

53^e CONSEIL DIRECTEUR

66^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 29 septembre au 3 octobre 2014

Point 4.5 de l'ordre du jour

CD53/7, Rév. 1
2 octobre 2014
Original: espagnol

PLAN D'ACTION SUR LES INCAPACITÉS ET LA RÉADAPTATION

Introduction

1. On estime que 15 % de la population mondiale vit avec un handicap sous une forme ou une autre, ce qui représente plus d'un milliard de personnes. De ce total, 3 % souffrent d'un handicap grave. La prévalence de l'incapacité est en augmentation, cela étant dû au fait que les populations vieillissent et à l'augmentation mondiale des problèmes de santé chroniques, les actes de violence, les accidents de tout type et l'usage et l'abus d'alcool et de substances interdites ; le pourcentage est plus élevé dans les pays à faible revenu (1, 2). Les établissements de soins dans de nombreux pays ne satisfont pas aux besoins en services de santé des personnes handicapées et la probabilité qu'elles se voient refuser des services de santé est trois fois plus élevée, et quatre fois plus élevée qu'elles soient traitées de façon inappropriée, par comparaison avec celles qui ne souffrent d'aucun handicap (1).

2. Ce Plan s'aligne sur les recommandations du Rapport mondial sur le handicap, publié par l'Organisation mondiale de la Santé et la Banque mondiale (1), le Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées¹ (2), le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (3), la Convention relative aux droits des personnes handicapées (4), les recommandations de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le handicap et le développement (5), le Programme d'action pour la décennie des Amériques pour les droits et la dignité des personnes handicapées (2006-2016) (6).

Antécédents

3. L'OMS reconnaît le handicap comme une question de santé publique, et ceci

¹ Le Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées, approuvé par la Soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé est disponible sur le site web de l'OMS : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_16-fr.pdf

parce que les personnes handicapées sont confrontées à des obstacles pour accéder aux services de santé et de réadaptation (1). C'est là une question de droits humains parce que les personnes handicapées sont souvent en butte à la stigmatisation et à la discrimination. C'est également une priorité pour le développement parce qu'elle crée la pauvreté et la pauvreté, à son tour, entraîne plus d'incapacité (1, 2, 7, 8).

4. L'élaboration du Plan d'action a été influencée par divers documents programmatiques et résolutions de niveau mondial et régional, au nombre desquels nous pouvons citer :

- a) OEA : Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées, 1999 (10);
- b) OMS: Résolution WHA58.23 Incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris, mai 2005 (11);
- c) ONU: Convention relative aux droits des personnes handicapées, 2006 (4);
- d) OPS: Résolution CD47.R1 Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne de jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale et autres droits connexes, septembre 2006 (12);
- e) OEA : Programme d'action de la décennie des Amériques pour les droits et la dignité des personnes handicapées. 2006 (6);
- f) OPS: CD49/11 Stratégie et plan d'action sur la santé mentale, 2009 (13);
- g) OPS: CD49/19 Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables, 2009 (14);
- h) OPS: CD49/8 Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif, OPS 2009 (18);
- i) OPS: Résolution CD50.R8 La santé et les droits de l'homme, 2010 (15);
- j) OMS et Banque mondiale : Rapport mondial sur le handicap, 2011 (1);
- k) OPS: CD51/10 Stratégie et plan d'action sur l'épilepsie, 2011 (16);
- l) OPS: CD51/7 Plan d'action sur la sécurité routière, OPS 2011 (19);
- m) OMS: EB134/16 Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées (2);
- n) OPS: Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (3);
- o) ONU: Recommandations de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur le handicap et le développement, 2013 (5);
- p) OPS: CD52/7 Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, OPS 2013 (17);
- q) OMS: Résolution WHA66.9 sur le handicap, mai 2013 (20).

