deuxième plus grand pays donateur dans le domaine de la santé publique mondiale après les États-Unis. Il alloue 13 % de son APD à ce secteur.⁽¹⁰⁶⁾ Le DFID n'a pas de politique spécifique d'intégration de la réadaptation. En décembre 2018, le DFID a publié sa « Strategy for Disability Inclusive Development 2018-23. » Cette stratégie définit des normes sur l'inclusion des personnes handicapées (notamment la participation systématique des personnes handicapées et l'utilisation de données désagrégées par handicap), auxquelles tous les départements du DFID devront satisfaire, ainsi que quatre domaines prioritaires (éducation inclusive, protection sociale, autonomisation économique et action humanitaire). Ni le secteur de la réadaptation ni l'accès à la santé ne sont inclus dans les domaines prioritaires mais le DFID envisage de mettre davantage l'accent sur la santé mentale et le soutien psychosocial. Cette stratégie comprend un livrable humanitaire consistant à « intégrer une unité spécialisée dans les lésions

de la moelle épinière dans l'Équipe d'intervention médicale du Royaume-Uni. » Cela améliorera encore l'assistance apportée aux personnes handicapées dans les situations post-catastrophes et durant les traitements de suivi.

L'enquête du « Select Committee on International Development » devrait également formuler des recommandations concernant la coopération du DFID avec d'autres départements, notamment dans le domaine du renforcement des systèmes de santé. Ce rapport devrait être publié en juillet 2019.

Le secteur du handicap est le point d'entrée du financement de la réadaptation par le Royaume-Uni, bien que la vision du pays se limite aux technologies d'assistance. L'accès à des technologies d'assistance appropriées est également considéré comme transversal et comme une composante centrale de l'inclusion des personnes handicapées, qui sera systématiquement intégrée dans tous les travaux du DFID. En ce qui concerne les technologies d'assistance, la stratégie reconnaît l'importance cruciale de l'égalité dans l'accès à des soins de

santé de qualité, pour répondre à la fois aux besoins sanitaires liés au handicap aux besoins sanitaires plus généraux. Le DFID apporte son soutien aux gouvernements nationaux pour progresser vers la couverture sanitaire universelle, en veillant à ce que les personnes handicapées soient entendues et incluses dans les mesures de renforcement des systèmes de santé.

✓ **Alloue une part de financement suffisante à la réadaptation**

Le Royaume-Uni engage 0,7 % de son RNB à l'Aide publique au développement (APD). D'après les données mises en ligne par le DFID, 11 projets de réadaptation sont en cours de mise en œuvre (Syrie, Jordanie, Iraq, Nigeria, Ouganda, RDC, Inde et Seychelles). La santé mentale et le soutien psychosocial sont des domaines prioritaires. Le budget total pour ces projets est d'environ 60 millions de livres Sterling.⁽¹⁰⁷⁾

✓ **Soutient les programmes de recherche et d'étude pour recueillir des données probantes**

Le DFID demande à ce que des données désagrégées par handicap soient recueillies dans les programmes qu'il finance, et promeut l'utilisation des questions du Washington Group on Disability Statistics.

✓ **Se concentre sur l'inclusion des personnes handicapées et veille à la consultation et à la participation des personnes handicapées, des patients, des professionnels de santé et des OSC**

Le Royaume-Uni a ratifié la CDPH en 2009 et le DFID est co-président du réseau GLAD. En juillet

2018, le Royaume-Uni a co-dirigé l'organisation du premier Sommet mondial sur le handicap, conjointement avec l'International Disability Alliance et le gouvernement du Kenya.⁽¹⁰⁸⁾

La consultation régulière et périodique des personnes handicapées et des organisations qui les représentent constitue l'une des normes essentielles de la Stratégie sur le handicap.

