



REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE LA SANTE



DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

**POLITIQUE ET STRATEGIES DE
DEVELOPPEMENT DE LA READAPTATION
MEDICALE AU BENIN (2016-2025)**

Réalisé avec l'appui technique et financier de :



SOMMAIRE

| | |
|---|-----|
| Préface | iv |
| Remerciements..... | v |
| Listes des sigles et acronymes | vi |
| Résumé..... | vii |
| INTRODUCTION | 1 |
| 1. CONTEXTE | 3 |
| 1.1. Caractéristiques du Bénin | 4 |
| 1.2. Profil sanitaire..... | 5 |
| 1.3. Historique de la Réadaptation Médicale au Bénin..... | 7 |
| 1.4. Domaines d'intervention de la réadaptation médicale | 9 |
| 2. PROBLEMATIQUE DE LA READAPTATION MEDICALE AU BENIN | 12 |
| 2.1. Définition des concepts..... | 13 |
| 2.2. Situation de la Réadaptation Médicale dans le monde..... | 15 |
| 2.3. Situation de la Réadaptation Médicale en Afrique | 16 |
| 2.4. Situation de la Réadaptation Médicale au Bénin | 16 |
| 2.5. Diagnostic | 20 |
| 3. STRATEGIQUES DE DEVELOPPEMENT DE LA READAPTATION MEDICALE AU BENIN | 22 |
| 3.1. Fondements de la politique | 23 |
| 3.2. Schéma de la politique de développement de la réadaptation médicale au Bénin | 24 |
| 3.3. Vision..... | 25 |
| 3.4. Objectifs et axes stratégiques | 25 |
| 4. MISE EN ŒUVRE ET SUIVI EVALUATION DE LA POLITIQUE | 28 |
| 4.1. Opérationnalisation de la politique de développement de la réadaptation médicale | 29 |
| 4.2. Les organes de coordination et de suivi de la politique | 29 |
| 4.3. Critères d'éligibilité des membres du comité de pilotage | 31 |
| CONCLUSION..... | 32 |
| ANNEXES..... | 33 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|--------------------|---|
| Tableau N°1 | Ressources humaines de la RM en activité en 2015 |
| Tableau N°2 | Statut des ressources humaines de la réadaptation médicale des formations sanitaires publiques et confessionnelles du Bénin en 2015 |
| Tableau N°3 | Point des Professionnels de la RM au Bénin en 2015 |
| Tableau N°4 | Les hôpitaux publics de référence ne disposant pas d'un service RM |
| Tableau N°5 | Analyse FFOM |
| Tableau N°6 | Identification des problèmes prioritaires |
| Tableau N°7 | Indicateurs de suivi de la politique de développement de la réadaptation médicale |
| Tableau N°8 | Répartition des ressources humaines et infrastructures de la réadaptation médicale du Bénin par structure de soins |

Préface

Le document de « **Politique et Stratégies de Développement de la Réadaptation Médicale au Bénin 2016-2025** » vise l'amélioration de l'offre et de l'accessibilité des soins de réadaptation médicale de qualité aux populations de toutes catégories.

Démarrée au Bénin aux lendemains des indépendances nationales, la Réadaptation Médicale (RM) ne s'est jusqu'ici pas véritablement enracinée dans notre système sanitaire alors que les besoins des populations en matière de soins de réadaptation médicale ne cessent de s'accroître. En effet, seule la kinésithérapie s'est développée ces dernières années avec une inégale répartition des services de soins de rééducation fonctionnelle sur l'étendue du territoire national. Les autres professions de la réadaptation médicale que sont l'orthoprothésie, l'orthophonie et la médecine physique sont encore à une étape embryonnaire.

En accord avec sa vision de répondre à l'ensemble des besoins en santé du peuple béninois, le Ministère de la Santé s'est résolument engagé à faire du sous-secteur de la réadaptation médicale, une priorité. A travers l'élaboration de ce document, il entend poser les bases du développement et de la promotion de ce sous-secteur.

Le Ministère de la Santé voudrait garantir l'offre des soins de réadaptation médicale de qualité à toutes les couches de la population du Bénin. Pour ce faire, les efforts conjugués de toutes les parties prenantes que sont les pouvoirs publics, les professionnels de la réadaptation médicale, les partenaires techniques et financiers, les acteurs de la coopération non gouvernementale et les autres acteurs de la santé sont attendus.



Le Ministre de la Santé,


Docteur Pascal DOSSOU TOGBE

Remerciements

L'élaboration de la Politique et Stratégies de Développement de la Réadaptation Médicale est le résultat de l'engagement de différents acteurs et institutions. A ce titre, le Ministre de la Santé adresse ses sincères remerciements aux partenaires ci-après :

- Association pour la promotion de l'Education et de la Formation à l'Etranger (APEFE) ;
- Handicap International (HI) ;
- Fonds Spécial du Comité International de la Croix rouge en faveur des Handicapés (FSH-CICR) ;
- tous les Acteurs de la Coopération Non Gouvernementale (ANCG) qui œuvrent au développement de la réadaptation.

Le Ministre de la Santé renouvelle aussi sa gratitude aux différents acteurs nationaux que sont :

- Associations des personnes handicapées ;
- Associations des professionnels de la réadaptation médicale ;
- Enseignants de l'Ecole Supérieure de Kinésithérapie (ESK) ;
- Comité de rédaction de cette politique ;
- Tous les acteurs ayant contribué à la validation de ce document de politique.

Listes des sigles et acronymes

| | |
|----------------------------|--|
| ABEKIR | : Association Béninoise des Kinésithérapeutes-Rééducateurs |
| ABEPO | : Association Béninoise des Professionnels de l'Orthophonie |
| APEFE | : Association pour la Promotion de l'Education et de la Formation à l'Etranger |
| ANCG | : Acteurs de la Coopération Non Gouvernementale |
| AOPB | : Association des Orthoprothésistes et Professionnels de l'appareillage orthopédique du Bénin |
| AVC | : Accident Vasculaire Cérébral |
| CDTUB | : Centre de Dépistage et de Traitement de l'Ulçère de Buruli |
| CHD | : Centre Hospitalier Départemental |
| CHU-MEL | : Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune |
| CNHU-HKM | : Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA |
| CS | : Centre de Santé |
| DNHES | : Direction Nationale des Hôpitaux et Etablissements de Soins |
| DNSP | : Direction Nationale de la Santé Publique |
| DRIPH | : Direction de la Réadaptation et de l'Intégration des Personnes handicapées |
| DRM | : Division de la Réadaptation Médicale |
| ESK | : Ecole Supérieure de Kinésithérapie |
| FSH-CICR | : Fonds Spécial du Comité International de la Croix rouge en faveur des Handicapés |
| FSS | : Faculté des Sciences de la Santé |
| HI | : Handicap International |
| PNCEFFS | : Programme National de Construction, d'Equipeement et de Fonctionnalité des Formations Sanitaires |
| MPR | : Médecine Physique et Réadaptation |
| hbts/km² | : habitants par kilomètre carré |
| HIA | : Hôpital d'Instruction des Armées |
| IEC/CCC | : Information Education Communication/Communication pour un Changement de Comportement |
| IMOC | : Informité Motrice d'Origine Cérébrale |
| LMD | : Licence-Master-Doctorat |
| MNT | : Maladies Non Transmissibles |
| MFASSNHPT | : Ministère de la Famille, de l'Action Sociale, de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des Personnes de Troisième Age |
| A | |
| MS | : Ministère de la Santé |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | : Organisation Non Gouvernementale |
| ORL | : Oto-Rhino-Laryngologie |
| PADKB | : Projet d'Appui au Développement de la Kinésithérapie au Bénin |
| PH | : Personne Handicapée |
| PNDS | : Plan National de Développement Sanitaire |
| PSDRM | : Politique et Stratégies de Développement de la Réadaptation Médicale |
| PTF | : Partenaire Technique et Financier |
| RAMU | : Régime de l'Assurance Maladie Universelle |
| RBC | : Réadaptation à base Communautaire |
| RH | : Ressources Humaines |
| RM | : Réadaptation Médicale |
| UAC | : Université d'Abomey Calavi |
| UCL | : Université Catholique de Louvain |
| UG-RBC | : Unité de Gestion de la stratégie de Réadaptation à Base Communautaire |
| ZS | : Zone Sanitaire |

Résumé

Le document de Politique et Stratégies de Développement de la Réadaptation Médicale s'inscrit dans la vision du Ministère de la Santé et vise l'offre et l'accessibilité des soins de réadaptation médicale de qualité aux populations de toutes catégories.

La Vision véhiculée à travers cette politique est qu'**à l'horizon 2025, le Bénin promet, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, la disponibilité permanente de soins de Réadaptation Médicale de qualité accessibles aux populations de toutes catégories, dispensés par des professionnels qualifiés.**

Cette politique vise globalement l'amélioration de l'accessibilité des populations aux soins de réadaptation médicale adaptés à leurs besoins. De façon spécifique, elle envisage de :

- (i) rendre disponible l'offre de soins de réadaptation médicale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- (ii) promouvoir la connaissance, le dépistage et le recours aux soins de réadaptation médicale ;
- (iii) renforcer l'institutionnalisation de la réadaptation médicale et les capacités de ses acteurs.

Les axes stratégiques, au nombre de six (06), autour desquels s'articule cette politique sont :

- a. L'amélioration de la couverture géographique des soins de réadaptation médicale conformément aux normes en vigueur ;
- b. Le développement des équipes multidisciplinaires incluant les professionnels de la réadaptation médicale au niveau de tous les départements du Bénin et le renforcement de la collaboration interdisciplinaire ;
- c. L'accroissement des activités d'IEC/CCC à l'endroit des pouvoirs publics, des populations et du personnel de santé sur la réadaptation médicale ;
- d. L'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de réadaptation médicale aux populations les plus vulnérables ;
- e. La création d'un cadre institutionnel, juridique et informationnel favorable à la valorisation des RH et au développement des professions de la RM ;
- f. La promotion de la recherche dans le domaine de la réadaptation médicale.

Le document de politique et stratégies de développement de la RM préconise d'accroître la construction de structures de soins de RM à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du Bénin, aussi bien au sein des hôpitaux de référence nationale, qu'au niveau intermédiaire dans les centres hospitaliers départementaux et centres hospitaliers et universitaires, et au niveau périphérique, au sein des trente-quatre (34) hôpitaux de zone que compte le pays. La mise à disposition des équipes multidisciplinaires de professionnels de la RM et l'instauration de mesures d'accompagnement des populations pauvres et indigentes contribueront à rendre effectif l'offre et la disponibilité permanente des soins de RM aux populations de toutes catégories.