Analyse de la situation

5. On estime que dans notre Région, il y a 140 millions de personnes handicapées (21) et, de ce total, de 2 à 3 % ont des difficultés de fonctionnement majeures.² Le handicap affecte, dans une large mesure, les groupes qui vivent en situation de vulnérabilité comme les femmes, les filles et les garçons victimes de la violence, les personnes âgées et les personnes en situation de pauvreté. Les peuples autochtones et les groupes ethniques minoritaires font face à un risque sensiblement plus élevé (21, 22, 23). Parmi les personnes qui vivent avec un certain type de handicap de gravité variable dans la Région des Amériques, 3 % ont accès aux services de réadaptation et 3 % dépendent³ dans une large mesure d'une autre personne⁴ pour réaliser leurs activités quotidiennes; seuls 25 % des enfants handicapés ont accès à l'éducation et, de ces enfants, seuls 5 % finissent leurs études primaires. Parmi les nouveau-nés vivants, 3 % présentent des déficiences qui doivent être détectées et faire l'objet d'interventions précoces, faute de quoi un handicap permanent peut survenir (22, 23).

6. En dépit des efforts fournis pour améliorer la saisie des données sur les incapacités dans les recensements généraux de la population, on observe toujours une hétérogénéité considérable dans les méthodologies et les critères de mesure (23, 24). Les résultats les plus récents des enquêtes spécialisées et du recensement de 2010 en Amérique latine et dans les Caraïbes permettent de mieux connaître la situation des personnes handicapées. Selon ces études et des estimations de la CEPAL,⁵ 12,4 % de la population d'Amérique latine et 5,4 % des Caraïbes en moyenne vivent avec un handicap sous une forme ou une autre (24).

7. Entre autres résultats du recensement de 2010, nous savons que les femmes enregistrent un taux de prévalence d'incapacité plus élevé que les hommes, en particulier à partir de la soixantaine. Ce sont aussi les femmes qui consacrent le plus de temps aux soins d'un membre handicapé de la famille et qui ont un plus grand risque de contracter le syndrome de l'aide-soignant (24). La prévalence du handicap est plus élevée dans les premiers quintiles de revenu à mesure que les personnes avancent en âge et il devient plus notable chez les personnes de 60 ans et plus. Le manque de ressources ainsi que la difficulté de générer des revenus à laquelle font face les personnes handicapées, leurs familles et les personnes chargées de leurs soins renforcent l'impact négatif de leur condition sur la qualité de vie (24, 25). En évaluant le handicap selon son type en Amérique latine et dans les Caraïbes (recensement 2010), la prévalence la plus élevée est celle des difficultés visuelles, puis les difficultés de mobilité et les problèmes auditifs, qui augmentent avec l'âge (9, 24).

² Fonctionnement peut être considéré comme un terme général qui fait référence à toutes les fonctions corporelles, les activités et la participation sociale.

³ Dépendance : situation dans laquelle une personne handicapée a besoin d'aide, technique ou personnelle, pour la réalisation (ou améliorer le rendement fonctionnel) d'une activité déterminée.

⁴ Aide-soignant : comprend les personnes formellement chargées des soins, rémunérées, et les aides informels non rémunérés, qui, dans la majorité des cas sont des femmes qui s'occupent d'une certaine personne dans le foyer.

⁵ Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes.

8. Bien que dans le monde, quelque 360 millions de personnes ont des pertes auditives qui vont de modérées à profondes, la production d'appareils auditifs ne suffit à satisfaire seulement 10 % des besoins à l'échelle mondiale et 3 % des besoins dans les pays en développement ; quelques 200 millions de personnes ont besoin de lunettes mais n'y ont pas accès. Environ 70 millions de personnes ont besoin d'un fauteuil roulant, mais ne l'obtiennent que dans 5 à 15 % des cas (1). Le coût des dispositifs d'aide technique est également une barrière que les personnes handicapées doivent surmonter pour y avoir accès, en particulier dans les pays à faibles revenus (25).