✓ **Investit dans des solutions technologiques innovantes**

Le Sommet mondial sur le handicap, co-organisé par le Royaume-Uni, a créé une dynamique autour du développement inclusif et a mis particulièrement l'accent sur l'accès aux technologies d'assistance. Le programme « AT 2030: Life Changing Assistive Technology for All » a été annoncé lors du Sommet mondial sur le handicap. AT 2030 est mis en œuvre par un partenariat mondial (composé de l'OMS, de la Clinton Health Access Initiative, de l'UNICEF, d'universités et d'OPH) et est structuré autour de six projets : la plateforme Global Disability Innovation (GDI), des activités visant à influencer le marché, l'innovation des systèmes et les normes en matière de politiques, la mesure des investissements, la participation communautaire et ATScale (qui soutient le développement d'un partenariat mondial sur les technologies d'assistance). 10 millions de livres Sterling ont été alloués par le DFID à la plateforme GDI pour établir les fondements du programme qui vise à atteindre plus de 3 millions de personnes, à rassembler des données probantes sur ce qui fonctionne, à tester de nouvelles approches, et à ouvrir l'accès au marché des technologies d'assistance dans un certain nombre de pays prioritaires.



États-Unis

Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID)

✗ **Intègre la réadaptation dans sa planification et sa programmation stratégiques**

L'USAID n'a pas de cadre d'action spécifique pour la réadaptation. Ses activités sont façonnées par des stratégies et des politiques visant à faire progresser le développement inclusif de la prise en charge du handicap. L'USAID a une politique sur le handicap relativement ancienne (1987) mais

toujours en vigueur, et qui régit à la fois l'emploi à l'USAID et l'inclusion dans tous les programmes de l'USAID. Le fait que les États-Unis aient signé mais non ratifié la CDPH est une question préoccupante.

L'USAID investit dans la réadaptation en soutenant et en dispensant des formations globales pour les candidats, handicapés ou non,

y compris les professionnels de la santé, les agents de santé communautaire et les diplômés. À cette fin, l'USAID a développé des partenariats avec des organismes de formation pour répondre au manque de professionnels formés à la réadaptation dans les pays à revenus faible et intermédiaire.⁽¹⁰⁹⁾

L'USAID investit dans la réadaptation en soutenant le développement et/ou le renforcement des services de réadaptation dans des contextes humanitaires et des situations d'urgence en vue d'atteindre les populations non desservies dans les zones reculées (conformément au Cadre de Sendai).

Alloue une part de financement suffisante à la réadaptation

L'USAID est un acteur majeur de la coopération internationale. C'est de loin le plus grand donateur institutionnel pour la santé publique mondiale. En 2016, il a investi 9,9 milliards de dollars dans le volet santé de l'Aide publique au développement (APD).⁽¹¹⁰⁾ La majorité des fonds alloués à la santé sont dédiés aux programmes de lutte contre le VIH/sida, et moins de 25 % des programmes sanitaires mentionnent l'inclusion des personnes handicapées (par opposition, environ la moitié des projets d'éducation font référence à l'inclusion).⁽¹¹¹⁾ Sur la période 2016-2017, l'USAID a investi 14 millions de dollars dans 16 projets de réadaptation.⁽¹¹²⁾ Les fonds alloués à la réadaptation sont investis via des sources spécifiques (le Leahy War Victims Fund et le Victims of Torture Fund⁽¹¹³⁾), et ne sont pas intégrés dans les flux financiers généraux.

Outre ces flux de financement, l'USAID apporte également un soutien supplémentaire à la réadaptation via des initiatives à long terme visant à faciliter la mise en œuvre de quatre outils de l'OMS (STARS, GRASP, FRAME et ACTOR⁽¹¹⁴⁾). Cela montre indirectement l'engagement de l'USAID en faveur de l'approche, encouragée par l'OMS, de l'évolution vers la couverture sanitaire universelle même si l'USAID n'a pas de stratégie connexe.

Soutient les programmes de recherche et d'étude pour recueillir des données probantes

L'USAID a développé la stratégie « Global Health Research and Development Strategy (2017-2022) »⁽¹¹⁵⁾ qui définit une approche transverse pour atteindre ses objectifs dans le domaine

de la santé et du développement. Par le biais de cette stratégie, l'USAID s'engage à accorder la priorité à la recherche et au développement dans le domaine de la santé, dans l'optique d'atteindre ses objectifs et d'améliorer l'impact des programmes de santé dans le monde.

