



Amélioration de l'accès aux aides techniques

Résumé d'orientation

1. Les technologies d'assistance, qui sont un sous-groupe des technologies de la santé, sont les produits, systèmes et services connexes d'assistance élaborés dans le but de maintenir ou d'améliorer l'autonomie des personnes, et donc de promouvoir leur bien-être. Les aides techniques sont des outils essentiels pour compenser un trouble ou une perte de capacité intrinsèque, réduire les conséquences de la perte fonctionnelle progressive, limiter le besoin de recourir aux aidants, prévenir toute nouvelle progression et permettre de rationaliser les coûts en matière de santé et de protection sociale.
2. La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées oblige les États signataires à garantir un accès aux technologies d'assistance à un coût abordable. L'accès aux aides techniques fait partie de la couverture sanitaire universelle et il doit être intégré aux efforts pour atteindre la cible 3.8 des objectifs de développement durable (ODD). Dans ce contexte, l'OMS a mis en place la coopération mondiale relative aux technologies d'assistance (*Global Cooperation on Assistive Technology, GATE*), en vue d'améliorer l'accès aux aides techniques de haute qualité.
3. Les États Membres portent la responsabilité de remplir leurs engagements mondiaux. Compte tenu de l'évolution des besoins des populations, l'accès aux aides techniques a tout autant d'importance que l'accès aux autres technologies. Des efforts sont requis, à l'échelle nationale, pour améliorer cet accès au moyen des services publics, y compris à travers l'allocation de ressources financières suffisantes.
4. Les lacunes actuelles sur le plan des connaissances et des données spécifiques font qu'il est difficile d'évaluer la situation régionale quant à l'accès aux aides techniques de ceux qui en ont besoin. Plusieurs études et rapports sur les incapacités, les déficiences visuelles et auditives, le vieillissement des populations et la charge des maladies non transmissibles, les troubles mentaux et les traumatismes, ainsi que des données issues des situations d'urgence, ont toutefois indiqué un accès limité à des aides appropriées et de qualité à un coût abordable. Parmi les difficultés régionales majeures, on trouve les points suivants : des lacunes en matière de politiques, de programmes et de ressources financières sur le plan national ; une évaluation inappropriée des besoins ; des limites des données, qui incluent le manque de définition uniforme et de méthodologie normalisée ; et la non disponibilité de services adéquats et de ressources humaines qualifiées. En outre, les crises et les conflits peuvent aboutir au démantèlement et à la fragmentation des systèmes de santé, réduisant leur capacité à fournir des soins appropriés, y compris des aides techniques.
5. Les États membres sont invités à entreprendre des actions dans le cadre d'un certain nombre d'orientations stratégiques afin d'améliorer l'accès aux aides techniques et d'assurer leur intégration dans la couverture sanitaire universelle : élaborer des politiques et des cadres de financement appropriés ; mettre en place un guichet unique pour la prestation de services basée sur une évaluation adaptée des besoins ; dresser une liste nationale des produits et aides techniques prioritaires avec des normes de qualité et de sécurité et offrant un accès équitable à celles-ci ; et renforcer les capacités du personnel. Ces mesures doivent se fonder sur des données fiables basées sur les meilleures pratiques normalisées. La prise en compte des besoins latents et émergents qui en découlent dans des situations d'urgence impliquera d'inclure les aides techniques dans les efforts de préparation et de riposte. L'OMS peut fournir l'assistance technique nécessaire pour mettre en œuvre ces actions stratégiques à l'échelle des pays.

1. Introduction

6. Les technologies d'assistance, qui sont un sous-groupe des technologies de la santé, sont les produits, systèmes et services connexes d'assistance élaborés dans le but de maintenir ou d'améliorer l'autonomie des personnes, et donc de promouvoir leur bien-être. Elles permettent aux personnes rencontrant des difficultés liées à l'autonomie de vivre dignement en bonne santé, d'être productives et indépendantes, de se former, ainsi que de prendre part au marché du travail et à la vie sociale.

7. Les aides techniques comprennent tous les produits externes dont l'objectif principal est de maintenir ou d'améliorer l'autonomie et l'indépendance d'une personne, et donc de promouvoir son bien-être. Il s'agit notamment des fauteuils roulants, des aides auditives, des lunettes, des piluliers et des jambes artificielles, ainsi que des technologies de l'information et de la communication telles que les aides à la mémoire, le matériel informatique et les logiciels spécialisés et les téléphones personnalisés. Les aides techniques sont des outils essentiels pour compenser un trouble ou une perte de capacité intrinsèque, réduire les conséquences de la perte fonctionnelle progressive, limiter le besoin de recourir aux aidants, prévenir toute nouvelle progression et permettre de rationaliser les coûts en matière de santé et de protection sociale.

8. Un large éventail de la population a besoin des technologies d'assistance, dont les personnes handicapées, les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies chroniques, mais ces aides concernent aussi une population plus nombreuse, tous ceux qui souffriront d'une forme quelconque d'altération temporaire ou permanente ou d'une perte d'autonomie au cours de leur vie. Avec l'augmentation des traumatismes et des maladies non transmissibles et le vieillissement des populations, la demande de services de réadaptation et de technologies d'assistance augmente. Les services d'assistance doivent être disponibles parallèlement aux services de promotion, de prévention, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs.

9. En l'absence de technologies d'assistance, les personnes dans le besoin se retrouvent souvent exclues, isolées et condamnées à la pauvreté, et la charge de morbidité et de handicap s'accroît. En plus de leur incidence positive sur la santé et le bien-être de chaque individu, les technologies d'assistance constituent une stratégie rentable qui entraîne une réduction des coûts en matière de santé et de protection sociale et permet aux personnes qui ont des problèmes d'autonomie de travailler et de participer à l'activité économique et aux programmes de développement nationaux.