9. Les personnes handicapées sont plus vulnérables aux maladies secondaires évitables, aux comorbidités et aux affections liées à l'âge. Elles sont plus exposées à la violence, elles ont un risque plus élevé de subir des lésions traumatiques de tout type et montrent des indices plus élevés de comportements à risques (1, 2). Il existe une incidence élevée d'incapacités à l'échelle mondiale qui résultent de troubles mentaux et neurologiques, tels que les psychoses fonctionnelles, les cas de démence, l'épilepsie, les handicaps mentaux, les troubles dérivant de l'abus de substances et la dépression (13).

10. Les lésions résultant d'accidents du travail et celles dues aux accidents de la route, à la violence, aux maladies ostéoarticulaires et aux maladies dégénératives du système nerveux central sont des troubles qui contribuent au problème des incapacités. Entre 1,2 et 1,4 million de personnes décèdent chaque année dans des accidents de la route et entre 20 et 50 millions subissent des lésions; cependant, le nombre de personnes qui deviennent handicapées à la suite de tels accidents n'est pas bien documenté (1, 17). Les catastrophes naturelles et autres situations d'urgence sont des causes génératrices de morbidité et d'incapacité dans la population affectée; il y a également une augmentation de la vulnérabilité parmi la population handicapée résidant sur le lieu de la catastrophe et ses besoins spécifiques sont négligés dans la gestion du risque de la situation d'urgence (26, 27, 28).

11. Connaître le coût des incapacités est important pour la formulation de politiques publiques. Les estimations du coût des incapacités sont rares et fragmentées, y compris dans les pays développés. La majorité des pays dispose d'un programme public de protection sociale destiné aux personnes handicapées mais, dans les pays à faible revenu, ces programmes ne couvrent que les personnes gravement handicapées. Le coût de l'incapacité est proche de 10 % des dépenses sociales publiques dans les pays de l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE) et couvre seulement 6 % de la population en âge de travailler (1).

12. Certains pays de la Région ont élaboré de bonnes pratiques pour les services de soins de santé et la protection sociale des personnes handicapées, en particulier celles qui souffrent d'un handicap grave. Il faut mentionner, entre autres, l'Équateur avec la Mission solidaire Manuela Espejo,⁶ le Venezuela avec le Programme national de soins de santé

⁶ Initiative du gouvernement équatorien qui cherche à donner visibilité et à fournir de l'aide aux citoyens souffrant d'un certain handicap et à leurs familles, tout en connaissant leur réalité biopsychosociale.
<http://www.vicpresidencia.gob.ec/informacion-programas-2/>

pour les personnes handicapées (PASDIS)⁷, le Chili avec l'IVADEC⁸, le Costa Rica avec le Réseau de réadaptation en soins de santé primaires⁹, l'Uruguay avec le Projet Uruguay sans barrières¹⁰ et le Pérou avec le Projet Tumbes et Piura accessible¹¹; d'autres expériences intéressantes sont réalisées en Argentine, en Bolivie, au Brésil, en Colombie et au Guyana. Les pays de la Communauté andine, de l'Accord Hipólito Unanue, ont adopté la Politique andine de santé pour la prévention des incapacités¹² et pour des soins de santé intégrés pour les personnes handicapées.

Plan d'Action (2014-2019)

13. Un Plan d'action pour une période de cinq ans est proposé. Il sera basé sur les expériences des États Membres et tiendra compte des responsabilités partagées des États ayant une structure politique fédérale (des états fédérés). Le plan est aligné et coordonné avec les indicateurs et les buts du Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019,¹³ le Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées pour permettre l'exécution des interventions nécessaires pour améliorer la santé, le fonctionnement et la qualité de vie des personnes handicapées et de leurs familles.