INTRODUCTION

En cours au Bénin depuis les années 1960-1970, la réadaptation médicale est un domaine spécialisé de soins de santé au service des populations. Cette branche de la santé intervient en amont de la maladie pour s'en prémunir et prévenir la survenue du handicap mais aussi, et bien souvent, en aval pour soigner les incapacités fonctionnelles partielles ou totales, transitoires ou permanentes qui résultent de pathologies. C'est pour la récupération des fonctions perdues qu'elle est plus particulièrement connue des populations.

La réadaptation médicale est un domaine spécialisé de soins de santé qui regroupe plusieurs professions dont une médicale : la Médecine Physique et Réadaptation (MPR). A ce jour, le Bénin dispose comme professions de la RM en dehors de la MPR, de la kinésithérapie, de l'orthoprothésie et de l'orthophonie. A ces quatre professions pourrait s'ajouter l'Ergothérapie dont les modules de formation sont en cours d'élaboration. Bien qu'ayant évolué isolément, celles-ci ont contribué à l'amélioration de l'offre de soins de santé, mais en l'absence d'une politique de coordination.

Si l'on peut se réjouir des progrès réalisés ces dernières années dans la promotion de certaines de ces professions qui se trouvent aujourd'hui mieux connues des populations, il reste cependant de nombreux défis à relever pour assurer une bonne couverture géographique et améliorer ainsi l'équité en terme d'accès des populations aux prestations de soins de santé dans le domaine de la RM.

Au regard du chemin parcouru, des besoins en soins de réadaptation médicale exprimés par les populations ainsi que de l'effectif sans cesse croissant des professionnels formés, les différents acteurs se sont engagés dans une réflexion devant conduire à l'élaboration d'une politique nationale de développement de la RM. Cette politique devra servir à encadrer la mise en œuvre des actions futures.

Le document de politique et stratégies de développement de la RM s'arrime avec la Politique Nationale Sanitaire à travers laquelle le Bénin ambitionne de « *disposer en 2025 d'un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'offre et la disponibilité permanente de soins de qualité, équitables et accessibles aux populations de toutes catégories, fondées sur les valeurs de solidarité et de partage du risque pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois* ».

Si le Bénin ambitionne de répondre aux besoins de soins de santé des populations de toutes catégories, le Ministère de la Santé quant à lui se doit de rendre disponible l'offre de soins

correspondant aux besoins des populations. Dans le sous-secteur de la RM, il se doit de faciliter l'accessibilité géographique et financière aux populations pauvres et indigentes qui constituent, dans une large mesure, les premiers clients des professionnels de la réadaptation médicale. En effet, il a été prouvé que la pauvreté, la vulnérabilité à la maladie et le handicap sont intimement liés¹ et peuvent entraîner la limitation de la participation à la vie active.

Le présent document définit la vision du Bénin, les priorités et axes stratégiques du pays pour les dix prochaines années sous l'angle de la RM. Il a pour ambition de procéder à un développement harmonieux de l'ensemble de ces professions et de rendre effectif la multidisciplinarité et ceci en partenariat avec les parties prenantes.

Les conditions requises et les mesures d'accompagnement pour la réussite de la nouvelle politique ainsi que le modèle de collaboration souhaité y sont définis.

¹ AXELSSON Charlotte, «Document d'orientation pour une politique de développement local inclusif», *Handicap International*, 2008

1. CONTEXTE

1.1. Caractéristiques du Bénin

1.1.1. Caractéristiques géographique et administrative²

La République du Bénin est un pays de l'Afrique de l'Ouest limité au Nord par le Niger sur 120 km, au Nord-Ouest par le Burkina Faso sur 270 km, à l'Ouest par le Togo sur 620 km, à l'Est par le Nigéria sur 750 km et au Sud par l'Océan Atlantique sur 125 km. Il couvre une superficie de 114.763 km² et s'étend sur une longueur de 700km. Sa largeur varie de 125 km (le long de la côte) à 325 km (latitude de Tanguiéta) et présente de vastes étendues sous peuplées au nord (Alibori 20 hbts/km², Atacora 27 hbts/km²) et des zones méridionales surpeuplées (Ouémé 570 hbts/km², Littoral 8419 hbts/km²).

La capitale administrative est Porto-Novo et Cotonou en est la capitale politique et économique. Le Bénin est découpé en douze départements que sont le Borgou et l'Alibori, l'Atacora et la Donga, l'Atlantique et le Littoral, le Mono et le Couffo, l'Ouémé et le Plateau, le Zou et les Collines. Les départements sont à leur tour subdivisés en communes et les communes en arrondissements. Au nombre de 77 dont 3 à statut particulier (Porto-Novo, Cotonou et Parakou), les communes disposent d'une autonomie administrative et financière.

1.1.2. Caractéristiques socio-économiques

En termes de développement humain, le Bénin figure parmi les pays les moins développés. Il est classé 166^{ème} sur 187 sur l'Indice de Développement Humain (IDH) publié en 2014³. Le PIB par habitant en 2012 était de 1.428 USD en parité de pouvoir d'achat. La proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est estimée à 35,2 pour cent. La pauvreté est plus marquée en milieu rural (38,4%) qu'en milieu urbain (29,8)⁴.

La population béninoise est composée d'une soixantaine d'ethnies réparties sur des aires géographiques bien déterminées et regroupées en une dizaine de grands groupes.

Les Fon (39 %), les Adja (15 %), les Yoruba (12 %) et les Batombu ou Bariba (9%) constituent les groupes les plus importants⁵.

A côté des langues nationales, il y a le français qui a statut de langue officielle.

² PNDS 2009-2018

³ PNUD 2014 : classement mondial de l'indice de développement humain par les Nations Unies

⁴ Enquête Modulaire et Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages (EMICOV) 2011, INSAE.

⁵ EDS 2011-2012

1.1.3. Caractéristiques démographiques

En 2013, le quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat a permis de dénombrier 10.008.749 habitants résidents, dont 5.120.929 personnes de sexe féminin soit 51,2% de la population totale. Le taux de croissance démographique est estimé à 3,25%. Le Bénin a une population jeune ; plus de la moitié de ses habitants a moins de 18 ans⁶.

En effet, 46,8% de la population a moins de 15 ans. Les femmes en âge de procréer représentent 23,7% de la population générale et les enfants de moins de 5ans, 18,14%. L'urbanisation progresse à un rythme accéléré. La population urbaine qui était de 39% en 2002 (soit 3.893.715 hbts) a atteint 49,8% en 2012 (soit 4.971.975 hbts) et pourrait atteindre 50% (soit 5.150.000 hbts) en 2015.

1.2. Profil sanitaire

1.2.1. Pyramide sanitaire du Bénin

De manière générale, le système national de santé est calqué sur le découpage administratif territorial. Il a une structure pyramidale à trois (03) niveaux : (i) niveau central ou national, (ii) niveau intermédiaire ou départemental, (iii) niveau périphérique ou opérationnel.

Le niveau central (national) a pour mission de : (i) concevoir la politique et les stratégies en fixant les priorités nationales ; (ii) définir les normes et standards applicables ; (iii) mobiliser les ressources et (iv) coordonner leur utilisation à l'exécution des activités.

Le niveau intermédiaire (départemental) est chargé de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le ministère, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé en périphérie. Il est aussi chargé d'assurer la surveillance épidémiologique dans les départements. Le CHD constitue le centre de référence pour les cas référés par les hôpitaux de zone ou par les centres de santé.

Le niveau périphérique (zone sanitaire) est le niveau opérationnel où s'exécutent les activités. C'est le niveau prioritairement touché par la réforme en cours dans le secteur santé depuis 1998, suite à l'option de 1995 de réorganiser la base de la pyramide sanitaire en Zones Sanitaires. En effet, la Zone Sanitaire (ZS) représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé couvrant une population de 100.000 à 200.000 habitants. Il

⁶ INSAE, Résultats définitifs du RGPH4, 2015

existe à ce jour 34 ZS au Bénin. La ZS s'étend sur une ou plusieurs communes selon le cas et est organisée sous la forme d'un réseau de services de santé de premiers contacts appuyés d'un hôpital de référence public ou privé dénommé Hôpital de Zone sous la coordination du bureau de zone.

En plus des structures publiques, il faut noter que le Bénin compte un nombre important de structures privées, d'acteurs de la médecine traditionnelle et de relais communautaires.

1.2.2. Personnel de santé

Selon l'annuaire statistique 2013 du Ministère de la Santé, le Bénin comptait en 2013 : 1,7 médecin (toutes catégories confondues) pour 10.000 habitants, 2,7 infirmiers (toutes catégories confondues) pour 5.000 habitants et 3 sages-femmes pour 5.000 femmes en âge de procréer. Cependant, on note dans le pays une répartition géographique inégale et inéquitable du personnel qui se trouve concentré dans les grandes villes au détriment des localités villageoises, éloignées ou enclavées et où les problèmes de santé se posent avec beaucoup plus d'acuité.

Même s'il n'existe pas de normes internationales sur la couverture nationale des pays en professionnels de la réadaptation, il convient de remarquer que le Bénin compte 157 professionnels de la réadaptation toutes catégories confondues soit environ 1,6 professionnel de la RM pour 100 000 habitants. Moins de la moitié de ces professionnels travaille dans le système sanitaire formel du pays soit 0,75 professionnel de la RM pour 100.000 habitants. Quant à la répartition géographique, le clivage entre milieu urbain et milieu rural d'une part ainsi qu'entre partie méridionale et partie septentrionale d'autre part est très accentué. En effet, plus de 80% des professionnels de la réadaptation travaillent dans le sud du pays et dans les grandes villes.

1.2.3. Etat de morbidité et de mortalité au Bénin

Au cours des deux dernières décennies, la situation sanitaire au Bénin s'est améliorée avec l'évolution favorable de plusieurs indicateurs épidémiologiques, mais des efforts restent encore nécessaires pour atteindre la plupart des objectifs fixés.

En effet, entre 2009 et 2014, l'espérance de vie à la naissance au Bénin est passée de 61,4 ans à 63 ans et le taux brut de mortalité pour 1 000 habitants de 9,2‰ est passé à 8‰ au cours de

la même période. Ce taux est de 312 pour 1000 pour les hommes et 291 pour 1000 chez les femmes⁷.