10. Le nombre de personnes pouvant prétendre, dans le monde, à des aides techniques, est estimé à plus d'un milliard (1). Selon les projections, ce nombre devrait augmenter pour dépasser les deux milliards d'ici à 2050. Ces chiffres sont considérés comme des sous-estimations, du fait qu'ils n'incluent pas les personnes présentant un handicap léger, qui pourraient également bénéficier d'un accès aux aides techniques (2). Il a par exemple été estimé qu'un milliard de personnes avaient besoin de lunettes pour corriger leur trouble de la vision de près, uniquement lié à l'âge (presbytie) (3). Dans le monde, 70 millions de personnes ont besoin d'un fauteuil roulant mais seules 5 à 15 % d'entre elles y ont accès. La production d'aides auditives ne couvre que 10 % des besoins mondiaux et 3 % des besoins dans les pays à revenu faible. En outre, 200 millions de personnes malvoyantes n'ont pas accès aux lunettes ou à d'autres dispositifs de correction de la vision (1). Les conflits, la violence et les catastrophes naturelles entraînent des traumatismes et des handicaps et augmentent la vulnérabilité des personnes âgées et des personnes présentant une incapacité latente (1).

11. En dépit de ces besoins massifs et croissants, on estime aujourd'hui que seule 1 personne sur 10 a accès à des aides techniques (4). Cette situation est imputable au manque de financement, à la disponibilité limitée, à l'absence de sensibilisation et à la pénurie de personnels formés, ainsi qu'aux coûts élevés. Dans la Région de la Méditerranée orientale, il existe une demande croissante d'aides techniques, alimentée non seulement par des taux de vieillissement de la population élevés et par l'augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles, mais également par les conflits et les situations d'urgence complexes qui touchent, directement ou indirectement, la plupart des pays qui la composent.

12. En juin 2016, 18 États Membres de la Région ont ratifié la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, qui les oblige à garantir un accès aux technologies d'assistance à un coût abordable et à renforcer la coopération internationale pour y parvenir. Les aides techniques représentent des outils de médiation indispensables pour de nombreuses personnes handicapées, pour que soient respectés les droits inscrits dans la Convention, parmi lesquels la mobilité individuelle, l'accès à la formation et à l'emploi, le droit de mener une vie indépendante et de participer à la société. En 2013, lors de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le handicap et le développement, l'OMS a été chargée de mettre sur pied et de coordonner une initiative mondiale visant à aider les États Membres à respecter leurs obligations en matière d'amélioration de l'accès aux technologies d'assistance en vertu de la Convention.

13. Du fait que les aides techniques permettent de lutter contre les difficultés liées à l'autonomie, elles jouent un rôle central dans la réalisation des cibles associées à l'objectif de développement durable n°3 (ODD 3), en particulier le point 3.8, à savoir la couverture sanitaire universelle. Il est donc primordial que les aides techniques au coût abordable et de qualité fassent partie intégrante de la couverture sanitaire universelle, parallèlement aux médicaments essentiels et aux vaccins. Bon nombre d'enfants, d'adultes et de personnes âgées ont également besoin de technologies d'assistance pour que d'autres ODD soient atteints. Les technologies d'assistance jouent un rôle essentiel comme facteur d'intégration et d'inclusion, elles en sont une condition préalable.

14. Le secteur de la santé est le mieux placé pour garantir la disponibilité des aides techniques. De nombreuses aides techniques sont attribuées et adaptées par les professionnels de la santé. Si d'autres ministères peuvent également être impliqués, ce sont d'abord les ministères de la Santé qui sont chargés de garantir la santé et le bien-être de leurs populations. Ils possèdent en effet l'infrastructure nécessaire à la prestation de services intégrés, y compris au niveau des soins de santé primaires, qui peut être utilisée pour la mise à disposition d'aides techniques à grande échelle. Même dans les pays où d'autres secteurs (comme la protection sociale) assument la responsabilité principale des technologies d'assistance, les ministères de la Santé devraient également disposer d'un programme dédié à ces technologies afin de s'assurer que de telles technologies soient accessibles à l'ensemble de la population.

15. Le présent document examine les technologies d'assistance dans le contexte régional actuel et résume, à partir des données disponibles, les défis actuels et les nouvelles opportunités de progrès sur la voie de l'amélioration de l'accès aux aides techniques dans la Région. Il détermine également les priorités et les solutions associées pour accélérer la progression, en soulignant les fonctions et les responsabilités à la fois des États Membres et de l'OMS dans la réalisation de cet objectif commun.

2. Vue d'ensemble des aides techniques

16. Les données sur la prévalence du handicap et la perte fonctionnelle et sur les besoins de réadaptation correspondants, y compris au niveau des aides techniques, sont très éparpillées à l'échelle mondiale et dans la Région. Les estimations des années de vie ajustées sur l'incapacité (AVCI) donnent des indications sur la charge régionale du handicap lié à des problèmes de santé majeurs et associé à un besoin d'aides techniques. Le tableau 1 montre les AVCI estimées en fonction des problèmes de santé associés dans la Région, à partir des estimations sanitaires mondiales de l'OMS en date de 2012.

Tableau 1. Estimations régionales des AVCI par cause spécifique, 2012

Indicateur	AVCI (000)	% AVCI
Total régional des AVCI pour les deux sexes, toutes causes et tous âges confondus	249 716 551	
Maladies non transmissibles	115 919 149	46,4
Traumatismes	33 104 737	13,3
Anomalies congénitales	6 840 921	2,7
Déficiences visuelles	3 146 505	1,3
Déficiences auditives	1 744 466	0,7
Maladie d'Alzheimer et autres démences	545 579	0,2