14. *Principes* : a) vie indépendante, b) traitement de la dépendance, y compris la protection des personnes chargées des soins, c) respect de l'évolution des facultés des enfants handicapés et de leur droit à la préservation de leur identité, d) égalité des

⁷ Programme du Ministère du Pouvoir populaire pour la santé du Venezuela

<http://pasdis.mpps.gob.ve/pasdis/>

⁸ IVADEC-CIF: instrument d'évaluation des résultats dans la collectivité, basé sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, élaboré par le Département des incapacités et de la réadaptation, Sous-secrétariat de la santé publique du Ministère de la Santé du Chili pour le processus de mise en œuvre du Système de qualification et de certification des incapacités sur réseau <http://ssviqui.redsalud.gob.cl/?p=2800>

⁹ Initiative de la Caisse costaricienne de sécurité sociale sur le renforcement des soins de santé primaires, y compris les mesures de base de réadaptation

http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/GIT/Foro_Salud_Tics/Tab/Tab/1%20-%20Foro%202010-atenci%F2n%20primaria-equipamiento1.pdf

¹⁰ Initiative du Programme national des incapacités du ministère du Développement social et appui du ministère de la Santé et de l'OPS/OMS pour le renforcement de l'inclusion des personnes handicapées.

http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/26562/3/innova.front/uruguay_sin_barreras

¹¹ Initiative du gouvernement péruvien par l'entremise du Congrès national sur l'intégration de la personne handicapée en vue de créer des conditions qui permettent d'améliorer la qualité de vie des personnes handicapées. http://www.conadisperu.gob.pe/tumbes_accesible/

¹² Les pays membres de l'Accord Hipólito Unanue sont la Bolivie, le Chili, la Colombie, l'Équateur, le Pérou et le Venezuela.

http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Libro%20Politica%20Andina%20de%20Discapacidad_0.pdf

¹³ Le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019, dans la catégorie 2 (Maladies non transmissibles et facteurs de risque), signale que l'OPS aidera à améliorer les conditions de santé et de vie des personnes handicapées et que pour ce faire, il faudra créer des synergies entre les programmes de santé connexes pour la promotion de la santé et la prévention des incapacités, de renforcer les capacités du personnel de la santé, d'offrir une protection sociale aux personnes handicapées et d'améliorer l'information sur les incapacités dans les systèmes d'information sur la santé.

chances, e) inclusion et participation, f) respect de la dignité des personnes et non discrimination¹⁴ et g) l'accès universel (1, 2, 4, 5, 10, 13).

15. Le Plan d'action est fondé sur quatre approches transversales, en conformité avec le Plan stratégique de l'OPS : sexe, équité, ethnicité et droits humains (3). Les personnes handicapées doivent avoir accès aux services et programmes du secteur de la santé et de la sécurité sociale, et ce dans le respect et la reconnaissance des particularités et différences ethniques, culturelles et sexospécifiques. *La Convention relative aux droits des personnes handicapées* met en évidence, aux articles 25 et 26, le droit à la santé¹⁵ et à l'adaptation et à la réadaptation des personnes handicapées.

16. *Vision* : les personnes handicapées qui vivent dans les pays des Amériques ont le droit de jouir du niveau le plus élevé possible de santé et autres droits humains connexes, dans les mêmes conditions que le restant de la population et d'avoir une meilleure qualité de vie avec garantie de soins adéquats et de la promotion de l'égalité des chances.

17. *But* : renforcer la réponse intégrale du secteur de la santé par l'exécution de politiques, plans, programmes et lois pour les soins aux personnes handicapées, leurs familles et personnes chargées des soins, leur vie durant, en tenant compte des responsabilités des états fédérés. Ceci sera rendu possible avec des actions de promotion de la santé, de prévention, de traitement, d'adaptation et de réadaptation et l'accès à la fourniture de dispositifs d'aide technique.