Se concentre sur l'inclusion des personnes handicapées et veille à la consultation et à la participation des personnes handicapées, des patients, des professionnels de santé et des OSC

Les lignes directrices de l'USAID encouragent l'autonomisation et la participation des personnes handicapées par l'intermédiaire des OPH et d'autres organisations qui les représentent.⁽¹¹⁶⁾ L'USAID recommande de renforcer ces organisations afin qu'elles puissent être à même de réaliser des plaidoyers, de créer et de mettre en œuvre leurs propres programmes de développement, et d'accéder directement aux financements. L'USAID finance également des initiatives qui soutiennent les personnes handicapées et l'auto-représentation.⁽¹¹⁷⁾ L'USAID est membre du comité d'orientation du réseau GLAD. Cependant, peu d'éléments permettent d'affirmer que l'USAID consulte directement les personnes handicapées, les professionnels et les OSC.

Investit dans des solutions technologiques innovantes

En 2018, lors du Sommet mondial sur le handicap, l'USAID s'est engagé, aux côtés d'autres partenaires, à intégrer le partenariat mondial sur les technologies d'aide, et il est devenu l'un des partenaires initiaux d'ATScale.

Soutient les programmes de réadaptation à base communautaire

Les programmes financés par l'USAID sont axés, entre autres, sur l'adaptation des aides techniques, la kinésithérapie et la réadaptation à base communautaire.⁽¹¹⁸⁾ Les investissements de l'USAID intègrent également le plaidoyer et les initiatives de sensibilisation. Certains projets englobent la diffusion d'informations sur les services de réadaptation et sur la disponibilité de l'appareillage prothétique et orthétique.⁽¹¹⁹⁾

Annexe 2 : Références

- (1) OMS et Banque Mondiale « Rapport mondial sur le handicap » 2011.
- (2) Handicap International, « Introduction to Rehabilitation Factsheets » 2015.
- (3) OMS, « The need to scale up rehabilitation » 2017
- (4) Help Age, Humanité & Inclusion, NCDA, « Sustaining Equitable Human Development: Addressing non-communicable diseases and disability throughout the life course » 2013.
- (5) OMS, « Principaux repères : handicap et santé » 2018.
- (6) OMS, « Réadaptation dans les systèmes de santé » 2018.
- (7) Nations Unies, « Convention relative aux droits des personnes handicapées » 2008.
- (8) DFID/GDI Hub, « AT 2030: Life Changing Assistive Technology for All » 2018.
- (9) ATScale, « Strategy Overview » 2019.
- (10) Nations Unies, « Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 » 2015.
- (11) OMS, « WHO joins partners to celebrate International Day of Persons with Disabilities » 2017.
- (12) Stucki G. et Bickenbach J., « Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation » 2017.
- (13) OMS, « Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 » 2015.
- (14) OMS, « Réadaptation 2030, un appel à l'action » 2017.
- (15) OMS, « Support Package for Rehabilitation ».
- (16) OMS, « Résolution sur l'amélioration de l'accès aux technologies d'assistance de l'Assemblée mondiale de la Santé » 2018.
- (17) OMS, « From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals » 2018.
- (18) OMS, « Déclaration d'Alma-Ata » 1978.
- (19) Gupta N., Castillo-Laborde C. et Landry M.D., « Health-related rehabilitation services: assessing the global supply of and need for human resources » 2011.
- (20) DAES, « UN Flagship Report on Disability and Development » 2018.
- (21) Humanité & Inclusion, « Why should rehabilitation be integrated into health systems? » 2015.
- (22) Nations Unies, « Déclaration universelle des droits de l'homme » 1948.
- (23) PNUD, « What does it mean to leave no one behind? » 2018.
- (24) Sumida M., Fujimoto M., Tokuhito A., Tominaga T., Magara A., Uchida R., « Early rehabilitation effect for traumatic spinal cord injury » 2001.
- (25) Chua K.S., Ng Y.S., Yap S.G. et Bok C.W., « A Brief Review of Traumatic Brain Injury Rehabilitation » 2007.
- (26) Lysen Y., « Multiple sclerosis methods of treatment and rehabilitation » 2017.
- (27) Bright T., Wallace S. et Kuper H., « Systematic Review of Access to Rehabilitation for People with Disabilities in Low- and Middle-Income Countries » 2018.
- (28) Abualghaib O., Groce N. Simeu N., Carew M.T. et Mont D., « Making Visible the Invisible: Why Disability-Disaggregated Data is Vital to "Leave No-One Behind" » 2019.
- (29) Groce N.E., « Which one to use? The Washington Group Questions or The Model Disability Survey » 2019.
- (30) Krug E. et Cieza A., « Strengthening health systems to provide rehabilitation services » 2017.
- (31) Jesus T.S. et al., « Human resources for health (and rehabilitation): Six Rehab-Workforce Challenges for the century » 2017.
- (32) Devandas Aguilar C., « Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées (A/73/161) » 2018.
- (33) IDDC, « Health workers, human rights and disability inclusion - Submission to The Social Forum of the Human Rights Council on Human Rights, HIV and other communicable diseases and epidemics » 2017.
- (34) Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, « L'adaptation et la réadaptation des personnes handicapées, au titre de l'article 26 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées » 2019.
- (35) OMS, « Monitoring the building blocks of health systems » 2010.
- (36) Howard-Wilsher S., Irvine L., Fan H., Shakespeare T., Suhrcke M., Horton S., Poland F., Hooper L., Song F., « Systematic overview of economic evaluations of health-related rehabilitation » 2016.