17. Les personnes ayant le plus besoin des technologies d'assistance sont, entre autres, les personnes handicapées, les personnes âgées, les personnes atteintes de maladies non transmissibles, les personnes atteintes de troubles mentaux, notamment de démence et d'autisme, et les personnes atteintes de perte fonctionnelle progressive. Les aides techniques sont des outils essentiels pour compenser un trouble ou une perte de capacité intrinsèque, réduire les conséquences de la perte fonctionnelle progressive, limiter le besoin de recourir aux aidants et permettre de rationaliser les coûts en matière de santé et de protection sociale (5) (6).
18. Les répercussions des technologies d'assistance vont bien au-delà des bénéfices pour la santé et le bien-être de chaque utilisateur et de sa famille. Les bénéfices sont également socioéconomiques, avec la réduction des coûts directs en matière de santé et de services d'appui, par exemple des coûts liés aux séjours à l'hôpital ou aux prestations sociales, ce qui permet d'améliorer la productivité de la population active et de stimuler la croissance économique. Voici quelques exemples :
- l'utilisation appropriée des aides auditives chez les jeunes enfants permet d'améliorer leurs compétences linguistiques, sans lesquelles les possibilités d'éducation et d'emploi d'une personne souffrant de déficience auditive sont extrêmement limitées (7) ;
 - les coûts de la fourniture d'aides techniques aux étudiants sont amortis lorsque ceux-ci entrent sur le marché du travail (8) ;
 - l'utilisation de fauteuils roulants adaptés accroît l'accès à l'éducation et à l'emploi et réduit les coûts sanitaires grâce à la réduction du risque d'escarres et de contractures (9) ;
 - les technologies d'assistance peuvent permettre aux personnes âgées de rester chez elles et retarder ou éviter le recours à des soins en institution à long terme (10) ;
 - les technologies d'assistance réduisent le risque de chutes chez les personnes âgées, en prenant en charge le déclin des capacités fonctionnelles lié aux pertes visuelles, auditives et de mobilité (11) ;
 - les lunettes pour la correction de la presbytie (vision floue de près associée au vieillissement) permettent aux personnes âgées de prendre part à diverses activités et donc de conserver leur indépendance et leur rôle de soutien dans la famille (12).
19. La charge socioéconomique des soins est également à prendre en compte, bien qu'elle reste largement non quantifiée dans la plupart des pays. Des services de santé inappropriés ou inaccessibles et un financement limité des pouvoirs publics font peser de lourdes charges sur les aidants et les familles, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire (13). Les technologies d'assistance peuvent réduire le stress et la charge de travail des aidants en apportant une aide dans les activités du quotidien et en améliorant la sécurité, la mobilité et l'indépendance (14).

3. Accès global aux services de réadaptation et aux aides techniques

20. Le *Rapport mondial sur le handicap* (2011) fournit les données factuelles permettant de démontrer les besoins non satisfaits à l'échelle mondiale en matière de technologies d'assistance de toutes sortes (1). Nombreux sont ceux qui, partout dans le monde, ont un accès restreint voire inexistant aux aides techniques de base comme les aides auditives, même dans certains pays à revenu élevé. Dans de nombreux pays, l'accès aux aides techniques dans le secteur public est limité ou inexistant, ce qui entraîne des paiements directs très élevés (8). En situation d'urgence, les besoins sont élevés mais souvent ignorés. Par conséquent, il se peut que des aides inadaptées de piètre qualité soient distribuées de manière sporadique, ou que la distribution n'ait pas lieu, ce qui peut entraîner des complications secondaires et même des décès prématurés. Les perturbations subies par les systèmes de santé et d'autres systèmes peuvent accentuer ce phénomène. Le manque de sensibilisation des utilisateurs potentiels aux bénéfices apportés par les aides techniques contribue également aux problèmes d'accès et d'utilisation. L'absence de données spécifiques suffisantes concernant les besoins satisfaits et non satisfaits constitue un défi supplémentaire.

21. Les principaux obstacles qui viennent entraver l'accès adéquat aux aides techniques pour les personnes qui en ont besoin relèvent du domaine des politiques et du financement, de la prestation de services, du personnel et des produits.

Politiques et financement

22. Peu de pays sont dotés d'une politique ou d'un programme national sur les technologies d'assistance. L'enquête mondiale sur l'action gouvernementale dans l'application des Règles des Nations Unies pour l'égalisation des chances des personnes handicapées, menée en 2005 dans 114 pays dont 18 pays de la Région, a conclu que 50 % des pays interrogés n'avaient pas adopté de législation sur les technologies d'assistance et que 48 % ne disposaient pas de politiques dédiées à la distribution de technologies d'assistance (15). Pour garantir un accès abordable aux technologies d'assistance, le gouvernement doit s'engager à financer adéquatement et durablement ces aides et à garantir un approvisionnement efficace en aides techniques et en systèmes de prestation adaptés. Parmi les obstacles principaux à l'accès à ces aides figurent non seulement les coûts initiaux, mais aussi la nécessité d'entretenir et de remplacer les produits, le manque d'instructions claires et de pratique nécessaires à une utilisation appropriée et les services et les frais de déplacement associés. L'enquête mondiale a conclu que plus de 50 % des utilisateurs achetaient des aides techniques directement, tandis qu'une autre étude a montré que les tarifs peu abordables constituaient l'une des raisons principales pour lesquelles les personnes dans le besoin ne possédaient pas d'aides techniques (16).

Prestation de services

23. La prestation de services actuelle n'est pas équitable. Des disparités apparaissent non seulement entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci, mais également en fonction de la conjoncture économique et entre des personnes atteintes de handicaps différents (15). L'enquête mondiale a conclu que 53 % des États interrogés ne disposaient pas de programmes de prestation de services relatifs aux aides techniques.

Personnel

24. Il est nécessaire que les personnels de santé soient convenablement formés pour que la prescription des aides techniques, leur adaptation, la formation des utilisateurs et le suivi soient appropriés. Sans cela, les aides techniques peuvent ne servir à rien, être abandonnées ou même causer des préjudices physiques, ce qui a des retombées négatives et aggrave le coût sanitaire pour les utilisateurs. Il existe toutefois une pénurie de personnels formés dans la plupart des pays. À titre d'exemple, plus de 75 % des pays en développement ne possèdent pas de programme de formation aux métiers de prothésiste et d'orthésiste (17). Les pays où la prévalence des problèmes de santé liés au handicap est la plus élevée sont souvent ceux où les agents de santé qualifiés dans la distribution des technologies d'assistance sont les moins nombreux, leur nombre ne dépassant pas deux professionnels pour 10 000 habitants dans certains cas (18).