En ce qui concerne le taux de mortalité infantile, il est passé de 60,6‰ en 2009 à 54,8‰ naissances vivantes en 2014⁸. Quant au taux de mortalité infanto-juvénile, il est passé de 92,9‰ en 2009 à 87,7‰ naissances vivantes en 2014. Le ratio de mortalité maternelle, estimé à 397 pour 100 000 naissances vivantes en 2006 est passé à 154,6 pour 100 000 naissances vivantes en 2014.

Parmi les affections rencontrées en consultation en 2014, le paludisme vient en tête avec un taux de 40,6% suivi des Infections respiratoires aiguës 12,9%. Les traumatismes viennent en 4^{ème} position et représentent 4,6%. Dans certaines parties du pays, en l'occurrence les parties méridionales, le taux des traumatismes rencontrés en consultation peut être encore plus important allant jusqu'à 7%⁹ dans les départements de l'Ouémé-Plateau en 2013 par exemple. Au regard de ce qui précède, il ressort que de nombreux progrès ont été accomplis en matière d'amélioration de l'état de santé de la population. L'état général de santé de la population béninoise au plan de la mortalité et morbidité ainsi que de l'espérance de vie s'est amélioré.

1.3. Historique de la réadaptation médicale au Bénin

La réadaptation médicale est, au Bénin, un jeune domaine de soins de santé spécialisés. Son historique remonte aux lendemains des indépendances nationales (1960-1970) avec la création des premières unités de rééducation fonctionnelle et centres d'appareillage orthopédique au CNHU-HKM de Cotonou, au CHD Ouémé-Plateau et au CHD Borgou-Alibori. Ces centres sont restés à l'étape embryonnaire durant plusieurs décennies.

Au carrefour des différentes spécialités des soins de santé, la RM prévient et limite toutes déficiences éventuelles, évalue les capacités fonctionnelles, supplée les limitations, améliore l'autonomie et la qualité de vie, dans une démarche globale et pluridisciplinaires¹⁰. Elle intervient donc en amont pour prévenir la maladie et le handicap et en aval pour soigner la personne atteinte d'incapacité fonctionnelle partielle ou totale, transitoire ou permanente.

L'évolution de la réadaptation médicale au Bénin peut être séquencée en quatre phases :

⁷ INSAE, projection 2014 : EDS 2011

⁸ SGSI/DPP/MS, 2014

⁹ Annuaire des statistiques sanitaires 2013 des départements de l'Ouémé-Plateau

¹⁰ Plan d'action pour le développement de la Kinésithérapie au Bénin 2009-2011

i. Période allant de 1960 à 1990 :

Elle correspond à la période d'installation des toutes premières unités de rééducation fonctionnelle et des premiers centres d'appareillage orthopédique rudimentaires dans quelques rares hôpitaux publics du pays et animés par du personnel dont certains sont peu qualifiés.

ii. Période allant de 1991 à 2000 :

C'est la période de l'effectivité de l'accord de partenariat entre l'Université Catholique de Louvain (UCL) et la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de Cotonou. Cet accord, concrétisé en 1990, est le fruit de la rencontre trois années plus tôt (1987) entre le Professeur Valère Kiniffo, à l'époque Doyen de la FSS, et le Professeur Jacques de Nayer de la Faculté de Médecine UCL. C'est à cette période que d'importants changements, consécutifs à l'accord de partenariat, sont intervenus dans le sous-secteur de la RM. On peut citer la réfection de certains services en l'occurrence les toutes premières unités créées et leur équipement ; le renforcement des capacités des agents en poste au CNHU-HKM de Cotonou à travers des formations diplômantes à l'étranger ; le recrutement de nouveaux agents qualifiés pour renforcer le plateau technique des services agrandis ; la création de l'École Supérieure de Kinésithérapie (ESK) à la FSS de Cotonou et le démarrage de la formation.

iii. Période allant de 2000 à 2010 :

Cette période est marquée par l'extension progressive de la réadaptation médicale en l'occurrence la kinésithérapie. En effet, grâce à la mise à disposition chaque année d'une dizaine de kinésithérapeutes formés à l'ESK et à la création et l'équipement de nouveaux services de soins de kinésithérapie, l'extension de la kinésithérapie a démarré. Quelques timides recrutements des kinésithérapeutes formés à l'ESK dans la fonction publique ainsi que des contrats sur fonds propres signés par certains hôpitaux ont permis de disposer d'au moins une unité de kinésithérapie dans tous les départements du Bénin. C'est aussi au cours de cette période qu'il a été procédé progressivement au transfert des compétences entre les enseignants missionnaires des pays du nord et les compétences locales pour l'autonomisation et la pérennisation de la formation donnée à l'ESK.

iv. Période allant de 2010 à nos jours :

Cette période est marquée par la naissance de nouveaux défis visant l'amélioration qualitative des acquis. En effet, née d'une rencontre entre deux universitaires, la RM se doit d'être renforcée par une volonté politique.

Au nombre des défis actuels auxquels la RM est confrontée au Bénin, on peut retenir entre autres la nécessité de :

- améliorer la qualité des prestations offertes aux populations ; ceci passe par la promotion de la pluridisciplinarité, donc un accroissement de l'effectif des autres acteurs de la RM en l'occurrence les orthoprothésistes, orthophonistes, ergothérapeutes et spécialistes en MPR ;
- veiller au respect des normes d'équipement et de construction de service de prestation de soins de RM définies pour les hôpitaux de zone et centres hospitaliers départementaux ;
- poursuivre la définition des normes d'équipement et de construction des autres spécialités de la RM non encore prises en compte dans les documents actuels de plan de construction et d'équipement des établissements hospitaliers ;
- étendre les services de soins pour l'ensemble des professions de la réadaptation médicale, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- faire adopter les statuts et code de déontologie des professionnels de la RM pour la sécurisation des professionnels et de la clientèle ;
- œuvrer pour la création et la dynamisation au niveau central d'une structure en charge de la RM pour une meilleure visibilité des actions, une implication plus effective du Ministère et de ses partenaires afin de s'assurer de la pérennisation des acquis ;
- démarrer le Master en kinésithérapie et réadaptation en adéquation avec le système LMD et la spécialisation en Médecine Physique et Réadaptation à la FSS de Cotonou ;
- promouvoir l'accessibilité financière et étendre la couverture géographique des soins de RM aux populations tant des grandes villes que des campagnes.

1.4. Domaines d'intervention de la réadaptation médicale

Les différentes spécialités de la RM sont destinées à toutes les couches de la population à savoir : nouveau-né, enfant, adolescent, adulte et personnes du troisième âge. En effet les personnes handicapées qui constituent les principaux clients des professionnels de la RM. Aussi la plupart des facteurs de risque des maladies non transmissibles (MNT) qui constituent 40% des causes de décès survenus en Afrique en 2008¹¹, ont besoin des soins de RM. Globalement, les domaines d'intervention de la réadaptation médicale sont les suivants :

¹¹ *Plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles 20014-2018*

1.4.1. Les Maladies Non transmissibles

Les personnes victimes des causes des maladies non transmissibles suivantes que sont l'inactivité physique, l'obésité, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie avec ses corollaires d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC), l'élévation du taux de glycémie à jeun dont la conséquence est le diabète, etc. ont toutes besoin de la RM dans l'arsenal thérapeutique nécessaire pour prise en charge optimale.

1.4.2. La santé des enfants et du nouveau-né

Chez l'enfant et le nouveau-né, la RM intervient entre autres dans la prise en charge des pathologies suivantes :

- la prise en charge des troubles ventilatoires obstructifs chez l'enfant (bronchiolites, asthme bronchique).
- les traumatismes obstétricaux du plexus brachial ;
- les séquelles de malformations et déformations orthopédiques (Spina bifida, arthrogrypose, agénésies, pied bot) ;
- les Infirmités Motrices d'Origine Cérébrales (IMOC) au nombre desquelles on peut citer les souffrances fœtales, péri et néonatales, les séquelles de maladies graves de l'enfance telles que le neuropaludisme et les séquelles de méningite.

1.4.3. La santé des adolescents et adultes

En plus des affections contenues dans les maladies non transmissibles citées plus haut et qui nécessitent les soins de RM, on peut citer comme autres affections touchant cette frange de la population :

- Les séquelles de poliomyélite et d'ulcère de Buruli ;
- Les séquelles de traumatisme et de brûlures à type de rétractions musculaires, de raideurs articulaires, d'amputation, de paraplégie et de tétraplégie ;
- Le mal de dos, les arthroses et ostéonécroses, les rhumatismes articulaires aigus, les polyarthrites rhumatoïdes et autres ;
- les troubles ventilatoires obstructifs et restrictifs de l'adolescent et de l'adulte ;
- la prévention des attitudes vicieuses et gestes à risques chez certains professionnels tels que les ouvriers des usines, les conducteurs, les enseignants voire les élèves et écoliers, etc...

1.4.4. La santé des personnes âgées et patients grabataires

La prise en charge des patients grabataires fait appel aux soins de RM pour prévenir les escarres, les problèmes orthopédiques et circulatoires mais surtout pour prévenir ou soigner la régression psychomotrice.

Chez la personne âgée, la RM sert à entretenir les fonctions locomotrices, à améliorer l'hygiène et la qualité de vie de la personne âgée, à lui offrir des aides techniques adaptées pour son déplacement. La RM peut également faire face aux affections neurologiques liées à l'âge en l'occurrence les ataxies locomotrices. Les affections respiratoires chroniques obstructives et restrictives de la personne âgée sont aussi soignées par les professionnels de la RM.

1.4.5. Autres domaines spécifiques de la RM

En uro-gynécologie, les soins de RM interviennent en pré et post-partum pour prévenir et soigner le relâchement de la sangle abdominale, les troubles de la continence et les descentes d'organes suite à la maternité ainsi que ces corolaires de douleurs et déformations vertébrales causées par la grossesse. Par ailleurs, dans la cure des fistules obstétricales et les prostatectomies, on a recours à la RM pour améliorer les résultats de l'acte opératoire.

Les prises en charge des troubles de la voix, de la parole, du langage oral et écrit, de la déglutition et de la communication sous toutes ses formes et à tout âge ainsi que les troubles temporo-mandibulaires sont du ressort de la RM.