- (37) Wylie K., McAllister L., Davidson B., Marshall J., « Communication rehabilitation in sub-Saharan Africa: The role of speech and language therapists » 2018.
- (38) Hartley S. et Okune J., « CBR Policy Development and Implementation » 2008.
- (39) Jolleya E., Lynchb P., Virendrakumara B., Rowec S. et Schmidt E., « Education and social inclusion of people with disabilities in five countries in West Africa: a literature review » 2018.
- (40) Peat, M., « Community based rehabilitation—development and structure: Part 1, Clinical rehabilitation » 1991.
- (41) OMS, « Guide de réadaptation à base communautaire (RBC) » 2010.
- (42) Defensoria del Pueblo, « Informe Alternativo De La Situación Actual De los Derechos De Las Personas Con Discapacidad En Bolivia » 2016.
- (43) Ministère de la Santé, « Conoce los 39 Centros de Rehabilitación para Personas con Discapacidad » 2018.
- (44) Red Equidad, « Presentación Del Resumen Del Análisis Y Listas De Cuestiones Sobre Los Artículos De La Convención De Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad » 2016.
- (45) République du Rwanda, « Rapport initial du Rwanda sur la mise en œuvre des dispositions de la Convention relative aux droits des personnes handicapées » 2015.
- (46) Rugema L, et al., « A constant struggle to receive mental health care: Health care professionals' acquired experience of barriers to mental health care services in Rwanda » 2015.
- (47) Union nationale des organisations de personnes handicapées au Rwanda, « Rapport alternatif du Rwanda sur la mise en œuvre des dispositions de la Convention relative aux droits des personnes handicapées » 2018.
- (48) Novignon J. et Nonvignon J., « Fiscal space for health in Sub-Saharan African countries: an efficiency approach » 2015.
- (49) IDDC/IDA, « The 2030 Agenda: the Inclusion of persons with disabilities, comprehensive guide ».
- (50) Banks L.M., Kuper H. et Polack S., « Poverty and disability in low- and middle-income countries: A systematic review » 2018.
- (51) Mitra S., Posarac A. et Vick B., « Disability and poverty in developing countries: A multidimensional study » 2013.
- (52) Mont D. et Cuon N.V., « Disability and Poverty in Vietnam » 2017.
- (53) Mitra S. et al, « Extra costs of living with a disability: A review and agenda for research » 2017.
- (54) UNICEF, « La situation des enfants dans le monde 2013 : les enfants handicapés » 2013.
- (55) Sanchez-Paramoana C., Munoz-Boudet A.M., « No, 70% of the world's poor aren't women, but that doesn't mean poverty isn't sexist » Blogs de la Banque mondiale, 2018.
- (56) Tahmineh M., « The Role of Community-Based Rehabilitation in Poverty Reduction » 2015.
- (57) Bright T. et Kuper H., « A Systematic Review of Access to General Healthcare Services for People with Disabilities in Low and Middle Income Countries » 2018.
- (58) The Lancet, « Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 » 2017.
- (59) Majed E. Al Thomali, Muhamad Hanafiah Juni, Rosliza AM, Hayati KS, Abdelsafi Abbas Mohammed Gabbad, « A Systematic Review on Intervention Programs to Improve Activity of Daily Living Status and Health Related Quality of Life » 2017.
- (60) Peiris C.L., Shields N., Brusco N.K., Watts J.J., Taylor N.F., « Additional Physical Therapy Services Reduce Length of Stay and Improve Health Outcomes in People With Acute and Subacute Conditions: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis » 2018.
- (61) Masulani-Mwale C., et al, « Prevalence of psychological distress among parents of children with intellectual disabilities in Malawi » 2018.
- (62) Foglio K., Bianchi L., Bruletti G., Battista L., Paganini M. et Ambrosino N, « Long-term effectiveness of pulmonary rehabilitation in patients with chronic airway obstruction » 1999.
- (63) Yohannes A.M., Doherty P., Bundy C. et Yalfani A., « The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life » 2010.
- (64) OMS, « Rehab 2030: Raising awareness of the need for rehabilitation » 2017.
- (65) UNICEF, « Global Initiative on Out-of-school children » 2015.
- (66) Chen C.C., Heinemann A.W., Bode R.K., Granger C.V. et Mallinson T., « Impact of paediatric rehabilitation services on children's functional outcomes » 2004.
- (67) Leonard Cheshire Disability, « Still left behind: Pathways to inclusive education for girls with disabilities » 2017.
- (68) Groce, N., Kett, M., « Youth with Disabilities: Working Paper 23 » 2014.