Produits

25. Le secteur des technologies d'assistance est actuellement limité et spécialisé, et il répond principalement aux besoins des marchés à revenu élevé. Des lacunes en matière de financement public, de travaux de recherche-développement centrés sur l'utilisateur, de systèmes d'approvisionnement, de normes de qualité et de sécurité et de conception de produits adaptés aux différents contextes constituent tout autant de facteurs négatifs. De nombreux pays ne produisent pas de technologies d'assistance ou se limitent à une production à petite échelle à la fois en termes de quantité et de diversité des produits proposés. L'accès insuffisant aux matériels et aux équipements nécessaires et la taxe sur les ventes et les droits à l'importation élevés qui y sont associés entravent la production locale.

4. Situation et défis régionaux

26. Étant donné les lacunes sur le plan des connaissances et le manque de données régionales spécifiques, il est difficile d'évaluer la situation de la Région concernant l'accès aux aides techniques des individus dans le besoin. Cependant, plusieurs études et rapports présentent des données sur la prévalence des problèmes de santé pouvant affecter les capacités fonctionnelles, et pourraient donc contribuer à esquisser le contexte régional sous-tendant les besoins en matière de technologies d'assistance.

4.1 Politiques et programmes

27. L'engagement des gouvernements à assurer l'égalité des chances de toutes les personnes ayant des besoins spécifiques est essentiel pour garantir un accès équitable aux technologies d'assistance et aux services associés (8). Les organisations non gouvernementales ont rarement les moyens financiers ou les capacités de créer des systèmes de prestation de services durables à l'échelle nationale. Bénéficiant d'une couverture géographique limitée, leurs services se concentrent souvent sur des types spécifiques de technologies d'assistance ou de handicaps.

28. Les pays ayant participé à l'enquête mondiale de 2005 ont indiqué avoir fourni des aides techniques aux personnes dans le besoin. Rien ne dit, cependant, si cette distribution a été effectuée avec l'appui d'une législation, de politiques ou de programmes pertinents et appropriés. Souvent, les services de réadaptation, notamment dans les pays à revenu faible et intermédiaire, sont fournis par le secteur privé, les organisations non gouvernementales, les donateurs et les institutions internationales. Tous ces facteurs ont des incidences sur l'universalité et la couverture équitable de l'approvisionnement en technologies d'assistance (15).

4.2 Besoins parmi les différents groupes

29. D'une manière générale, les données concernant les besoins en technologies d'assistance chez les personnes handicapées sont rares. Néanmoins, les données disponibles sur le handicap et les problèmes de santé afférents peuvent servir d'indicateurs en vue d'estimer la taille du marché des aides techniques nécessaire pour répondre aux besoins des populations.

Handicap

30. Le Rapport mondial sur le handicap estime que 15 % de la population mondiale vit avec une forme de handicap. On estime que plus de 97 millions de personnes sont touchées par une incapacité dans la Région. Le tableau 2 indique que la prévalence du handicap enregistrée dans les États Membres varie entre 0,7 et 4,6 % (19). Cette large fourchette donne une indication des limites des données, qui incluent le manque de définition uniforme et de méthodologie normalisée. En outre, ces chiffres sont probablement sous-estimés, en particulier si on les rapporte au pourcentage global des 15 % de la population totale.

Déficiences visuelles et auditives

31. L'OMS estime qu'en 2010, 4,9 millions de personnes dans la Région étaient aveugles, 18,6 millions étaient malvoyantes et 23,5 millions présentaient des troubles de la vue, représentant 0,8 %, 3,2 % et 4,1 % de la population totale de la Région, respectivement (20). Les données régionales disponibles indiquent également que 10,7 millions de personnes âgées de 15 ans ou plus sont atteintes d'une déficience auditive invalidante. D'après les estimations de l'OMS, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord représentent environ 3 % de la population mondiale de plus de 65 ans souffrant d'une déficience auditive invalidante (21).

Vieillessement des populations

32. Les données disponibles sur le vieillissement actuel et prévu des populations (60 ans et plus) dans les pays de la Région indiquent que ses chiffres, comparés à l'ensemble de la population régionale, vont progressivement augmenter pour passer de près de 6,6 % en 2015 à presque 15 % en 2050 (22). Le vieillissement croissant des populations a des répercussions sur les besoins estimés en technologies d'assistance, du fait du déclin fonctionnel et du risque accru de maladies non transmissibles qui lui sont associés.