Ligne stratégiques d'action

18. Ce plan d'action a pour base les lignes stratégiques d'action suivantes :
- a) promouvoir l'équité dans le cadre des politiques, des plans et de la législation de la santé en matière d'incapacités afin de renforcer la gouvernabilité ;
 - b) renforcer le réseau de services d'adaptation et de réadaptation du secteur de la santé, ce qui inclut le recours à des dispositifs d'aide technique et la réadaptation à base communautaire ;
 - c) promouvoir la production et l'analyse de données sur les incapacités et appuyer la recherche.

¹⁴ Conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées et à d'autres instruments internationaux applicables en matière de droits de la personne.

¹⁵ Inclut l'offre à ces personnes de programmes et de soins de santé gratuits ou à coût abordable, de la même variété et qualité offertes aux autres personnes, y compris dans le domaine de la santé sexuelle et génésique.

Ligne stratégique d'action 1 : promouvoir l'équité dans le cadre des politiques, des plans et de la législation de la santé en matière d'incapacités afin de renforcer la gouvernabilité.

19. Pour aborder la question des incapacités du point de vue du secteur de la santé, il faut, en premier lieu, structurer un plan national en accord avec la politique de santé du pays. Le plan exige une approche interprogrammatique et une coordination intersectorielle. Les incapacités requièrent une réponse intégrale et coordonnée qui inclue des alliances entre le secteur de la santé et d'autres secteurs comme ceux de la protection sociale, de l'éducation, du travail, des médiateurs des droits de l'homme et d'autres. Les personnes handicapées elles-mêmes, leurs familles et les personnes chargées de leurs soins doivent jouer un rôle actif (1, 2, 4, 5). Les principaux obstacles que doivent affronter les personnes handicapées pour accéder aux services de santé sont les suivants : barrières physiques, transport, manque de compétences de la part des fournisseurs de services, attitudes négatives envers les personnes handicapées, obstacles à la communication et information insuffisante entre les personnes handicapées relativement à leurs droits et aux services disponibles.

20. Les plans doivent envisager la prévention des lésions ou maladies qui peuvent être causales ou être associées aux incapacités, avec la participation de multiples programmes de santé. La détection précoce de l'incapacité est une composante essentielle de toute stratégie et doit être accompagnée d'une réponse d'intervention rapide afin d'établir un plan de soins pour la personne affectée et sa famille.

21. Les politiques, plans nationaux et législations sur les incapacités et la réadaptation doivent tenir compte des éléments fondamentaux suivants : ajuster la législation liée aux incapacités aux normes internationales en matière de droits humains et aux directives techniques de l'OPS/OMS, formuler des programmes sur les incapacités et la réadaptation en accord avec la politique nationale de santé et les plans de développement économique et social du pays, financer les politiques, plans et législations de façon adéquate, garantir aux personnes handicapées l'accès à des services de santé de qualité et proches de leur communauté, y compris la réadaptation (voir ligne stratégique 2), offrir des soins spécifiques aux personnes handicapées en situations d'urgence et de catastrophes.

Objectif 1.1. Formulation et exécution de politiques et plans nationaux sur les incapacités et la réadaptation alignés sur les plans régionaux et mondiaux sur les incapacités, ainsi que sur la Convention relative aux droits des personnes handicapées et d'autres normes internationales connexes.

Indicateur :

1.1.1 Nombre de pays qui ont exécuté des plans nationaux sur les incapacités et la réadaptation en conformité avec les plans régionaux et mondiaux, ainsi qu'avec la Convention relative aux droits des personnes handicapées et d'autres normes internationales connexes.

(Référence 2013 : 6. Cible 2019 : 14)

Objectif 1.2. Prendre des mesures afin d'assurer que les normes internationales sur les droits humains ainsi que les recommandations de l'OPS/OMS soient incorporées, selon le cas, dans la législation, ainsi que dans les politiques et/ou les programmes pertinents pour les personnes handicapées.