- (69) Wiklund M., Fjellman-Wiklund A., Stålnacke B.M., Hammarström A., Lehti A., « Access to rehabilitation: patient perceptions of inequalities in access to specialty pain rehabilitation from a gender and intersectional perspective » 2016.
- (70) Organisation Internationale du Travail, « The Employment Situation of People with Disabilities: towards improved statistical information » 2007.
- (71) Hou W.H., Chi C.C., Lo H.L., Kuo K.N., Chuang H.Y., « Vocational rehabilitation for enhancing return-to-work in workers with traumatic upper limb injuries » 2013.
- (72) Rubalcava L., Teruel G., Duncan T., « Investments, Time Preferences, and Public Transfers Paid to Women » 2009.
- (73) Groce N. et al, « Bridging the Gap: Examining disability and development in four African countries » 2015.
- (74) Cayetano R.D.A. et Elkins J., « Community-Based Rehabilitation Services in Low and Middle-Income Countries in the Asia-Pacific Region: Successes and Challenges in the Implementation of the CBR Matrix » 2016.
- (75) DAES, « World Urbanization Prospects: The 2014 Revision Highlights » 2014.
- (76) Nations Unies, « Nouveau programme pour les villes » 2016.
- (77) Stakeholder Group of Persons with Disabilities, « High Level Political Forum Ensuring that no one is left behind: Position paper by Persons with Disabilities » 2016.
- (78) Twigg J., Kett M. et Lovell E., « Disability inclusion and disaster risk reduction Overcoming barriers to progress » 2018.
- (79) Centre d'information du Japanese Society for Rehabilitation of Persons with Disabilities (JSRPD).
- (80) Bureau des Nations unies pour la réduction des risques de catastrophes (UNISDR), « Une enquête mondiale des Nations Unies explique pourquoi tant de personnes vivant avec un handicap meurent lors de catastrophes » 2013.
- (81) Lord A., Sijapati B., Baniya J., Chand O., Ghale T., « Disaster, Disability, & Difference: a Study of the Challenges Faced by Persons with Disabilities in Post-Earthquake Nepal » PNUD, 2016.
- (82) Stough L.M., Kang D., « The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction and Persons with Disabilities » 2015.
- (83) Raja D. et Narasimhan N., « Inclusive disaster and emergency management for persons with disabilities: A review of needs, challenges, effective policies and practices » 2013.
- (84) Twigg J., « Attitude before method: disability in vulnerability and capacity assessment » 2014.
- (85) CBM International, « Technical brief for the post-2015 consultation process » 2012.
- (86) Baker S., Reeve M., Marella M., Roubin D., Caleb N. et Brown T., « Experiences of people with disabilities during and after Tropical Cyclone Pam and recommendations for humanitarian leaders » 2018.
- (87) CESAP de l'ONU, « Incheon Strategy to "Make the Right Real" for Persons with Disabilities in Asia and the Pacific » 2012.
- (88) OMS, « Access to rehabilitation in primary health care: an ongoing challenge » 2018.
- (89) CBR Africa Network, « Linking CBR, disability and rehabilitation » 2013.
- (90) <https://dfat.gov.au/about-us/publications/Documents/development-cooperation-fact-sheet-disability.pdf>
- (91) <https://dfat.gov.au/aid/who-we-work-with/ngos/ancp/Pages/projects.aspx>
- (92) Le réseau GLAD est un organe de coordination composé d'agences et de donateurs bilatéraux et multilatéraux, d'organisations du secteur privé et de fondations, qui œuvre à l'amélioration de l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire et l'action internationale au développement, en collaboration avec les organisations de personnes handicapées (OPH) et les gouvernements partenaires.
- (93) https://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/loi_cooperation_au_developpement_19_mars_2013.pdf
- (94) https://diplomatie.belgium.be/fr/politique/cooperation_au_developpement/pays_regions
- (95) <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoi-YWY4NTI1ZTQ0NDg5Yy00OQWM2LTk1MzEtNjFmOWE0ZDRkYTg2liwidCI6IjYwNDFiZmQ1LTg2MmltNGVjZi1hNzc2LTNjY2RmODc1YzdhOSIsImMiO-jh9>
- (96) <http://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-data/TAB19e.xls>
- (97) <https://www.shareweb.ch/site/EI/Documents/Projects/7F-09875.01/HIB-FAQ-ICRC-022018.pdf>
- (98) <https://www.decroo.belgium.be/en/icrc-and-belgium-pioneer-first-humanitarian-impact-bond>
- (99) GiZ, « Including Persons with Disabilities in Health Projects and Programmes » 2019.
- (100) <https://donortracker.org/country/germany>
- (101) <https://www.bmz.de/en/ministry/InDetail/transparency-for-greater-effectiveness/publication-in-accordance-with-the-IATI-standard/index.html>
- (102) Ce chiffre correspond à l'engagement financier total couvrant les neuf projets et pourrait inclure des coûts dédiés à d'autres services que la réadaptation.