2. PROBLEMATIQUE DE LA READAPTATION MEDICALE AU BENIN

2.1. Définition des concepts

Au Bénin, deux approches de réadaptation sont en cours :

- La Réadaptation à Base Communautaire (RBC) qui est sous la tutelle du Ministère de la Famille, des Affaires Sociales, de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des Personne du Troisième Age (MFASSNHPTA) et qui a démarré depuis 1989 ;
- La réadaptation médicale placée sous la tutelle du Ministère de la Santé et dont les prestations sont offertes par des agents de santé qualifiés que sont les professionnels de la réadaptation médicale.

2.1.1. La Réadaptation à Base Communautaire

La stratégie RBC a été définie par l'OMS à la fin des années 1970. Au Bénin, elle est conduite par une Unité de Gestion de la stratégie de Réadaptation à Base Communautaire (UG-RBC). Elle vise à ce qu'un maximum de personnes handicapées accède à une forme acceptable de réadaptation, cela dans un environnement où les spécialistes et les institutions formellement destinés aux personnes handicapées (PH) sont rares et peu accessibles. La RBC vise à amener la PH à un maximum d'autonomie possible, à partir des ressources disponibles localement. Une personne de la famille, le plus souvent la mère, entraîne régulièrement la PH à des exercices simples ainsi qu'aux activités de la vie journalière. Cette personne est encadrée et conseillée par un volontaire de la communauté qui visite régulièrement la famille où vit la PH. Plusieurs volontaires d'une commune ou d'un quartier sont à leur tour encadrés et formés par un Responsable Technique RBC qui est affecté dans cette commune rurale ou cet arrondissement urbain par l'UG-RBC. Les Responsables Techniques RBC sont le plus souvent des Assistants Sociaux ayant bénéficié de quelques modules de formation de courte durée sur la prise en charge de la PH. Les entités géographiques où travaillent les Responsables Techniques RBC sont appelées « districts RBC¹² ». Ils sont au nombre de trente-sept (37) et sont répartis sur toute l'étendue du territoire national.

Tel qu'elle a été conçue, la RBC doit régulièrement recourir aux spécialistes disponibles pour des actes techniques qui ne peuvent être effectués au niveau communautaire (kinésithérapeutes, orthoprothésistes, orthophonistes, chirurgiens orthopédistes, ophtalmologues, Enseignants spécialisés des écoles pour les enfants totalement sourds ou aveugles, etc.)

¹² Politique et stratégies de développement de la Kinésithérapie au Bénin 2006-2010

Inversement, une fois les actes techniques posés, les professionnels doivent pouvoir compter sur l'action de terrain de la RBC pour assurer le suivi de leur propre travail.

2.1.2. La Réadaptation Médicale

En dehors des PH des milieux ruraux et des populations à faibles revenus qui constituent la principale cible de l'approche RBC, la réadaptation médicale accompagne le système sanitaire national et vise à améliorer l'offre de soins de santé de qualité à l'ensemble du peuple béninois. Les soins de réadaptation médicale sont dispensés par du personnel qualifié dans des institutions officielles (service ou centre ou unité de soins) au sein d'un système formel de santé qu'est la formation sanitaire. Généralement les soins de RM sont offerts dans les hôpitaux publics, confessionnels et par certains établissements (cabinets) privés de soins de RM. Actuellement au Bénin, les différentes spécialités qui composent la réadaptation médicale sont : la médecine physique et réadaptation ; la kinésithérapie ; l'orthopédie ; l'orthophonie et l'Ergothérapie.

2.1.2.1. La Médecine Physique et Réadaptation

La médecine physique est une spécialité de la médecine qui coordonne la mise en application de toutes les mesures visant à prévenir ou à réduire les conséquences fonctionnelles physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et des incapacités.

2.1.2.2. La Kinésithérapie

La Kinésithérapie est une discipline de la santé qui intervient dans la prévention et la promotion de la santé, l'évaluation, le diagnostic, le traitement et la réadaptation des déficiences les systèmes neurologiques, musculo-squelettiques et cardio-respiratoires. Elle vise à contribuer à réduire les limitations d'activité ainsi que les restrictions de participation à la société.

2.1.2.3. L'Orthoprothésie

Encore appelée Orthopédie, l'Orthoprothésie est une discipline de la santé qui s'occupe du conseil en appareillage orthopédique externe, la conception, la prise d'empreinte ou moulage, la fabrication, l'adaptation, la livraison de l'appareil ainsi que le contrôle de sa tolérance et de son efficacité fonctionnelle chez une personne malade ou handicapée présentant soit une amputation de tout ou partie d'un membre, soit une déficience ostéo articulaire, musculaire ou neurologique.

2.1.2.4. L'Orthophonie

L'orthophonie est une discipline de la santé dédiée à la prévention, au dépistage, à l'évaluation, au diagnostic et au traitement des troubles de la voix, de la parole, du langage oral et écrit dans son expression et sa compréhension, de la communication orale et écrite et des troubles de la déglutition chez les personnes tout au long de leur vie.

2.1.2.5. L'Ergothérapie

Encore appelée thérapie occupationnelle, l'ergothérapie est une science et un art de rééduquer par le travail dont l'objectif est de prévenir la situation de handicap, de rétablir ou de promouvoir l'activité significative, la santé et la qualité de vie.

2.2. Situation de la Réadaptation Médicale dans le monde

De par le monde, la RM est inégalement développée d'un pays à un autre. Il en est de même des différentes professions de la RM. En effet, le nombre de disciplines de la RM n'est pas le même d'un pays à un autre. Toutefois, la kinésithérapie ou physiothérapie est la profession la plus développée dans l'ensemble des pays du monde.

En Europe, la Finlande compte 27,54 Kinésithérapeutes pour 10 000 hbts ; la Belgique 25,91 Kinésithérapeutes pour 10 000 hbts ; le Danemark 20,83 pour 10 000 hbts ; l'Allemagne 16,87 Kinésithérapeutes pour 10 000 hbts et la France 11,83 Kinésithérapeutes pour 10 000 hbts en 2014¹³.

Aux Etats Unis on dénombre 6,28 Physiothérapeutes pour 10 000 hbts et 5,2 Physiothérapeutes pour 10 000 hbts au Canada. Le Brésil compte 9,73 Physiothérapeutes pour 10 000 hbts et l'Argentine 8,44 Physiothérapeutes pour 10 000 hbts.

L'ensemble des professionnels de la RM (à savoir Kinésithérapeutes, Ergothérapeutes, Orthophonistes, Audioprothésistes, Podologues, Psychomotriciens, etc..) en France peut atteindre 25 pour 10 000 hbts en 2014¹⁴. En Belgique, l'ensemble des professionnels de la RM (à savoir Kinésithérapeutes, Ergothérapeutes, Audiciens, Diététiciens, etc..) était de 38 pour 10 000 hbts en 2012¹⁵.

¹³ www.wcpt.org

¹⁴ INSEE 2014

¹⁵ STATISTIQUES ANNUELLES DES PROFESSIONNELS DES SOINS DE SANTÉ EN BELGIQUE Nombre de professionnels au 31/12/2012 et influx 2012

2.3. Situation de la Réadaptation Médicale en Afrique

En Afrique les professionnels de la RM, comme pour l'ensemble des professionnels de la santé, ont une couverture très faible de la population. En majorité, les pays africains disposent de moins d'un Kinésithérapeute/physiothérapeute pour 10 000 hbts. A l'exception de l'Afrique du Sud qui dénombre 1,26 Kinésithérapeutes/physiothérapeutes pour 10 000 hbts, nous avons à titre d'exemple en Namibie 0,46 Kinésithérapeutes/physiothérapeutes pour 10 000 hbts, en Egypte 0,37 Kinésithérapeutes/physiothérapeutes pour 10 000 hbts. En Afrique de l'Ouest, c'est le Togo qui vient en tête avec 0,45 Kinésithérapeutes pour 10 000 hbts, le Bénin 0,14 Kinésithérapeutes pour 10 000 hbts, le Nigéria 0,07 Physiothérapeutes pour 10 000 hbts, le Ghana 0,06 Physiothérapeutes pour 10 000 hbts.

2.4. Situation de la Réadaptation Médicale au Bénin

2.4.1. Niveau institutionnel

Depuis la création des premières unités de kinésithérapie et des centres d'appareillage orthopédique au lendemain des indépendances nationales, peu de progrès ont été réalisés par les pouvoirs publics pour permettre un développement harmonieux de la RM au Bénin. Des suites de la concrétisation du partenariat entre l'Université Catholique de Louvain et la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, le sous-secteur RM a bénéficié de l'appui technique et financier de l'APEFE à travers son Projet d'Appui au Développement de la Kinésithérapie au Bénin (PADKB). En 2005, le premier document de Politique et Stratégies de Développement de la Kinésithérapie au Bénin a été élaboré et validé par le Ministère de la Santé. Il en a résulté le Plan Stratégique de Développement de la Kinésithérapie 2006-2008.

Les actions menées dans le sous-secteur et les résultats obtenus ont conduit à la création en 2013 de la Division de la Réadaptation Médicale (DRM) par l'arrêté ministériel portant sur l'organisation et le fonctionnement de la Direction Nationale de la Santé N° 375/MS/DC/SGM/CTJ/DNSP/SA du 25 Novembre 2013 et rattachée au Service Santé Communautaire. Elle a pour mission de coordonner et suivre toutes les activités concourant au développement de la RM au Bénin. Cette division reste cependant limitée dans ses actions pour des raisons financières.

Par ailleurs, il existe depuis l'an 2000 à l'Université d'Abomey Calavi (UAC), sur le campus de la Faculté des Sciences de la Santé, une école de formation des Kinésithérapeutes diplômés d'Etat. A la faveur de la restructuration du cursus de formation, l'Ecole Supérieure de

Kinésithérapie (ESK) dispose désormais de deux cycles de formation que sont la Licence et le Master.

Les professionnels de la RM sont regroupés en trois associations professionnelles à raison d'une association par profession. On distingue donc l'Association Béninoise des Kinésithérapeutes-Rééducateurs (ABEKIR), l'Association Béninoise des Professionnels de l'Orthophonie (ABEPO) et l'Association des Orthoprothésistes et Professionnels de l'appareillage orthopédique du Bénin (AOPB). Ces trois associations sont toutes actives et solidaires.

Le financement des infrastructures et équipements de la RM est assuré par certains hôpitaux sur fonds propres mais aussi grâce à l'appui de certains partenaires tels que l'APEFE, le Rotary Club International, le FSH-CICR, la fondation Raoul Follereau, le PNCEFFS, etc.

