Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-SIXIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A66/12**
Point 13.5 de l'ordre du jour provisoire **11 mars 2013**

Handicap

Rapport du Secrétariat

1. Le document EB132/10 ci-joint a été examiné par le Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session.[1] Le Conseil a également adopté la résolution EB132.R5.[2] Il convient de noter que les informations fournies aux paragraphes 10, 19 et 25 du rapport ont été actualisées.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

2. L'Assemblée de la Santé est invitée à adopter le projet de résolution recommandé par le Conseil exécutif dans sa résolution EB132.R5.

[1] Voir les procès-verbaux de la troisième séance ; de la quatrième séance, section 2 ; et de la neuvième séance, section 2.

[2] Voir le document EB132/2013/REC/1 pour prendre connaissance de la résolution, et des incidences financières et administratives qu'aura pour le Secrétariat l'adoption de cette résolution.

Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXÉCUTIF
Cent trente-deuxième session
Point 6.5 de l'ordre du jour provisoire

EB132/10
30 novembre 2012

Handicap

Rapport du Secrétariat

1. Le handicap n'est ni une notion purement biologique, ni un concept social, mais résulte de l'interaction entre un problème de santé et des facteurs personnels et environnementaux (OMS, 2001).[1] Trois catégories doivent être distinguées : les déficiences, qui désignent des altérations des fonctions organiques ou des structures anatomiques, les limitations d'activité (par exemple incapacité de lire ou de se déplacer) et les restrictions de la participation (par exemple exclusion de l'école ou du travail). Le terme « personnes handicapées » désigne les catégories classiques – personnes en fauteuil roulant, non voyantes, sourdes ou présentant des déficiences intellectuelles – mais aussi les personnes éprouvant des difficultés fonctionnelles imputables à des problèmes de santé très divers (maladies chroniques, troubles mentaux graves, sclérose en plaques) ou au vieillissement.

2. La planète compte plus de 1 milliard de personnes handicapées et 110 à 190 millions d'entre elles connaissent des difficultés importantes. Ce groupe représente dans son ensemble quelque 15 % de la population mondiale, contre 10 % environ dans les années 1970, selon la précédente estimation de l'OMS. La prévalence du handicap augmente de surcroît sous l'effet du vieillissement de la population et de la progression des affections chroniques dans le monde. Les caractéristiques de ce phénomène dans un pays donné dépendent néanmoins des tendances relatives aux problèmes de santé et de l'environnement, ainsi que d'autres facteurs, tels que les accidents de la circulation, les catastrophes naturelles, les conflits, le régime alimentaire ou l'abus de substances psychoactives. Les populations vulnérables sont touchées de manière disproportionnée, en particulier les femmes, les personnes âgées et les pauvres, et la prévalence est plus élevée dans les pays pauvres.

3. De manière générale, l'accès aux services est très difficile pour les personnes handicapées, notamment dans le domaine de la santé (réadaptation y compris), de l'éducation, du transport et de l'emploi. Ces obstacles peuvent prendre plusieurs formes : inadéquation des politiques et des normes, attitudes négatives, insuffisance des services fournis et des financements, manque d'accessibilité, caractère inadapté des technologies et des modalités d'information et de communication, et trop faible participation aux décisions ayant une incidence directe sur leur vie.

[1] *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.

ÉTAT DE SANTÉ ET SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE

4. Partout dans le monde, la situation sanitaire et socio-économique des personnes handicapées est plus mauvaise que celle du reste de la population.

5. **Moins bonne santé que le reste de la population.** Suivant le groupe et le contexte, les personnes handicapées sont davantage exposées à des problèmes de santé secondaires évitables, à une série d'affections concomitantes et aux affections liées à l'âge. Des études ont également montré qu'elles sont plus nombreuses à adopter des comportements à risque (consommation de tabac, mauvaises habitudes alimentaires, sédentarité) et elles sont aussi plus vulnérables face aux risques de violence. L'enquête sur la santé dans le monde de l'OMS indique que la moitié des personnes handicapées n'ont pas les moyens de se faire soigner, contre un tiers du reste de la population.[1] Elles sont également deux fois plus nombreuses à juger que les prestataires de soins n'ont pas les compétences nécessaires pour répondre à leurs besoins, trois fois plus nombreuses à déclarer ne pas avoir reçu les soins requis et quatre fois plus nombreuses à faire état de mauvais traitements. Les besoins en services de réadaptation sont en outre criants. Ainsi, d'après les données obtenues dans quatre pays d'Afrique australe, seulement 26 à 55 % des personnes bénéficiaient de la réadaptation médicale dont elles avaient besoin, 17 à 37 % avaient les aides techniques nécessaires et 5 à 24 % bénéficiaient des services d'aide sociale requis. Lorsque ces besoins en services ne sont pas satisfaits, y compris en matière d'aides techniques, les personnes handicapées risquent de connaître une détérioration de leur état de santé général, des difficultés dans l'exécution de certaines tâches et notamment dans la participation aux activités normales, de séjourner plus longtemps à l'hôpital et d'y être admises de manière répétée, et de voir leur qualité de vie baisser.