Tableau 2. Prévalence, types et causes de handicaps dans les États Membres

Pays	Prévalence	Type de handicap (%)				Cause de handicap (%)						
		Physique / moteur	Visuel / vocal / auditif	Mental	Autre	Conflit / situation d'urgence	Vieilliss ement	Accident	Maladies	Hérédité	Liée à la naissa nce	Autre
Afghanistan (2011) ^a	2,9	37,0	26,0	–	–	17,0	–	–	–	–	26,4	–
Arabie saoudite (2004)	0,8	23,8	29,9	19,8	26,5	–	–	–	–	–	–	–
Bahreïn (2010)	2,9	30,7	28,0	14,6	26,7	–	–	8,9	36,1	9,5	29,3	16,2
Égypte (2006)	0,7	33,9	26	22,4	17,7	–	9,4	13,9	13,7	51,9	5,4	–
Émirats arabes unis (2005)	0,8	15,4	67,5	7,4	9,7	–	–	–	–	–	–	–
Iraq (2007)	2,8	44,9	18,4	14,6	22,1	14,3	–	8,4	15,5	–	45,6	16,2
Jordanie (2010)	1,9	28,5	37,8	19,4	14,3	–	–	–	–	–	–	–
Koweït (2011)	1,1	30,8	35,1	17,0	17,1	–	–	10,2	35,9	6,5	39,5	7,9
Liban (2004)	2,0	59,9	38,8	22,3	–	7,9	16,5	17,7	17,0	30,7	5,1	5,2
Libye (2007)	2,9	43,3	28,1	22,5	6,1	–	9,8	23,5	19,6	23,4	11,4	12,2
Maroc (2004)	2,3	27,5	24,9	18,8	28,8	–	–	–	–	–	–	–
Oman (2010)	3,2	32,7	41,1	13,9	12,3	–	30,0	6,5	28,0	31,4	–	4,1
Palestine (2007)	4,6	38,9	80,1	14,6	14,7	–	–	–	–	–	–	–
Pakistan (1998) ^b	2,5	19,0	16,0	14,0	43,3	–	–	–	–	–	–	–
Qatar (2010)	0,4	44,5	92,0	29,6	14,5	–	–	–	–	–	–	–
République arabe syrienne (2007)	1,4	43,6	21,9	23,5	10,8	–	9,7	11,6	27,0	49,1	–	2,6
Soudan (2008)	4,9	28,5	59,5	24,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Tunisie (2009)	1,3	36,7	23,5	34,1	5,7	–	3,5	15,3	25,8	–	51,6	4,0
Yémen (2004)	1,9	32,5	38,4	14,5	14,6	2,2	28,0	17,8	22,2	26,3	–	3,5

Source : (18) sauf indication contraire

a Source : Stratégie sur le handicap et la réadaptation 1390-1393 (Kaboul : ministère de la Santé publique; 2011)

b Source : recensement de 1998 (<http://www.pbs.gov.pk/sites/default/files/tables/DEMOGRAPHIC%20INDICATORS%20-%201998%20CENSUS.pdf>, consulté le 26 juin 2016)

– données non disponibles

Maladies non transmissibles et troubles mentaux

33. À l'échelle mondiale, les maladies non transmissibles comptent pour deux années sur trois de vie avec le handicap. Les maladies non transmissibles peuvent générer des troubles associés à l'amputation, à la cécité ou à la mauvaise vision, à la mobilité, aux facultés cognitives et à l'élocution (23). Les maladies non transmissibles sont en augmentation dans la Région et la prévalence des principaux facteurs de risque comportementaux est l'une des plus élevées au monde (24). La Région compte environ 43 millions de personnes diabétiques et elle a la prévalence de diabète la plus élevée au monde (13,7 %) chez les adultes âgés de 18 ans et plus. Les taux d'amputation d'un membre inférieur sont 10 à 20 fois plus élevés chez les personnes atteintes de diabète que dans l'ensemble de la population (25).

34. Une analyse des études sur les données épidémiologiques ajustées selon l'âge concernant les accidents vasculaires cérébraux, autre facteur majeur d'incapacité dans la Région, a montré que l'incidence des accidents vasculaires cérébraux dans cinq pays de la Région était comprise entre 27,5 (Koweït) et 63 (Libye) pour 100 000 habitants par an (26). La démence, cause majeure d'incapacité et de dépendance chez les personnes âgées du monde entier, touche actuellement plus de 2,3 millions de personnes vivant en Afrique du Nord et au Moyen-Orient (27). Ce chiffre devrait atteindre 4,4 millions à l'horizon 2030. La plupart des personnes atteintes de démence ou subissant les effets d'un accident vasculaire cérébral bénéficieront de technologies d'assistance pour améliorer leur autonomie.

Poliomyélite

35. De nombreuses personnes ayant contracté une poliomyélite au cours des dernières décennies et ayant survécu vivent aujourd'hui avec une incapacité. Actuellement, les deux seuls pays au monde où cette infection reste endémique se trouvent dans la Région. Il s'agit de l'Afghanistan et du Pakistan. L'OMS a commencé à mettre en œuvre l'Initiative de réadaptation post-poliomyélite au Pakistan en 2007. À ce jour, plus de 800 enfants ont bénéficié d'orthèses et environ 115 de ces enfants ont également reçu un soutien afin de pouvoir intégrer le système scolaire ordinaire. Ces chiffres donnent une indication des besoins qui restent à satisfaire.

Traumatismes

36. Certaines estimations nationales montrent que jusqu'à 25 % des incapacités peuvent être associées à des traumatismes (28 %). Les traumatismes liés aux accidents de la circulation non mortels entraînant une invalidité permanente ne sont pas bien documentés dans la Région. Des chiffres sont disponibles pour quatre pays de la Région seulement et ils vont de 1,8 à 18 % (29). On estime que pour chaque décès causé par un accident de la route, entre 20 et 50 personnes subissent un traumatisme non mortel pouvant potentiellement entraîner une incapacité permanente (30). Étant donné que la Région possède le deuxième taux le plus élevé d'accidents de la circulation à l'échelle mondiale (29), le nombre d'incapacités dues à des traumatismes liés à des accidents de la route devrait être élevé. Les accidents de la route, les chutes et les violences physiques constituent les trois principales causes de lésions de la moelle épinière. On estime que 26 000 à 52 000 personnes subissent chaque année une lésion de la moelle épinière dans la Région, d'où la nécessité de fauteuils roulants, de coussins anti-escarres et d'autres aides techniques (31).

4.3 Services de réadaptation comprenant personnel qualifié et aides techniques

37. Dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire, seules 5 à 15 % des personnes ayant besoin d'aides techniques en bénéficient (15). Une production inappropriée, une faible qualité et des coûts prohibitifs en sont les principales raisons. Les priorités pour ces pays incluent la mise au point d'un simple outil d'évaluation des besoins de la population ainsi que l'élaboration de politiques pour répondre aux besoins croissants des personnes qui ont des difficultés fonctionnelles (32).