Quant aux ressources humaines, la plupart du personnel de la RM dépend du financement propre des structures qui les utilisent. L'Etat assure à la faveur des concours de recrutement d'agents de la fonction publique, le recrutement de quelques kinésithérapeutes et de spécialistes en MPR.

2.4.2. Niveau sanitaire

2.4.2.1. Ressources humaines de la RM en activité en 2015

| Structures | MPR | Kinésithérapeute | Orthoprothésiste | Orthophoniste | Total |
|------------------------|----------|------------------|------------------|---------------|-----------|
| CNHU | 3 | 14 | 2 | 1 | 20 |
| CHU-MEL | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| HIA | 0 | 4 | 0 | 0 | 4 |
| CHD | 0 | 13 | 2 | 0 | 15 |
| HZ | 0 | 22 | 0 | 0 | 22 |
| CDTUB | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| CS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Centres confessionnels | 0 | 10 | 1 | 1 | 12 |
| Cabinets autorisés | 0 | 7 | 0 | 0 | 7 |
| TOTAL | 3 | 76 | 5 | 2 | 86 |

2.4.2.2. Statut des ressources humaines de la Réadaptation Médicale des formations sanitaires publiques et confessionnelles du Bénin en 2015

| Corps | Agents Permanents de l'Etat | Agents contractuels de l'Etat | Contractuels locaux | Total |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------|-----------|
| MPR | 2 | 0 | 1 | 3 |
| Kinésithérapeute | 14 | 14 | 41 | 69 |
| Orthoprothésiste | 0 | 0 | 5 | 5 |
| Orthophoniste | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Total | 16 | 14 | 49 | 79 |

2.4.2.3. Point des Professionnels de la RM au Bénin en 2015

| Corps | Total National | Total ayant un contrat | Sans contrat |
|-------------------------|----------------|------------------------|--------------|
| MPR | 3 | 3 | 0 |
| Kinésithérapeute | 136 | 76 | 60 |
| Orthoprothésiste | 9 | 5 | 4 |
| Orthophoniste | 9 | 2 | 7 |
| Total | 157 | 86 | 71 |

2.4.2.4. Les hôpitaux publics de référence ne disposant pas d'un service RM

| Départements | Hôpital |
|----------------|---------------|
| Atacora | CHD Atacora |
| | HZ Kouandé |
| Donga | HZ de Djougou |
| | CHD Donga |
| Alibori | HZ Malanville |
| | HZ Banikoara |
| Plateau | HZ Pobè |
| Zou | HZ Djidja |
| | HZ de Covè |

NB : Il est à noter que les centres hospitaliers offrant des services de RM ne disposent pour la plupart que de service de Kinésithérapie avec ou sans centre d'appareillage orthopédique.

2.4.2.5. Conformité aux nouvelles normes de construction et d'équipement

Les normes en matière de construction des services de soins de RM furent longtemps absentes dans les documents nationaux. A la faveur de la relecture des normes de construction et d'équipement des infrastructures sanitaires en cours de validation, les services de soins de RM ont été pris en compte. Il ressort de ces nouvelles normes que sur les 36 structures publiques et confessionnelles de soins de kinésithérapie et d'appareillage orthopédique, seuls les services de rééducation fonctionnelle et les centres d'appareillage orthopédique du CNHU-HKM et du CHD Borgou Alibori, le service de rééducation fonctionnelle du CHD/ZC, celui des hôpitaux de zone de Boko, Nikki et Papanè, le centre confessionnel St Elisabeth de Calavi et le service de rééducation fonctionnelle de l'hôpital confessionnel PADRE PIO de N'Dali peuvent être considérés comme conformes aux normes nationales. Le taux de conformité de des services de soins de RM existants peut être évalué à 22% en 2015. Il reste cependant à garantir pour les services de soins de RM, la maintenance des équipements médico-techniques, le renouvellement du matériel usagé et un bon circuit d'approvisionnement pour le matériel de fabrication des orthèses et prothèses qui ne peut qu'être importé.

2.5. Diagnostic

2.5.1. Analyse FFOM

| FORCES | OPPORTUNITES |
|--|--|
| <p>Existence d'un leader déterminé</p> <p>Existence de l'École Supérieure de Kinésithérapie</p> <p>Démarches pour la création du DES en MPR et de l'École d'Ergothérapie à l'UAC en cours</p> <p>Existence de la DRM au niveau central</p> <p>Existence de formateurs locaux</p> <p>Existence d'associations de professionnels des Kinésithérapeutes, Orthophonistes et Orthoprothésistes</p> <p>Existence de professionnels diplômés en attente d'embauche</p> <p>Existence d'une forte collaboration entre les acteurs et professionnels de la réadaptation médicale</p> | <p>Soutien de quelques PTF</p> <p>Bonne collaboration des principaux acteurs avec l'extérieur</p> <p>Besoin de formation en MPR manifesté par certains pays de la sous-région</p> <p>Existence d'une forte demande de prestations en matière de soins de RM</p> <p>Possibilité de partenariat avec d'autres Universités</p> <p>Collaboration avec des organisations internationales de professionnels de la RM</p> <p>Possibilités de formation continue avec l'appui de certains PTF</p> <p>Existence d'écoles francophones de formation initiale dans les pays de la sous-région</p> |
| FAIBLESSES | MENACES |
| <p>Très faible recrutement des professionnels par l'Etat</p> <p>Absence de certaines professions de la RM au Bénin</p> <p>Absence de code de déontologie des professions de la RM qui existent au Bénin</p> <p>Absence d'ordre de professionnels de la RM</p> <p>Absence de plan de carrière pour les professionnels de la RM</p> <p>Difficultés d'obtention de financement pour les formations initiales</p> <p>Faible opportunité de spécialisation en MPR</p> <p>Insuffisance de couverture du territoire national en professionnels de la RM</p> <p>Coût élevé de mise en place de structures de RM dans le public comme dans le privé</p> <p>Absence de prise en compte des structures de RM dans la construction et l'installation de nouveaux hôpitaux</p> <p>Méconnaissance de l'importance des soins de RM par les agents de santé et la population</p> <p>Non prise en compte du sous-secteur de la RM par le système national de santé.</p> | <p>Départ des PTF</p> <p>Déperdition des professionnels formés par faute de recrutement</p> <p>Prolifération des centres de rééducation/réadaptation non agréés</p> |

2.5.2. Identification des problèmes prioritaires

| | |
|--|---|
| <p>Ressources humaines</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inexistence de corps des professionnels de la RM - Manque d'opportunité de formation initiale et ou de spécialisation - Insuffisance d'effectif des professionnels de la RM - Absence de plan de recrutement des ressources humaines de la RM - Inexistence d'un plan de renforcement de capacités des ressources humaines de la RM - Inexistence de statut pour les professionnels de la RM enseignants - Faible participation des professionnels de la RM à des congrès scientifiques - Absence d'accompagnement (supervision/suivi-évaluation) des professionnels de la RM en activité | <p>Équipements et infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence d'un centre national de référence pour les soins de RM - Faible couverture des formations sanitaires en infrastructures et équipements de la RM - Non commercialisation au niveau national de certains matériels et équipement spécifiques de la RM - Non appropriation des normes et standard en infrastructures et équipements - Absence de ressources humaines spécialisées pour la maintenance des matériels - Non-conformité de la plupart des structures existantes de la RM (infrastructure/équipement) |
| <p>Rayonnement / collaboration</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faible visibilité de la RM au niveau central - Faible visibilité au plan régional et international - Méconnaissance de la RM par les agents de santé et les populations | <p>Financement/ appropriation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de financement de la RM au niveau national - Etiollement des financements des PTF - Absence de programme de financement des recherches scientifiques - absence d'accompagnement de l'exercice en clientèle privée |
| <p>Éthique et déontologie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inexistence de code de déontologie - Inexistence d'ordre des kinésithérapeutes, des orthophonistes et orthoprothésistes - Prolifération des cabinets illégaux - Usurpation du titre de kinésithérapeute et d'orthophoniste - Faible organisation de l'exercice en clientèle privée | |

3. STRATEGIQUES DE DEVELOPPEMENT DE LA READAPTATION MEDICALE AU BENIN

3.1. Fondements de la politique

Le document de politique et stratégies de développement de la réadaptation médicale tire son fondement de deux documents fondamentaux que sont : la constitution du 11 Décembre 1990 et la politique nationale sanitaire.

La constitution du 11 Décembre 1990 en son article 8 consacre que « *la personne humaine est sacrée et inviolable. L'Etat a l'obligation absolue de la respecter et de la protéger. Il lui garantit un plein épanouissement. A cet effet, il assure à ses citoyens, l'égal accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi* »

L'article 26 stipule que « *l'Etat assure à tous l'égalité devant la loi sans distinction d'origine, de race, de sexe, de religion, d'opinion politique ou de position sociale. L'homme et la femme sont égaux en droit. L'Etat protège la famille et particulièrement la mère et l'enfant. Il veille sur les handicapés et les personnes âgées.* »