6. **Taux de pauvreté plus élevés.** En moyenne, les personnes handicapées et les ménages ayant une personne handicapée en leur sein connaissent plus fréquemment des privations, notamment l'insécurité alimentaire, de mauvaises conditions de logement, un manque d'accès à l'eau potable et aux infrastructures sanitaires de base et un accès insuffisant aux soins de santé, et disposent de moins de biens ou de ressources que les personnes ou les foyers sans handicap. Les personnes handicapées font souvent face à des coûts directs ou indirects supplémentaires, liés par exemple à l'aide à la personne, aux soins médicaux ou aux aides techniques. Ces frais supplémentaires augmentent pour elles et leurs foyers risquent, à revenu égal, d'être plus pauvres que les autres. Dans les pays à faible revenu, les personnes handicapées ont, par rapport à la population sans handicap, un risque supérieur de 50 % de devoir faire face à des dépenses de santé catastrophiques.

7. **Niveaux d'études plus faibles.** La probabilité pour les enfants handicapés d'être scolarisés et de rester dans le système scolaire est plus faible que pour les autres. Toutes les tranches d'âges sont touchées par l'inachèvement des cycles éducatifs. Le problème concerne les pays à faible revenu et ceux à revenu élevé, mais la tendance est plus prononcée dans les premiers.

8. **Moindre participation économique.** Les personnes handicapées ont une probabilité plus grande de ne pas travailler et sont en général moins bien rémunérées quand elles ont un emploi. Une étude récente de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE) montre

[1] Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale. *Rapport mondial sur le handicap*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011. Pour plus d'informations sur l'enquête sur la santé dans le monde, voir l'appendice technique C et http://www.who.int/healthinfo/survey/en/ (consulté le 19 novembre 2012).

qu'en moyenne, leur taux d'emploi (44 %) est presque deux fois inférieur à celui des personnes sans handicap (75 %).[1]

9. **Dépendance accrue et participation restreinte.** Le recours aux solutions de placement en institution, le manque de soutien à la vie dans la communauté et l'insuffisance des services font que les personnes handicapées se retrouvent souvent isolées et dépendantes d'autrui. Vivre dans une institution de long séjour entraînerait une perte d'autonomie pour elles, les isolerait du reste de la population et les exposerait à des risques accrus de violence et d'abus et à d'autres violations des droits de l'homme. De manière générale, la plupart du soutien vient des familles ou des réseaux sociaux, mais le recours exclusif à une aide non professionnelle peut avoir des conséquences négatives pour les personnes qui s'en chargent, comme le stress, l'isolement et la perte de débouchés socio-économiques. Ces difficultés s'accroissent avec le vieillissement des membres de la famille.

MESURES ET RECOMMANDATIONS

10. La Convention relative aux droits des personnes handicapées, adoptée en 2006 et entrée en vigueur en mai 2008, a été signée par 155 pays ou organisations d'intégration régionale et ratifiée par 127 d'entre eux. Elle fait du handicap une question relevant du développement et des droits de l'homme et les États Parties y sont exhortés à la traiter non comme une problématique secondaire, mais en tant que partie intégrante de leurs travaux.

11. Le *Rapport mondial sur le handicap*, publié en 2011 par l'OMS et la Banque mondiale, a été traduit en plusieurs langues, dont toutes les langues officielles des Nations Unies, et diffusé sous de nombreuses formes différentes.[2] Il montre que beaucoup d'obstacles auxquels les personnes handicapées sont confrontées peuvent être levés et qu'il est possible de surmonter les inconvénients inhérents au handicap. Les gouvernements et leurs partenaires de développement y sont invités à prendre des mesures dans les domaines suivants.