38. Un examen des avis des parties prenantes sur les politiques et les services relatifs au handicap en Égypte, en Jordanie et au Liban, mené en 2006, a montré que l'accès à des services de soins appropriés et notamment aux aides techniques était limité, en dépit des efforts fournis (33). La nécessité d'augmenter les ressources humaines requises a été soulignée. Au Maroc, les personnes atteintes d'un handicap ont fait part de la nécessité d'un meilleur accès aux médicaments (21,3 %), aux « dispositifs techniques » (17,5 %) et à une aide financière pour les besoins élémentaires (52,5 %) (34).

39. Un examen des technologies d'assistance pour les populations vieillissantes en Égypte a mis en avant la participation d'organisations non gouvernementales à l'achat et à l'entretien des aides techniques ainsi qu'à la formation. L'examen a fait ressortir des inquiétudes concernant la pertinence et la qualité des aides techniques mises à disposition. En Égypte, le ministère de la Santé publique et de la Population, le ministère de la Solidarité sociale ainsi que d'autres parties prenantes concernées contribuent également à la fourniture de technologies d'assistance, y compris à leur développement, production, distribution, entretien et réparation (35).

4.4 Besoins de technologies d'assistance en situation d'urgence

40. La Région est confrontée à une intensification sans précédent des situations d'urgence, nécessitant une aide humanitaire. Plus de 62 millions de personnes touchées dans la Région ont besoin de soins de santé en raison des situations d'urgence. Les exemples ci-dessous reflètent l'ampleur des besoins en santé nés des situations de crise, et notamment du besoin éventuel de technologies d'assistance.

41. Ces 20 dernières années, des tremblements de terre de grande amplitude à Bam en République islamique d'Iran, et au Cachemire, au Pakistan, ont causé un nombre important de morts et de blessés, entraînant une augmentation considérable des handicaps dans les deux pays. Les estimations indiquent que les deux séismes ont causé environ 31 000 décès et 30 000 blessés en République islamique d'Iran (36) et plus de 73 000 morts et 128 000 blessés au Pakistan (37).

42. Une analyse de la situation humanitaire réalisée en République arabe syrienne en 2016 place les traumatismes et les lésions (comprenant les incapacités), de même que les maladies non transmissibles, en tête des besoins de santé prioritaires. Environ 1,5 million de personnes handicapées et 600 000 personnes atteintes de maladies chroniques font partie des segments de population ayant besoin d'une aide humanitaire, et ces personnes ont un accès limité aux services nécessaires (38). Près de 88,5 % des populations déplacées à l'intérieur du pays ont indiqué qu'elles ne bénéficiaient pas d'un accès satisfaisant aux services de réadaptation (39).

5. Action de l'OMS

5.1 L'initiative GATE

43. Lors de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le handicap et le développement de 2013, l'OMS a été chargée de mettre sur pied et de coordonner une initiative mondiale visant à aider les États Membres à respecter leurs obligations en matière d'amélioration de l'accès aux technologies d'assistance en vertu de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Le Secrétariat a donc créé la coopération mondiale relative aux technologies d'assistance (GATE) en partenariat avec des organisations internationales, des organismes donateurs, des organisations professionnelles, des universitaires et des groupes d'utilisateurs. L'initiative GATE renforce la stratégie mondiale de l'OMS pour des services de santé intégrés et centrés sur la personne, tout au long de la vie, et soutient les plans d'action sur le handicap, le vieillissement et la santé, les maladies non transmissibles et la santé mentale.

5.2 Les quatre outils

44. L'initiative GATE a identifié quatre domaines principaux, quatre outils pratiques qui doivent être exploités pour améliorer l'accès de tous, partout, aux technologies d'assistance : les politiques, le personnel, les aides et la prestation.

Politiques : cadre stratégique pour les technologies d'assistance.

45. L'OMS travaille à l'accompagnement des États Membres dans l'élaboration de programmes nationaux relatifs aux technologies d'assistance. Un cadre stratégique pour les technologies d'assistance est en cours de préparation, avec des exemples de meilleures pratiques. Le cadre comprendra des mécanismes de financement afin de garantir la pérennité de la prestation de services et de l'accès universel. Il donnera également des orientations sur la mise en œuvre de la liste des produits et aides techniques prioritaires, sur les normes minimales, sur les formations adaptées et sur la prestation de services.

Aides : liste des produits et aides techniques prioritaires

46. Inspirée de la liste modèle OMS des médicaments essentiels, la liste des produits et aides techniques prioritaires mise au point fournira des orientations sur les politiques d'achat et de remboursement, notamment la couverture par l'assurance. L'amélioration de l'accès aux aides techniques figurait également au point 6.2 de l'ordre du jour de la cent trente-neuvième session du Conseil exécutif de l'OMS. Ce point de l'ordre du jour a été proposé par le Pakistan, qui a également sollicité un projet de résolution à présenter lors de la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé. Le Conseil exécutif a accepté d'inclure ce point de l'ordre du jour à l'ordre du jour glissant.

Personnel : module de formation aux technologies d'assistance

47. L'OMS travaille actuellement à un module de formation pour aider les États Membres à développer les capacités de leurs personnels de santé nationaux (notamment ceux qui s'occupent de la réadaptation, le personnel infirmier et les agents de santé communautaires) afin de proposer un ensemble d'aides techniques de base à l'échelle des soins primaires ou de la communauté, ce qui comprend la formation des aidants formels et informels. L'OMS collaborera avec les États Membres sur la formation de spécialistes de certaines aides techniques, afin d'étudier dans quelle mesure il est possible d'accroître la capacité locale et/ou régionale.

Prestation : un guichet unique pour la prestation de services relatifs aux aides techniques

48. Un réseau de centres de recours spécialisés relié à l'infrastructure des soins de santé primaires est nécessaire afin de garantir l'accès universel aux aides et une intervention rapide. L'OMS travaille à l'élaboration d'un modèle de prestation de services relatifs aux aides techniques tout en s'assurant que le module soit adapté aux besoins et aux contextes particuliers des États Membres. Cet effort est renforcé par un outil d'évaluation des besoins qui est aussi développé par l'OMS actuellement. Ce modèle personnalisé améliorera l'accès aux aides techniques pour l'ensemble des besoins fonctionnels d'une personne, de préférence depuis un guichet unique.