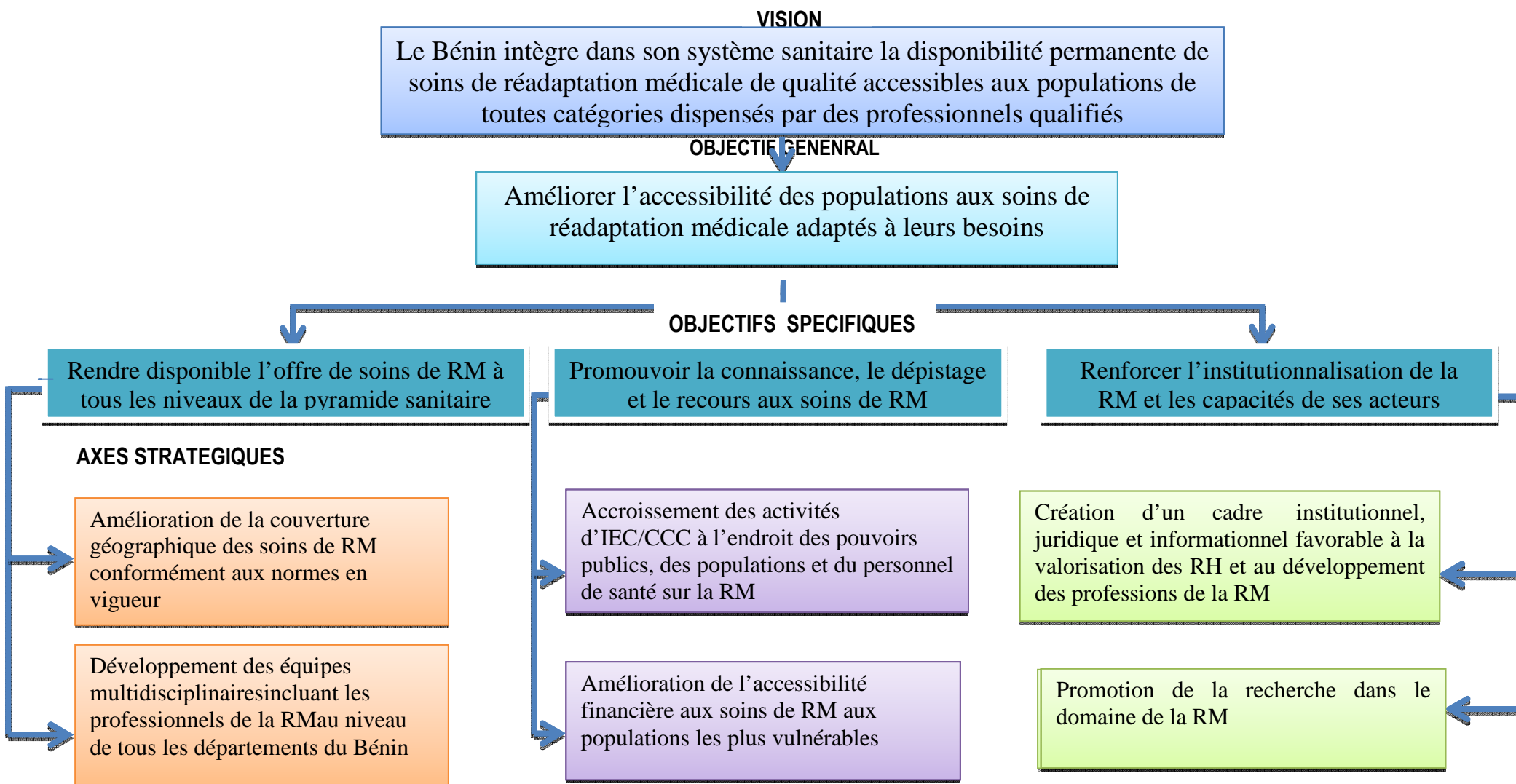
La vision du secteur santé déclinée dans la politique nationale sanitaire préconise qu'à l'horizon 2025, « *Le Bénin dispose d'un système de santé performant basé sur des Initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'Offre et la Disponibilité permanentes de Soins de Qualité, équitables et accessibles aux Populations de toutes catégories, fondées sur les Valeurs de Solidarité et de Partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois*»

L'opérationnalisation de la politique nationale de santé à travers le plan national de développement sanitaire a prévu un certain nombre d'axes stratégiques devant contribuer à la réalisation de cette vision. Il s'agit notamment de :

- la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la prévention, la lutte contre les maladies et l'amélioration de la qualité des soins ;
- la valorisation des ressources humaines ;
- le renforcement du partenariat dans le secteur, la promotion de l'éthique et de la
- déontologie médicale ;
- l'amélioration du mécanisme de financement du secteur et ;
- le renforcement de la gestion du secteur.

Le processus d'élaboration de la politique nationale sanitaire n'a pas pris en compte les problèmes de la réadaptation médicale. C'est ce qui explique que les actions en cours dans le secteur santé n'intègrent pas le sous-secteur de la réadaptation médicale. D'où la nécessité de se doter d'une politique spécifique au sous-secteur de la réadaptation médicale.

3.2. Schéma de la politique de développement de la réadaptation médicale au Bénin



3.3. Vision

Le Bénin promet, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, la disponibilité permanente de soins de réadaptation médicale de qualité accessibles aux populations de toutes catégories, dispensés par des professionnels qualifiés.

3.4. Objectifs et axes stratégiques

3.4.1. Objectif Général

Améliorer l'accessibilité des populations aux soins de réadaptation médicale adaptés à leurs besoins.

3.4.2. Objectifs Spécifiques

1. Rendre disponible l'offre de soins de réadaptation médicale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
2. Promouvoir la connaissance, le dépistage et le recours aux soins de réadaptation médicale ;
3. Renforcer l'institutionnalisation de la réadaptation médicale et les capacités de ses acteurs.

3.4.3. Axes stratégiques

Les axes stratégiques définis en liens avec les objectifs spécifiques sont les suivants :

3.4.3.1. Objectif Spécifique N°1 : Rendre disponible l'offre de soins de réadaptation médicale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

1. Amélioration de la couverture géographique des soins de réadaptation médicale conformément aux normes en vigueur.

Il s'agira de :

- construire de nouvelles infrastructures de soins de réadaptation médicale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire conformément aux normes ;
- mettre en œuvre un plan national de formation afin d'accroître l'effectif des professionnels de la RM dont les écoles de formation n'existent pas encore au Bénin (orthoprothésistes et orthophonistes) ;
- doter les infrastructures de réadaptation médicale en matériel et en ressources humaines qualifiées ;
- réfectionner les infrastructures de soins de réadaptation médicale existantes en tenant compte des nouvelles normes ;
- mettre en place un système fonctionnel de maintenance des équipements.

2. Développement des équipes multidisciplinaires incluant les professionnels de la réadaptation médicale au niveau de tous les départements du Bénin et renforcement de la collaboration interdisciplinaire.

L'approche interdisciplinaire incluant les différentes professions de la réadaptation est encore inexistante au Bénin. La collaboration entre professionnels de la réadaptation et les autres professionnels de la santé fait également défaut. Il s'agira donc de :

- instituer des cadres formels de collaboration entre les professionnels de la réadaptation et les autres professionnels de santé ;
- mettre en place dans les services de soins de réadaptation médicale des équipes multidisciplinaires composées de tous les professionnels de la réadaptation pour une meilleure prise en charge du patient.

Par ailleurs, à défaut de couvrir tous les hôpitaux de référence, du niveau central jusqu'au niveau périphérique, en équipe multidisciplinaire de professionnels de la RM, *la présente politique préconise d'étendre les équipes multidisciplinaires à tous les CHD et CHU. L'équipe multidisciplinaire de professionnels de la RM qui devra être mise en place dans tous les CHD et CHU du Bénin d'ici 2025 sera composée de Kinésithérapeutes, d'Orthoprothésistes, d'Orthophonistes et de Médecin spécialisé en Médecine Physique et Réadaptation.*

3.4.3.2. Objectif Spécifique N°2 : Promouvoir la connaissance, le dépistage et le recours aux soins de réadaptation médicale

1. Accroissement des activités d'IEC/CCC à l'endroit des pouvoirs publics, des populations et du personnel de santé sur la réadaptation médicale.

Les domaines d'intervention des professionnels de la réadaptation médicale sont encore peu connus tant des populations, des autres professionnels de la santé que des pouvoirs publics. Aussi, la plupart des patients y ont recours en phase séquellaire.

Il s'agira de :

- mener des activités de communications pour améliorer la connaissance de la RM à l'endroit des populations, des pouvoirs publics et des autres professionnels de la santé ;
- faire des campagnes de sensibilisation pour la prévention des comportements à risque à l'endroit des populations.

2. Amélioration de l'accessibilité financière aux soins de réadaptation médicale aux populations les plus vulnérables.

Les soins de réadaptation médicale ont un coût très élevé pour la majorité de la population béninoise. Il est donc important d'instituer des mécanismes de réduction de coûts à travers des systèmes de prise en charge partielle ou totale des soins de réadaptation.

3.4.3.3. Objectif Spécifique N°3 : Renforcer l'institutionnalisation de la réadaptation médicale et les capacités de ses acteurs.

1. Création d'un cadre institutionnel, juridique et informationnel favorable à la valorisation des RH et au développement des professions de la RM

Il s'agira de :

- créer un environnement institutionnel favorable à la visibilité des actions dans le domaine de la réadaptation médicale ;
- instituer des mécanismes fonctionnels de collecte et de remontée des données statistiques relatives aux activités de soins de réadaptation médicale dans le système formel de collecte et de remontée des informations sanitaires pour les prises de décisions ;
- élaborer les textes de lois régissant l'exercice des différentes professions de la réadaptation médicale ;
- mettre en place un mécanisme formel de formations continue et diplômantes ;
- élaborer un plan de carrière pour les professionnels de la réadaptation médicale.

2. Promotion de la recherche dans le domaine de la réadaptation médicale

Il existe trop peu de travaux de recherche réalisés dans le domaine de la réadaptation médicale au Bénin. Cet état de chose réduit l'amélioration des techniques de prise en charge et le rayonnement de la réadaptation. Il s'agira de :

- mettre en place un mécanisme de financement de la recherche et de la vulgarisation des résultats de recherche ;
- créer un centre de recherche dans le domaine de la réadaptation médicale et favoriser la collaboration avec différents milieux de recherche ;
- créer un cadre d'échange scientifique (congrès, symposium, journées scientifiques, etc...) réunissant les disciplines de la réadaptation ;
- sensibiliser les étudiants et les professionnels (formation continue) à l'intérêt de la recherche scientifique et les former à la pratique basée sur les évidences en réadaptation ;
- informer les professionnels de la RM des possibilités de diffusion des résultats de recherche offertes gratuitement ou à moindre coûts aux pays en développement.

4. MISE EN ŒUVRE ET SUIVI EVALUATION DE LA POLITIQUE

4.1. Opérationnalisation de la politique de développement de la réadaptation médicale

L'opérationnalisation de cette politique va s'étendre sur deux périodes : 2016-2020 et 2021-2025. Pour coordonner les actions dans le sous-secteur de la RM au cours de chacune de ces périodes, il sera élaboré deux plans stratégiques ou plans d'actions quinquennaux 2016-2020 et 2021-2025 budgétisés qui détailleront les objectifs et résultats à atteindre, les actions à mener à différentes échéances ainsi que les indicateurs objectivement vérifiables.

Aussi, des documents de directives en vue de faciliter la mise en œuvre des actions vont être élaborés.

4.2. Les organes de coordination et de suivi de la politique

Les organes de coordination et de suivi de la politique et des stratégies de développement de la réadaptation médicale sont : le comité de pilotage et le comité de suivi. À ces organes s'ajoutent le groupe des membres observateurs.