12. **Permettre l'accès à tous les systèmes, services et politiques destinés à l'ensemble de la population.** Les personnes handicapées doivent avoir davantage accès aux soins, qui devraient être gratuits ou économiquement accessibles à tous les niveaux du système de santé (l'accent étant porté sur la santé primaire et communautaire), être mieux couvertes par l'assurance-maladie et bénéficier des services d'agents de santé dûment formés. Il faut également leur donner davantage d'autonomie dans la prise en charge de leurs besoins sanitaires. Les mesures visant à améliorer la santé des personnes handicapées et leur intégration dans la société, par l'intermédiaire de soins généraux (par exemple vaccination, services de santé génésique et maternelle, conseils en matière d'activité physique et d'alimentation, dépistage du cancer et d'autres affections) ou de soins spécialisés, sont aussi importantes que celles destinées à empêcher la population de développer des affections liées au handicap. En plus de garantir les droits humains des personnes handicapées, l'inclusion du handicap peut aussi s'avérer plus efficiente et économique.

---

[1] *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles. Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2010.

[2] Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale. *Rapport mondial sur le handicap*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

13. **Investir dans les programmes et services spécifiques pour les personnes handicapées.** Certaines personnes handicapées ont besoin de mesures spécifiques, comme la réadaptation et les services de soutien, qui peuvent améliorer le fonctionnement et l'indépendance et favoriser la participation au sein de la société. Elles doivent également bénéficier de services intégrés et décentralisés de réadaptation et avoir mieux accès aux aides techniques, par exemple aux fauteuils roulants, aides auditives, appareils pour malvoyants et services connexes. Il convient de former des travailleurs spécialisés en réadaptation de sorte à disposer de ressources humaines suffisantes pour permettre aux personnes handicapées de réaliser leur potentiel et d'avoir les mêmes possibilités que les autres de participer pleinement à la société. Les investissements devraient être engagés dans une série de services de soutien réactifs et bien réglementés – par exemple placement temporaire, assistants personnels, interprétation en langue des signes – à même de garantir le bien-être et la dignité des personnes handicapées et de leurs familles.

14. **Adopter une stratégie nationale et un plan d'action sur le handicap.** Ces stratégies devraient énoncer une vision à long terme qui couvre à la fois les programmes généraux et les services spécifiques pour les personnes handicapées. Elles contribueront à améliorer la coordination entre secteurs et services.

15. **Prévoir un financement suffisant et durable et améliorer l'accessibilité économique.** Pour lever les obstacles à l'accès et garantir des services de qualité, il faut un financement suffisant et durable des services publics présentés dans la stratégie et dans le plan d'action.

16. **Améliorer la collecte des données.** Les données (mais aussi les définitions et les méthodes) doivent être standardisées et comparables au niveau international afin d'obtenir plus facilement des points de référence et de suivre les progrès des politiques relatives au handicap. Sur le plan national, les enquêtes existantes devraient comporter des questions, voire un module, sur ce thème. Des enquêtes consacrées au handicap peuvent également être conduites afin d'obtenir des informations plus complètes.

17. Les autres recommandations sont **de sensibiliser le grand public et de lui faire mieux comprendre le handicap, de renforcer et de soutenir la recherche sur ce thème, de développer les ressources humaines (notamment par la formation des professionnels de santé)** et, enfin, **de consulter les personnes handicapées et de les faire participer** à l'élaboration et à la mise en œuvre de ces initiatives.

ACTIVITÉS DU SECRÉTARIAT

18. En avril 2008, le Directeur général a créé le Groupe spécial sur le handicap au sein duquel tous les groupes et bureaux régionaux sont représentés. Le Groupe spécial a fait des progrès remarquables, d'une part, pour faire reconnaître le handicap comme une question transversale intéressant les activités techniques (santé génésique et sexuelle, gestion des risques dans les situations d'urgence, par exemple) et, d'autre part, pour lever les barrières à la participation des personnes handicapées aux travaux de l'OMS, qu'il s'agisse d'obstacles matériels, de l'insuffisance des informations ou encore du manque d'aménagements raisonnables[1] ou de politiques.

[1] Il faut entendre par « *aménagement raisonnable* » les modifications et ajustements nécessaires et appropriés n'imposant pas de charge disproportionnée ou indue apportés, en fonction des besoins dans une situation donnée, pour assurer aux personnes handicapées la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales. Source : Article 2 *Définitions*, Convention relative aux droits des personnes handicapées, Nations Unies, 2006.