5.3 Initiatives régionales et interinstitutions communes

49. Dans plusieurs autres régions de l'OMS (Asie du Sud-Est et Pacifique occidental), des réunions régionales sur les technologies d'assistance sont organisées en 2016 afin d'accroître la sensibilisation et de soutenir les États Membres. Le Centre OMS pour le développement sanitaire de Kobe (Japon) participe à l'initiative GATE pour soutenir la collecte et la diffusion des données. L'OMS travaille également avec l'UNICEF pour améliorer l'accès des enfants handicapés aux technologies d'assistance, en particulier dans les zones de crise ou de conflit.

6. Plan d'action régional pour améliorer l'accès aux aides techniques dans la Région de la Méditerranée orientale

50. Le Comité régional est invité à examiner le plan d'action proposé pour la Région, comme première étape sur la voie de l'amélioration de l'accès aux aides techniques dans les États Membres.

Politiques et financement

Mesures à prendre par les États Membres	Soutien de l'OMS
<ul style="list-style-type: none"> Garantir que le ministère de la Santé joue un rôle de chef de file, en coordination avec les autres ministères et les parties prenantes. Élaborer une politique intégrée qui implique toutes les parties prenantes pour améliorer l'accès national des différents groupes aux technologies d'assistance. Mettre au point et/ou renforcer le financement approprié des technologies d'assistance pour éviter les paiements directs élevés, par exemple, et le financement de systèmes de santé ou de programmes d'assurance-maladie ou de protection sociale inclusifs. 	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir les États Membres dans l'élaboration de politiques et de programmes dédiés aux technologies d'assistance basés sur des études de cas de haute qualité et sur des données fiables et pertinentes. Élaborer des orientations pratiques concernant un cadre stratégique pour les technologies d'assistance. Faciliter l'échange d'informations, d'expériences et de meilleures pratiques ainsi que la collaboration entre États Membres dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et des programmes dédiés aux technologies d'assistance.

Prestation de services

Mesures à prendre par les États Membres	Soutien de l'OMS
<ul style="list-style-type: none"> Renforcer la collecte nationale de données à travers la création d'outils et de systèmes appropriés pour mesurer les besoins non satisfaits, en vue de garantir une bonne planification des services. Élaborer une liste nationale des produits et aides techniques prioritaires en fonction des besoins, du contexte et des ressources disponibles à l'échelle du pays. Inclure les technologies d'assistance comme éléments essentiels dans les systèmes de prestation de services de santé à l'échelle des soins tertiaires aux soins primaires/de la communauté. Inclure les aides techniques prioritaires dans toutes les étapes de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence pour s'assurer que les besoins latents et émergents sont correctement satisfaits pendant et après la situation de crise. 	<ul style="list-style-type: none"> Fournir des orientations pratiques aux États Membres, y compris la liste des produits et aides techniques prioritaires de l'OMS, des outils d'évaluation des besoins et un modèle de prestation de services contenant des exemples des meilleures pratiques. Fournir une assistance technique dans la sélection des aides techniques durant toutes les étapes de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence. Encourager les activités de recherche régionales, notamment celles qui touchent au développement des capacités universitaires et institutionnelles, pour augmenter la connaissance du rapport coût-efficacité des technologies d'assistance et l'incidence de l'accès à ces aides sur les familles et les aidants de personnes handicapées.

Aides

Mesures à prendre par les États Membres	Soutien de l'OMS
<ul style="list-style-type: none"> Élaborer des normes nationales pour les aides techniques prioritaires, en particulier sur la qualité et la sécurité minimales. Développer les mécanismes de collaboration et de coordination nationaux et régionaux pour la fabrication d'un ensemble d'aides techniques prioritaires. 	<ul style="list-style-type: none"> Faciliter un accord régional ou sous-régional sur les normes minimales concernant les aides techniques prioritaires. Fournir des orientations sur la sélection des aides à fabriquer et faciliter le transfert de technologie pour produire des aides de haute qualité à un coût abordable.

Personnel

Mesures à prendre par les États Membres	Soutien de l'OMS
<ul style="list-style-type: none"> Mettre au point des ressources humaines nationales appropriées et adaptées pour la distribution d'aides techniques prioritaires à tous les niveaux de la prestation de services de santé, en particulier au niveau des soins de santé primaires. Développer les capacités nationales et/ou régionales de formation de personnel aux métiers spécialisés des technologies d'assistance (par exemple en prothésie, audiologie, optométrie, orthophonie et logopédie). 	<ul style="list-style-type: none"> Aider les États Membres à évaluer les besoins en ressources humaines au niveau des professionnels des technologies d'assistance. Fournir des orientations quant à la définition de normes minimales pour la formation et la réglementation du personnel spécialisé en technologies d'assistance, à tous les niveaux du système de prestation de services de santé, y compris au niveau du personnel soignant des institutions de soins primaires/ communautaire.