4.2.1. Le comité de pilotage

Le comité de pilotage est l'organe de coordination et de prise de décision par excellence sur toutes les questions relatives à la mise en œuvre de la politique et des stratégies de développement de la réadaptation médicale. A cet effet,

- il assure la coordination de toutes les actions entrant dans le cadre de la mise en œuvre de la politique ;
- il œuvre pour la mise en place d'une direction de la RM au MS compte tenu de l'importance du sous-secteur et en harmonie avec ce qui existe déjà au ministère de la famille à savoir : la Direction de la Réadaptation et de l'Intégration des Personnes Handicapées (DRIPH) ;
- il veille à la mobilisation des ressources adéquates pour une mise en œuvre efficace de la PSDRM ;
- il produit des rapports annuels de suivi sur la mise en œuvre de la politique.

L'ancrage institutionnel du comité de pilotage est le Secrétariat Général du Ministère de la Santé. Ce comité est composé de 13 membres à savoir :

- un représentant des orthoprothésistes ;
- un représentant des orthophonistes ;
- un représentant des kinésithérapeutes ;

- le Directeur National des Hôpitaux et Etablissements de Soins (DNHES) ou son représentant ;
- un représentant des spécialistes en médecine physique et réadaptation ;
- le Secrétaire Général du MS ou son représentant ;
- le point focal, responsable de la DRM au ministère de la santé ;
- un représentant de la DPP du MS ;
- le DRFM du ministère de la santé ou son représentant ;
- le DIEM du ministère de la santé ou son représentant ;
- un représentant du ministère en charge des personnes handicapées ;
- un représentant du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique ;
- un kinésithérapeute enseignant des matières de la RM.

Le comité de pilotage est présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé. Ce comité se réunit en session ordinaire deux fois l'an : une fois pour valider le plan d'action annuel et une seconde fois pour l'évaluer. Il peut se réunir en sessions extraordinaires sur convocation du président ou à la demande des 2/3 de ses membres. Son secrétariat est assuré par le point focal à la DRM.

4.2.2. Le comité technique de suivi

Le comité de suivi est l'émanation du comité de pilotage. Il est l'organe de suivi de l'exécution de la PSDRM sur la base des plans de travail annuel (PTA). Il élit en son sein le président et le secrétaire. Il se réunit tous les trois mois et prépare les documents de travail pour le comité de pilotage (rapports d'activité et rapport financier). Il peut se réunir en sessions extraordinaires sur convocation du président ou à la demande des 2/3 de ses membres. Le comité de suivi rend compte au comité de pilotage.

Le comité de suivi est composé de cinq membres à savoir :

- le point focal, responsable de la DRM du MS ;
- deux représentants des professionnels de la RM ;
- un Médecin spécialisé en MPR ;
- le DRFM du ministère de la santé ou son représentant.

Il élabore des rapports trimestriels qu'il publie et transmet au comité de pilotage.

4.2.3. Les Membres observateurs

Le groupe des membres observateurs est composé de :

- un représentant des ordres ou associations des professionnels de la RM ;
- un représentant des autres ordres professionnels de la santé ;
- un représentant des ONG et PTF exerçant dans le domaine de la RM ;
- un membre du bureau de l'association des maires du Bénin ;
- un représentant de la société civile (responsable d'association des personnes handicapées désigné par ses pairs).

4.3. Critères d'éligibilité des membres du comité de pilotage

- a) Etre professionnel de la RM motivé élu par ses pairs ;
- b) Etre responsable de la DRM du Ministère de la Santé ;
- c) Etre carde de la DNHES capable de la représenter valablement à des instances de prise de décision ;
- d) Etre carde de la DPP capable de la représenter valablement à des instances de prise de décision ;
- e) Etre carde du Secrétariat Général du Ministère, capable de le représenter valablement à des instances de prise de décision ;
- f) Etre carde de la DIEM capable de la représenter valablement à des instances de prise de décision ;
- g) Etre carde du Ministère en charge de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique capable de le représenter valablement à des instances de prise de décision ;
- h) Etre financier en charge des finances au ministère de la santé ;
- i) Etre un kinésithérapeute enseignant à l'école supérieure de kinésithérapie ;
- j) Etre un médecin spécialiste en MPR désigné par ses pairs ;
- k) Etre un cadre de la Direction de la Réadaptation et de l'Intégration des Personnes Handicapées (DRIPH) du ministère en charge des personnes handicapées.

CONCLUSION

Le document de Politique et Stratégies de Développement de la Réadaptation Médicale définit les axes stratégiques d'intervention dans le sous-secteur de la réadaptation médicale en complément à la politique nationale sanitaire en cours. Son élaboration a bénéficié de l'engagement et de la mobilisation de tous les acteurs du système de santé depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique ainsi que des acteurs de la coopération non gouvernementales (ACNG).

Le document, tel que présenté, répond non seulement aux défis auxquels la promotion de la réadaptation médicale est confrontée au Bénin mais prévoit aussi des axes d'intervention pour rendre effectif l'égal accès des populations aux soins de réadaptation médicale.

Il vise principalement à contribuer à la réalisation de la mission du ministère de la santé qui est d'« *améliorer l'état de santé de la population béninoise sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes* »

Enfin, le document constitue un précieux instrument de plaidoyer auprès des pouvoirs publics (ministères sectoriels et élus locaux), des PTF et ACNG qui ont pour priorité l'amélioration du bien-être des populations et qui œuvrent quotidiennement pour l'équité dans le bénéfice des soins de santé de qualité.

ANNEXES

Annexe 1 : Répartition des ressources humaines et infrastructures de la Réadaptation Médicale du Bénin par structure de soins

| Département | Zones sanitaires | INFRASTRUCTURES | | | RESSOURCES HUMAINES | | | |
|-------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------|-------------|---------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| | | Kinésithérapie | Orthoprothésie | Orthophonie | Spécialiste en MPR | Kinésithérapeutes | Orthoprothésistes | Orthophonistes |
| Atacora | Tanguiéta-Cobly-Matéri | HZ Tanguiéta | HZ Tanguiéta | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Natingou-Boukoumbé-Toucountouna | HZ Natingou | | | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Donga | Bassila | HZ Bassila | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Borgou | Bembèrèkè-Sinendé | Centre confessionnel Bembéréké | | | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | Nikki-Kalalé-Pèrèrè | HZ Nikki | | | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | Parakou-N'Dali | CHD Borgou | CHD Borgou | | 0 | 3 | 2 | 0 |
| | | HZ Boko | | | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | | Hôpital PADRE PIO | | | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Tchaourou | HZ Papané | | | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| Alibori | Kandi-Gogounou-Ségbana | HZ Kandi | | | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Atlantique | Allada-Toffo-Zê | CDTUB Allada | CDTUB Allada | | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | Abomey-Calavi-Sô-Ava | HZ Abomey Calavi | | | 0 | 3 | 0 | 0 |
| | | CS St Elisabeth | CS St Elisabeth | | 0 | 2 | 1 | 1 |
| | Ouidah-Kpomassè-Tori-Bossito | HZ Ouidah | | | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Littoral | Cotonou 1 et 4 | CHU-MEL | | | 0 | 3 | 0 | 0 |
| | Cotonou 2 et 4 | HZ Suru Léré | | | 0 | 6 | 0 | 0 |
| Littoral | Cotonou 5 | Hôpital Béthesda | | | | | | |
| | | Hôpital St Luc | | | 0 | 3 | 0 | 0 |
| | | Hôpital de Ménontin | | | 0 | 2 | 0 | 0 |
| | Cotonou 6 | CNHU HKM | CNHU HKM | CNHU HKM | 3 | 14 | 2 | 1 |
| | | Hôpital d'Instruction des Armées | | | 0 | 4 | 0 | 0 |
| Mono | Lokossa-Athiémè | CHD Mono | | | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | | Centre Béthesda | Centre Béthesda | | | | | |

| Département | Zones sanitaires | INFRASTRUCTURES | | | RESSOURCES HUMAINES | | | |
|--|-----------------------------------|--|-------------------|-------------|---------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| | | Kinésithérapie | Orthoprothésie | Orthophonie | Spécialiste en MPR | Kinésithérapeutes | Orthoprothésistes | Orthophonistes |
| Mono | Comè-Bopa-Honéyogbé-Grand-Popo | HZ Comé | | | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | | Centre des sœurs des filles de la charité de Jésus | | | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Couffo | Aplahoué- Djakotomè- Dogbo | HZ Aplahoué | | | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | Klouékanmè-Toviklin- Lalo | HZ Klouékanmé | | | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Ouémé | Adjohoun- Bonou- Dangbo | HZ Adjohoun | | | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | Porto-Novo- Aguégoués-Sèmè- Podji | CHD Ouémé-Plateau | CHD Ouémé-Plateau | | 0 | 4 | 0 | 0 |
| Plateau | Pobè- Kétou- Adja- Ouèrè | CDTUB Pobé | | | 0 | 2 | 0 | 0 |
| | | CS Kétou | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Sakété-lfangni | HZ Sakété | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Zou | Djidja- Abomey- Agbangnizoun | CHD Zou | | | 0 | 4 | 0 | 0 |
| | Covè- Ouinhi- Zangnanado | CSC Zangnanado | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Collines | Dassa-Zoumè-Glazoué | HZ Dassa | | | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | Savalou-Banté | HZ Savalou | | | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | Savè-Ouèssè | HZ Savè | | | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Cabinets de soins de kinésithérapie autorisés | | | | | 0 | 7 | 0 | 0 |
| Hôpitaux privés (cliniques) | Boni (clinique d'Akpakpa) | | | | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | Mahouna | | | | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | Cocotier | | | | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | Union | | | | 0 | 1 | 0 | 0 |