Indicateur :

1.2.1 Nombre de pays avec une législation spécifique sur les incapacités en accord avec les instruments internationaux des droits de l'homme et les directives techniques de l'OPS/OMS.
(Référence 2013 : 6. Cible 2019 : 16)

Objectif 1.3. Les pays incorporent la composante incapacités dans les plans de gestion du risque de catastrophes naturelles et de situations d'urgence.

Indicateur :

1.3.1 Nombre de pays avec la composante incapacités dans les plans de gestion du risque de catastrophes naturelles et de situations d'urgence.
(Référence 2013 : 1. Cible 2019 : 9)

Ligne stratégique d'action 2 : renforcer le réseau de services d'adaptation et de réadaptation du secteur de la santé, ce qui inclut le recours à des dispositifs d'aide technique et la réadaptation à base communautaire.

22. Les ministères de la Santé ont la responsabilité de garantir l'accès aux services d'adaptation et de réadaptation appropriés, opportuns, abordables et de bonne qualité, ainsi que de coordonner les liens avec d'autres programmes et services de santé et avec d'autres ministères et instances gouvernementales (1). L'adaptation et la réadaptation¹⁶ réduisent les effets des problèmes de santé les plus diverses en favorisant la récupération en interaction avec leur environnement. Les deux processus incluent le traitement médical, la thérapie et les technologies auxiliaires et doivent commencer le plus tôt possible; de plus, ils doivent être offerts le plus près possible du lieu où vivent les intéressés (1).

23. La stratégie de réadaptation à base communautaire (RBC) (30) offre un modèle conceptuel et opérationnel qui permet de coordonner les ressources spécialisées des différents niveaux de soins et de la communauté organisée; elle facilite l'établissement de liens avec les principaux services, renforce la capacité de ces derniers et facilite l'accès à des interventions spécifiques. Elle est coordonnée avec les services des soins de santé primaires qui, comme première ligne de contact avec la population, jouent un rôle décisif

¹⁶ Réadaptation : on entend par réadaptation la mise en œuvre d'un ensemble coordonné de mesures médicales, sociales, éducatives et professionnelles destinées à assurer ou à restituer à l'intéressé un usage aussi complet que possible de la ou des fonctions atteintes. Adaptation : aide fournie aux personnes qui, à la suite d'une déficience congénitale contractée en jeune âge, n'ont pas encore acquis la capacité nécessaire pour agir dans la vie éducative, professionnelle et sociale. Source : Série Rapports techniques 419. OMS, 1969. Convention relative aux droits des personnes handicapées.

dans l'identification et l'intervention précoce auprès des personnes handicapées. L'équipe de soins de santé primaires doit disposer de protocoles ou de guides qui facilitent l'action et d'un mécanisme de références croisées en état de fonctionnement, associé au système d'information du secteur de la santé (31, 32).

24. Certaines personnes handicapées ont des besoins de réadaptation complexes qui exigent un traitement dans des centres spécialisés. Cependant, la majorité des personnes ont besoin de services d'adaptation ou de réadaptation et d'autres services connexes qui peuvent leur être fournis dans des centres de traitement secondaire ou primaire proches de leur communauté.¹⁷ Un problème commun dans nos pays est le fait que les centres de deuxième niveau, c'est-à-dire les services d'adaptation et de réadaptation sont situés dans les grands centres urbains, alors que dans les zones rurales ou les territoires de l'intérieur, il y a un manque quasi total de services. En rapport avec ce qui précède, le personnel de soins de santé primaires a une capacité d'intervention très limitée en matière d'incapacités et de réadaptation; les milieux non spécialisés et les hôpitaux généraux ne sont pas préparés pour exercer des fonctions de base en matière d'adaptation ou de réadaptation (30, 31).