19. Depuis la présentation officielle du *Rapport mondial sur le handicap*, le Secrétariat a apporté son soutien à 55 manifestations et concertations nationales. Il a également publié un guide pour les services de fauteuils roulants manuels[1] et, en partenariat avec l'UNESCO, l'OIT et l'International Disability and Development Consortium, un guide sur la réadaptation à base communautaire.[2] Ce dernier concourt au développement des programmes communautaires de réadaptation, dont le but est de permettre à toutes les personnes handicapées d'avoir accès à l'éducation, à l'emploi et aux services sanitaires et sociaux et d'en bénéficier. Le Secrétariat a, en outre, publié des informations et mis à disposition des outils pratiques visant à évaluer et améliorer la qualité des soins et le respect des droits de l'homme dans les services sociaux et les établissements psychiatriques[3] et, en partenariat avec l'UNICEF, un document de travail sur le développement du jeune enfant et le handicap.[4] Il élabore actuellement des lignes directrices sur la réadaptation.

20. Au niveau des pays, le Secrétariat apporte son aide aux États Membres qui souhaitent obtenir des orientations en matière d'élaboration des politiques et de planification stratégique dans le domaine du handicap, renforcer leurs moyens et bénéficier d'une assistance technique, en particulier afin d'améliorer les données, de faire en sorte que le renforcement des systèmes de santé n'exclue personne, de renforcer les services de réadaptation (y compris les aides techniques), d'élargir les services (par exemple aux personnes souffrant de troubles mentaux) et de développer la réadaptation à base communautaire.

21. Le Secrétariat a par ailleurs conçu des modules de formation de base et intermédiaires inspirés des recommandations du *Guide pour les services de fauteuils roulants manuels dans les régions à faibles revenus*. Sont également en cours d'élaboration un programme consacré aux droits de l'homme et au handicap, destiné au personnel de santé et au personnel spécialisé dans le handicap, une série de formations à la réadaptation à base communautaire à l'intention des gestionnaires de programmes, et des lignes directrices sur la formation des ressources humaines chargées de la réadaptation.

22. Comme il est urgent d'améliorer la collecte, l'analyse, la synthèse et la diffusion des données sur le handicap de sorte qu'elles soient précises et comparables quels que soient le contexte, le pays et la population, le Secrétariat travaille avec la Banque mondiale sur un modèle d'enquête sur le handicap inspiré des initiatives existantes, l'objectif étant de disposer à terme d'un outil d'enquête normalisé. Le Secrétariat a également publié un atlas sur les ressources qui sont disponibles dans le monde pour prévenir et traiter les troubles mentaux et protéger les droits humains de ceux qui en souffrent.[5]

23. Conscient que le handicap constitue une question transversale concernant tous les secteurs et des acteurs divers, le Secrétariat œuvre avec un large éventail de partenaires dans tous ses domaines d'activité. Il joue notamment un rôle de chef de file dans le développement de la réadaptation à base communautaire en renforçant les moyens disponibles et en stimulant les réseaux régionaux et mondiaux.

---

[1] OMS, ISPO, USAID. *Guide pour les services de fauteuils roulants manuels dans les régions à faibles revenus*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2008.

[2] OMS, UNESCO, OIT. International Disability and Development Consortium. *Guide de réadaptation à base communautaire (RBC).* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

[3] *WHO QualityRights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.

[4] OMS, UNICEF. *Early childhood development and disability: discussion paper.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.

[5] OMS. *Mental health atlas 2011*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

RÉUNION DE HAUT NIVEAU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES

24. L'Assemblée générale des Nations Unies a demandé dans plusieurs résolutions que les questions relatives au handicap soient intégrées dans le programme de développement.[1] Dans la résolution 66/124 relative à la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et autres objectifs de développement adoptés au niveau international pour les personnes handicapées, elle a décidé d'organiser le 23 septembre 2013, au niveau des chefs d'État et de gouvernement, une réunion d'une journée ayant comme thème « La voie à suivre : promouvoir un agenda du développement qui tienne compte de la question du handicap à l'horizon 2015 et au-delà ».

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

25. [Le présent paragraphe comportait un projet de résolution, qui a été adopté par le Conseil en tant que résolution EB132.R5.]

= = =

[1] Résolutions 66/288, 66/229, 66/124, 65/186 et 64/131.