(103) <https://cooperation.gouvernement.lu/dam-assets/publications/brochures-livres/strategies-et-orientation/strategie-sante/sante-2014.pdf>

(104) <https://luxdev.lu/fr/activities/projects>

(105) https://gouvernement.lu/fr/actualites/toutes_actualites/communiqués/2019/01-janvier/30-lenert-accords-cadres.html

(106) <https://donortracker.org/UK/globalhealth>

(107) Les données n'étaient pas disponibles pour tous les projets.

(108) Le sommet a eu pour effet la signature de la « Charter 4 Change » par 320 organisations et gouvernements, charte dont le but est d'accélérer la mise en œuvre de la CDPH.

(109) USAID et ISPO « Rehabilitation of people with physical disabilities in developing countries » (2016)

(110) <https://donortracker.org/united-states/globalhealth>

(111) <https://www.perkins.org/sites/default/files/perkins-school-usaid-study-white-paper.pdf>

(112) <https://explorer.usaid.gov/aid-dashboard.html>

(113) https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/2496/ei%20division%20brief%202_2016.pdf

(114) Standard Assessment of Rehabilitation Systems (STARS) Guidance for Rehabilitation Strategic Planning (GRASP) Framework for Rehabilitation Monitoring and Evaluation (FRAME) Action on Rehabilitation (ACTOR)