25. L'investissement dans l'adaptation, la réadaptation et les aides techniques renforce les ressources personnelles et peut être un facteur décisif pour que les personnes handicapées puissent mener une vie indépendante et se réinsérer dans leur famille et leur communauté. Les dispositifs et les technologies d'assistance comme les fauteuils roulants, les prothèses, les aides à la mobilité, les appareils auditifs, les dispositifs d'aide visuelle et autres équipements peuvent améliorer les aptitudes des personnes handicapées et mieux les équiper pour vivre de façon autonome.¹⁸

26. Il est recommandé de tenir compte des actions suivantes :

- a) Accroître et renforcer les services d'adaptation et de réadaptation décentralisés pour qu'ils assurent une couverture territoriale liée au réseau des services de santé. Promouvoir la stratégie de RBC et sa coordination avec les services de soins de santé primaires.
- b) Inclure des actions de prévention, de traitement ainsi que d'adaptation et de réadaptation dans les plans liés aux incapacités. Faciliter l'accès aux dispositifs d'aides technique.
- c) Assurer les soins à long terme des malades chroniques et qui ont un degré élevé de dépendance, ainsi que la protection des personnes chargées de leurs soins.
- d) Formuler des normes et des protocoles pour les services d'adaptation et de réadaptation, ainsi que pour les services de soins de santé primaires.

Objectif 2.1. Accroître l'accès aux services sociaux et de santé pour les personnes handicapées.

¹⁷ Unité des incapacités et de la réadaptation de l'OMS, page web www.who.int

¹⁸ Idem 17.

Indicateur :

- 2.1.1 Nombre de pays qui ont atteint au moins 12 % d'accès aux soins pour les personnes handicapées dans le domaine de l'adaptation et de la réadaptation et les services sociaux.
(Référence 2013 : 0. Cible 2019 :16)
- 2.1.2 Pourcentage de pays qui ont incorporé la stratégie de réadaptation communautaire dans les programmes nationaux de réadaptation, suivant le tableau de l'OPS/OMS.
Référence 2013 : 3. Cible 2019 :19
- 2.1.3 Pourcentage de pays qui fournissent des dispositifs d'aide technique pour les personnes handicapées comme une composante de leurs systèmes de prestation de services de santé.
Référence 2013 : 6. Cible 2019 : 20

Objectif 2.2. Formuler des *normes* sur l'adaptation et la réadaptation.*

Indicateur :

- 2.2.1 Nombre de pays qui ont formulé ou mis à jour des normes sur l'adaptation et la réadaptation.*
(Référence 2013 : 3. Cible 2019 :16)

Ligne stratégique d'action 3 : promouvoir la production et l'analyse de données sur les incapacités et appuyer la recherche.

27. La disponibilité de l'information et des preuves scientifiques permettra de mieux comprendre la réalité des incapacités dans nos pays et facilitera la prise de décisions (1). Il est nécessaire de connaître avec plus de précision le nombre de personnes handicapées,¹⁹ leur état de santé, la magnitude et les caractéristiques des besoins en santé couverts et non couverts, les obstacles sociaux et environnementaux auxquels elles font face, y compris la discrimination, ainsi que l'utilisation et la réceptivité des systèmes de santé.

28. Chaque pays doit définir les domaines prioritaires pour la recherche sur les incapacités, et inclure des aspects tels que la promotion de la santé des personnes handicapées, la prévention, la détection et l'intervention précoce, les besoins d'adaptation, réadaptation, la qualité de vie, la rentabilité des interventions de réadaptation, les modèles

* Conformément aux recommandations du Rapport mondial sur le handicap et de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le handicap et le développement, et conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées et aux directives techniques de l'OPS/OMS.

¹⁹ Ventilé par sexe, âge, origine ethnique, niveau socioéconomique, etc.

de prestation de services et la formation des ressources humaines, entre autres (1).

29. Il est recommandé d'agir ponctuellement :

- a) En intégrant les données sur les incapacités dans les systèmes nationaux d'information.
- b) En appliquant et en utilisant la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé comme une norme dans le but d'élaborer des instruments et des méthodes qui harmonisent l'information dans la Région.
- c) En élaborant un ensemble d'indicateurs de base et en concevant un système de surveillance sur les incapacités intégré aux systèmes nationaux de surveillance de la santé.
- d) En établissant des priorités et en appuyant la recherche.