Annexe 2 : Indicateurs de suivi de la politique de développement de la réadaptation médicale

| Axes stratégiques | Résultats | IOV |
|--|--|---|
| 1. Amélioration de la couverture géographique des soins de réadaptation médicale conformément aux normes en vigueur | 1.1. En 2025, au moins tous les hôpitaux du niveau central au niveau zonal du Bénin disposent de services de réadaptation équipés selon les normes et sont dotés en ressources humaines qualifiées | Taux de couverture du Bénin en services de réadaptation médicale |
| 2. Développement des équipes multidisciplinaires incluant les professionnels de la réadaptation médicale au niveau de tous les départements du Bénin | 2.1. D'ici 2025, les experts de la réadaptation médicale sont intégrés au sein d'équipes multidisciplinaires et consultés en aval et/ou en amont pour toute intervention médicale | Nombre de patients référés aux professionnels de la réadaptation médicale SDV : Base de données hospitalières |
| | 2.2. D'ici 2025, les services de réadaptation médicale selon la pyramide sanitaire jusqu'au niveau des HZ au moins sont dotés des différents professionnels de la réadaptation médicale | Nombre d'équipes de réadaptation médicale constituées SDV : Organigrammes des ressources humaines du Ministère de la Santé |
| 3. Accroissement des activités d'IEC/CCC à l'endroit des pouvoirs publics, des populations et du personnel de santé sur la réadaptation médicale | 3.1. La réadaptation médicale est prise en compte dans la politique sanitaire du Bénin | Budget affecté à la réadaptation médicale |
| | 3.2. La réadaptation médicale est mieux connue et plus recourue par le personnel de santé et les populations | Taux d'utilisation des services de réadaptation médicale |
| 4. Amélioration de l'accessibilité financière aux soins de réadaptation médicale aux populations les plus vulnérables | 4.1. En 2025, toutes les franges de la population peuvent bénéficier de soins de réadaptation médicale remboursables pour les populations les plus vulnérables | Nombre de patients ayant bénéficié de soins de réadaptation médicale pris en charge par le RAMU |
| 5. Création d'un cadre institutionnel, juridique et informationnel favorable à la valorisation des ressources humaines et au développement des professions de la réadaptation médicale | 5.1. D'ici 2025, une Direction de la Réadaptation médicale est créée et fonctionnelle | |
| | 5.2. D'ici 2025, les professions de la réadaptation médicale disposent de documents légaux et d'un plan de carrière pour leur valorisation | Textes légaux régissant les professions de la réadaptation médicale |
| 6. Promotion de la recherche dans le domaine de la réadaptation médicale | 6.1. Des travaux de recherche dans le domaine de la réadaptation médicale sont publiés sous la houlette du Ministère de la Santé | Nombre de travaux publiés sous la bannière du Ministère de la Santé |

Annexe 3 : liste des documents consultés

1. AXELSSON Charlotte, « Document d'orientation pour une politique de développement local inclusif », Handicap International, 2008 ; 89 p.
2. Politique Nationale de la Santé Communautaire 2016-2025, 2015
3. Annuaire des statistiques sanitaires nationale 2014
4. Politique nationale de la protection et de l'intégration des personnes handicapées, 2012
5. Annuaire des statistiques sanitaires 2013 des départements de l'Ouémé-Plateau
6. Plan d'action pour le développement de la Kinésithérapie au Bénin 2009-2011
7. Plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles 20014-2018
8. Politique et stratégies de développement de la Kinésithérapie au Bénin 2006-2010
9. Programme Alimentaire Mondial (PAM) – Analyse Globale de la Vulnérabilité et de la Sécurité Alimentaire (AGVS), République du Bénin, janvier 2014.
10. Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique, Bruxelles, mai 2013
11. Démographie des masseurs-kinésithérapeutes en France par région, octobre 2010
12. Les soins de santé au Canada, Institut canadien d'information sur la santé, 2008
13. Les physiothérapeutes au Canada : faits saillants, provinciaux et territoriaux, 2011
14. Ministère de la Santé, Plan Directeur National de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées 2012-2016, 2011.

Sur le net :

15. WWW.WCPT.ORG (site consulté le 15 août 2015)
16. Institut National des Statistiques et Etudes Economiques – Population française - Bilan démographique 2010
17. Belgique - Population totale _ Statistiques.htm page consultée le 5 septembre 2015

Annexe 4 : Comité de rédaction

| N° | Nom et Prénom | Fonction |
|-----------|---------------------------------|---|
| 1 | Charles-Juste GUEDOU | Chef Service de la Programmation et de la Prospective |
| 2 | Dr Assomption HOUNSA | Personne ressource |
| 3 | Martial CAPO CHICHI | Président Association des Kinésithérapeutes et Rééducateurs du Bénin (ABEKIR) |
| 4 | Edouardo K. ADJASSIN | Secrétaire Général de l'Association Béninoise des Professionnels de l'Orthophonie (ABEPO) |
| 5 | Bernadin K. OGOUBI | Trésorier Général de l'Association des Orthoprothésistes et Professionnels de l'appareillage orthopédique du Bénin (AOPB) |
| 6 | Prof. Ag. Toussaint G. KPADONOU | Professeur agrégé en médecine physique réadaptation / Directeur du Programme |
| 7 | Dr Etienne ALAGNIDE | Médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation |
| 8 | Dr Germain HOUNGBEDJI | Docteur en kinésithérapie réadaptation |
| 9 | Macaire GBAGUIDI | Personne ressource |
| 10 | Jean OLOUKA | Enseignant à l'Ecole Supérieure de Kinésithérapie (ESK) |
| 11 | Yves ANANI | Enseignant à l'Ecole Supérieure de Kinésithérapie (ESK) |
| 12 | Karol GNIMASSOU | Point focal de l'Association pour la Promotion de l'Education et de la Formation à l'Etranger (APEFE) |
| 13 | Conrad DEGUENON | Chef Service Santé Communautaire |
| 14 | Corneille ASSOGBA | Chef Division Réadaptation Médicale (DRM) |
| 15 | HOCHET Antoine | Assistant technique international APEFE |
| 16 | Ludovic LEVASSEUR | Administrateur des Programmes APEFE |

Table des matières

| | |
|--|-----|
| LISTE DES TABLEAUX | iii |
| Préface..... | iv |
| Remerciements | v |
| Listes des sigles et acronymes | vi |
| Résumé..... | vii |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| 1. CONTEXTE..... | 3 |
| 1.1. Caractéristiques du Bénin..... | 4 |
| 1.2. Profil sanitaire | 5 |
| 1.2.1. Pyramide sanitaire du Bénin..... | 5 |
| 1.2.2. Personnel de santé | 6 |
| 1.2.3. Etat de morbidité et de mortalité au Bénin..... | 6 |
| 1.3. Historique de la Réadaptation Médicale au Bénin | 7 |
| 1.4. Domaines d'intervention de la réadaptation médicale | 9 |
| 1.4.1. Les Maladies Non transmissibles | 10 |
| 1.4.2. La santé des enfants et du nouveau-né | 10 |
| 1.4.3. La santé des adolescents et adultes..... | 10 |
| 1.4.4. La santé des personnes âgées et patients grabataires..... | 11 |
| 1.4.5. Autres domaines spécifiques de la RM | 11 |
| 2. PROBLEMATIQUE DE LA READAPTATION MEDICALE AU BENIN | 12 |
| 2.1. Définition des concepts | 13 |
| 2.1.1. La Réadaptation à Base Communautaire | 13 |
| 2.1.2. La Réadaptation Médicale..... | 14 |
| 2.1.2.1. La Médecine Physique et Réadaptation | 14 |
| 2.1.2.2. La Kinésithérapie | 14 |
| 2.1.2.3. L'Orthopédie | 14 |
| 2.1.2.4. L'Orthophonie | 15 |
| 2.1.2.5. L'Ergothérapie..... | 15 |
| 2.2. Situation de la Réadaptation Médicale dans le monde | 15 |
| 2.3. Situation de la Réadaptation Médicale en Afrique..... | 16 |
| 2.4. Situation de la Réadaptation Médicale au Bénin..... | 16 |
| 2.4.1. Niveau institutionnel | 16 |
| 2.4.2. Niveau sanitaire..... | 17 |
| 2.4.2.1. Ressources humaines de la RM en activité en 2015..... | 17 |
| 2.4.2.2. Statut des ressources humaines de la réadaptation médicale des formations sanitaires publiques et confessionnelles du Bénin en 2015..... | 18 |

| | | |
|----------|--|----|
| 2.4.2.3. | Point des Professionnels de la RM au Bénin en 2015 | 18 |
| 2.4.2.4. | Les hôpitaux publics de référence ne disposant pas d'un service RM | 19 |
| 2.4.2.5. | Conformité aux nouvelles normes de construction et d'équipement..... | 19 |
| 2.5. | Diagnostic..... | 20 |
| 2.5.1. | Analyse FFOM..... | 20 |
| 2.5.2. | Identification des problèmes prioritaires | 21 |
| 3. | STRATEGIQUES DE DEVELOPPEMENT DE LA READAPTATION MEDICALE AU BENIN..... | 22 |
| 3.1. | Fondements de la politique..... | 23 |
| 3.2. | Schéma de la politique de développement de la réadaptation médicale au Bénin | 24 |
| 3.3. | Vision | 25 |
| 3.4. | Objectifs et axes stratégiques | 25 |
| 3.4.1. | Objectif Général | 25 |
| 3.4.2. | Objectifs Spécifiques..... | 25 |
| 3.4.3. | Axes stratégiques..... | 25 |
| 3.4.3.1. | Objectif Spécifique N°1 : Rendre disponible l'offre de soins de réadaptation médicale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire..... | 25 |
| 3.4.3.2. | Objectif Spécifique N°2 : Promouvoir la connaissance, le dépistage et le recours aux soins de réadaptation médicale..... | 26 |
| 3.4.3.3. | Objectif Spécifique N°3 : Renforcer l'institutionnalisation de la réadaptation médicale et les capacités de ses acteurs..... | 27 |
| 4. | MISE EN ŒUVRE ET SUIVI EVALUATION DE LA POLITIQUE..... | 28 |
| 4.1. | Opérationnalisation de la politique de développement de la réadaptation médicale..... | 29 |
| 4.2. | Les organes de coordination et de suivi de la politique..... | 29 |
| 4.2.1. | Le comité de pilotage | 29 |
| 4.2.2. | Le comité technique de suivi..... | 30 |
| 4.2.3. | Les Membres observateurs | 31 |
| 4.3. | Critères d'éligibilité des membres du comité de pilotage | 31 |
| | CONCLUSION | 32 |
| | ANNEXES | 33 |
| | Annexe 1 : Répartition des ressources humaines et infrastructures de la Réadaptation Médicale du Bénin par structure de soins | 34 |
| | Annexe 2 : Indicateurs de suivi de la politique de développement de la réadaptation médicale..... | 36 |
| | Annexe 3 : liste des documents consultés | 37 |
| | Annexe 4 : Comité de rédaction | 38 |