(115) https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/USAIDGlobalHealthRDStrategy_2017-2022.pdf

(116) <https://www.usaid.gov/what-we-do/democracy-human-rights-and-governance/protecting-human-rights/disability>

(117) USAID et Handicap International, Advancing Medical Care and Rehabilitation Education (2018) USAID and VNAH, Disability Rights Enforcement, Coordination and Therapies (2018)

(118) USAID, « Fiche d'information – Projet de renforcement de la réadaptation dans les districts environnants (STRIDE) »

(119) USAID et ISPO, Rehabilitation of people with physical disabilities in developing countries (2016). Maureen Romanow Pascal, Monika Mann, Kim Dunleavy, Julia Chevan, Liliane Kirenga et Assuman Nuhu, Leadership Development of Rehabilitation Professionals in a Low-Resource Country: A Transformational Leadership, Project-Based Model, *Frontiers in Public Health* (2017).

(i) Ce droit est entériné à l'article 19 de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées.

(ii) D'après les principes de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIH), entérinés officiellement par les 191 États membres de l'OMS le 22 mai 2001 lors de la cinquante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé.

(iii) Ce sommet qui s'est tenu à Londres en juillet 2018 a été co-organisé conjointement par le gouvernement du Royaume-Uni, l'International Disability Alliance et le gouvernement du Kenya. <https://www.gov.uk/government/topical-events/global-disability-summit-2018>

(iv) Déclaration de Mme Catalina Devandas-Aguilar, Rapporteuse spéciale de l'ONU sur les droits des personnes handicapées, durant le débat annuel interactif sur les droits des personnes handicapées, à propos de l'article 26 de la CDPH portant sur l'adaptation et la réadaptation (Genève, mars 2019) [NDTR : traduction libre].

(v) <http://www.washingtongroup-disability.com/>

(vi) Grille d'évaluation du handicap de l'OMS (WHODAS 2.0) <https://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>

(vii) <https://www.who.int/disabilities/data/mds/en/>

(viii) Pour une discussion approfondie sur les différences entre les questions du Washington Group et l'enquête modèle sur le handicap, voir Groce, N. (2019) « Which one to use? The Washington Group Questions or The Model Disability Survey. »

(ix) Ces informations sont étayées par l'iFAR (Improving Financial Access to Rehabilitation Services), une étude réalisée en 2016 en Bolivie par HI, portant sur l'amélioration de l'accès financier aux services de réadaptation. L'étude iFAR est une analyse situationnelle du système économique pour la réadaptation physique et fonctionnelle dans les pays en développement.

(x) Créé en 2011, le CNPH est une institution publique composée de personnes handicapées et de responsables du secteur public, dont les responsabilités englobent la mobilisation et la représentation des personnes handicapées, la sensibilisation, le plaidoyer et le contrôle du respect des lois relatives aux personnes handicapées.

(xi) Le documentaire « La RBC pour le Développement Inclusif » produit par Enablement, montre les réalités de la RBC au Népal. http://enablement.nl/index.php/121/Capacity_development.html

(xii) Dont le « Dispositif d'appui pour la réadaptation » (2018), les « Normes en matière de prothèses et d'orthèses » (2017), les « Normes techniques minimales et recommandations pour la réadaptation » destinées aux équipes médicales d'urgence (2016), et le « Guide de réadaptation à base communautaire » (2010).

Publié par HI

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

Blog : <http://blog.hi.org>



© Erwan Rogard/Hi

Cette étude a bénéficié du soutien financier du ministère des Affaires étrangères du Luxembourg pour sa mise en œuvre.



Publié pour la première fois en 2019, © Handicap International.

Handicap International est enregistré en France sous les références suivantes : N° SIRET: 519 655 997 00038 - Code APE: 9499Z. La présente publication est protégée par le droit d'auteur, mais peut être reproduite par n'importe quelle méthode, gratuitement et sans autorisation préalable, à des fins pédagogiques mais pas pour la revente. La reproduction dans toutes autres circonstances nécessite l'autorisation préalable par écrit de l'éditeur, et pourra donner lieu au versement de droits d'auteur.

Maquette : <http://www.atelier-volant.fr>