Références

1. Rapport mondial sur le handicap : Organisation mondiale de la Santé ; 2011.
2. Khasnabis C, Mirza Z, MacLachlan M. Opening the GATE to inclusion for people with disabilities. *Lancet*. 2015, 386 (10010):2229–30.
3. Holden BA, Tahhan N, Jong M, Wilson DA, Fricke TR, Bourne R et al. Towards better estimates of uncorrected presbyopia. *Bull World Health Organ*. 2015, 93(10):667.
4. Guide de réadaptation à base communautaire (RBC) : module sur la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (<http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/fr/>, consulté le 11 août 2016)
5. Liste des produits et aides techniques prioritaires. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016.
6. La situation des enfants dans le monde 2013 : Les enfants handicapés. New York: Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; 2013.
7. Olusanya BO, Newton VE. Global burden of childhood hearing impairment and disease control priorities for developing countries. *Lancet*. 2007, 369(9569):1314–7.
8. Assistive technology for children with disabilities: creating opportunities for education, inclusion and participation: A discussion paper. Geneva: World Health Organization; 2015.
9. Guide pour les services de fauteuils roulants manuels dans les régions à faible revenu. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2008.
10. Lansley P, McCreadie C, Tinker A. Can adapting the homes of older people and providing assistive technology pay its way? *Age and Ageing*. 2004, 33(6):571–6.
11. Rapport mondial sur le vieillissement et la sante. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015.
12. Patel I, Munoz B, Burke AG, Kayongoya A, Mchiwa W, Schwarzwaldner AW et al. Impact of presbyopia on quality of life in a rural African setting. *Ophthal*. 2006, 113(5):728–34.
13. Thrush A, Hyder A. The neglected burden of caregiving in low-income and middle-income countries. *Disabil Health J*. 2014, 7(3):262–72. doi: 10.1016/j.dhjo.2014.01.003.
14. Marasinghe KM. Assistive technologies in reducing caregiver burden among informal caregivers of older adults: a systematic review. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2016, 11(5):353–60.
15. Global survey on government action on the implementation of the standard rules on the equalization of opportunities for person with disabilities. Amman: South-North Center for Dialogue and Development for the Office of the UN Special Rapporteur on Disabilities; October 2006 (<http://www.google.com/eg/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiUI4C3hsvNAhVIWhQKHQk9BR8QFggfMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.un.org%2Fesa%2Fsocdev%2Fenable%2Fdocuments%2FGlobalSurvey07.doc&usq=AFQjCNE8COsLCutZZEpbkzp64oIgoYInwA>, accessed 22 June 2016).
16. Borg J, Östergren PO. Users' perspectives on the provision of assistive technologies in Bangladesh: awareness, providers, costs and barriers. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2015, 10(4):301–8. doi: 10.3109/17483107.2014.974221.
17. Guide pour la formation du personnel des services de Prothèses et d'Orthèses dans les pays en développement. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2005.
18. Gupta N, Castillo-Laborde C, Landry MD. Health-related rehabilitation services: assessing the global supply of and need for human resources. *BMC Health Serv Res*. 2011, 11:276. doi: 10.1186/1472-6963-11-276.
19. Disability in the Arab world: an overview. Beirut: Economic and Social Commission of Western Asia (ESCWA) and the League of Arab States, 2014 (https://www.unescwa.org/sites/www.unescwa.org/files/page_attachments/disability_in_the_arab_region_-_an_overview_-_en_1.pdf, accessed 5 September 2016).
20. Global data on visual impairments. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/blindness/GLOBALDATAFINALforweb.pdf?ua=1->, accessed 19 June 2016).

21. Mortality and burden of diseases and prevention of blindness and deafness: WHO global estimates on prevalence of hearing loss. Geneva: World Health Organization; 2012. (http://www.who.int/pbd/deafness/news/GE_65years.pdf, accessed 19 June 2016).
22. World population prospects: The 2015 revision [online database]. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2016 (<http://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/>; accessed 26 June 2016).
23. Richards NC, Gouda HN, Durham J, Rampatige R, Rodney A, Whittaker M. Disability, noncommunicable disease and health information. Bull World Health Organ. 2016, 94(3):230–2.
24. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014.
25. Rapport mondial sur le diabète. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016.
26. Benamer HT, Grosset D. Stroke in Arab countries: a systematic literature review. Journal of the neurological sciences. 2009, 284(1):18–23.
27. World Alzheimer report 2015: The global impact of dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer’s Disease International; 2015. [Rapport mondial Alzheimer 2015 : L’impact global des démences Une analyse de la prévalence, l’incidence, les coûts et les tendances ; Fiche Résumé en français <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/world-alzheimer-report-2015-summary-sheet-french.pdf>]
28. Violence and injury prevention: injury-related disability and rehabilitation. Geneva: World Health Organization; 2013. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/disability/en/, accessed 22 June 2016).
29. Rapport de situation sur la sécurité routière 2015. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015.
30. Peden M et al, eds. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2004.
31. International perspectives on spinal cord injury. Geneva: World Health Organization; 2013.
32. Medical devices: managing the mismatch – an outcome of the priority medical devices project. Geneva: World Health Organization; 2010.
33. Taking a step forward: views from stakeholders on disability policies and services in Egypt, Jordan and Lebanon. Working paper no. 1. Amman, Jordan: Handicap International Middle East Regional Office; 2006.
34. Childhood and disabled persons, Kingdom of Morocco. The national survey on disability: results synthesis, 2006. Rabat: Secretariat of Family; 2006.
35. Marasinghe KM, Lapitan JM, Ross A. Assistive technologies for ageing populations in six low-income and middle-income countries: a systematic review. BMJ Innov. 2015, 0:1–14. Doi:10.1136/bmjinnov-2015-000065.
36. USGS: Science for changing the world [website]. Earthquake Information for 2013 (<http://earthquake.usgs.gov/earthquakes/eqarchives/year/2003/>, accessed 1 September 2016).
37. Gosney JE, Reinhardt JD, Von Groote PM, Rathore FA, Melvin JL. Medical rehabilitation of spinal cord injury following earthquakes in rehabilitation resource-scarce settings: implications for disaster research. Spinal cord. 2013 Aug 1;51(8):603-9.
38. 2016 Humanitarian needs overview, Syrian Arab Republic. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; October 2015. (http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2016_hno_syrian_arab_republic.pdf, accessed 10 August 2016).
39. Causes and types of injuries encountered by Handicap International while working with internally displaced persons in Syria: A focus on the impact of explosive weapons. Factsheet Syria, 2014. Lyon: Handicap International; 2014. (http://www.handicapinternational.be/sites/default/files/bijlagen/nieuws/hi_factsheet-syria-21_01_2014_en.pdf, accessed 10 August 2016).