Objectif 3.1. Incorporer dans les systèmes nationaux de surveillance l'ensemble des indicateurs élaborés conformément à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.

Indicateur :

3.1.1. Pourcentage de pays qui ont incorporé la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé dans leur système de certification du handicap.

(Référence 2013 : 6. Cible 2019 : 19)

3.1.2 Nombre de pays qui ont incorporé dans leurs systèmes de surveillance l'ensemble des indicateurs élaborés conformément à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.

(Référence 2013 : 6. Cible 2019 : 18)

Objectif 3.2. Les pays communiquent systématiquement des données sur les incapacités au système d'information sur la santé.

Indicateur :

3.2.1 Nombre de pays qui incorporent de façon systématique dans le système d'information sur la santé des données sur les incapacités, ventilées par âge, sexe et origine ethnique (type de handicap, niveau de gravité, origine ou cause).

(Référence 2013 : 2. Cible 2019 : 16)

Objectif 3.3. Les pays subventionnent la recherche relative aux incapacités, l'adaptation et la réadaptation.

Indicateur :

3.3.1 Nombre de pays qui subventionnent au moins deux projets de recherche sur le

handicap, l'adaptation et la réadaptation par année.
(Référence 2013 : 0. Cible 2019 : 14)

Suivi, analyse et évaluation

30. Ce Plan contribue à la réalisation des objectifs de la Catégorie 2 du Plan stratégique de l'OPS. Le suivi et l'évaluation seront alignés sur le cadre de gestion fondé sur les résultats de l'Organisation, ainsi que sur ses processus d'évaluation de la performance. Des rapports d'étape seront préparés à la fin de chaque exercice biennal. Des évaluations seront effectuées à la mi-parcours et à la fin du Plan dans le but déterminer les points forts et les faiblesses de son exécution. Les sources pour l'information nécessaire sont les suivantes : *a)* rapports des ministères de la Santé des pays, *b)* rapports de l'Unité des maladies non transmissibles et du handicap, *c)* compilation des travaux de recherche, *d)* rapports des pays sur le suivi de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

Incidences financières

31. Le coût estimé de l'exécution du Plan pour la période de cinq ans (2014-2019) sera de US\$ 6 222 500. L'écart estimé est de 56 % du total budgété. Dans sa majeure partie, le Plan peut être exécuté avec le travail du Conseiller régional de l'Organisation et la coordination en réseau avec les centres collaborateurs et les centres de référence, ainsi qu'avec l'appui des représentations de l'OPS dans les pays. Il sera important d'établir des alliances et d'identifier des donateurs qui appuient le plan.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

32. Le Conseil directeur est prié d'examiner le projet de *Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation*, de formuler les observations et recommandations appropriées et d'envisager l'approbation du projet de résolution qui se trouve à l'annexe A.

Annexes

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Banque mondiale. Résumé: Rapport mondial sur le handicap [Internet]. Genève, OMS; 2011 [consulté le 4 mars 2014]. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_NMH_VIP_11.02_fre.pdf
2. Organisation mondiale de la Santé. Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées : Rapport du Secrétariat [Internet]. 134^e session du Conseil exécutif de l'OMS; du 20 au 25 janvier 2014; Genève (Suisse). Genève : OMS; 2014 (document EB134/16) [consulté le 4 mars 2014] Disponible sur :

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_16-fr.pdf

3. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 30 septembre au 4 octobre 2013; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2013 (Document officiel 345) [consulté le 4 mars 2014] Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23123&Itemid=2518&lang=pt
4. Nations Unies. Convention relative aux droits des personnes handicapées [Internet]. New York: ONU; 2006 [consulté le 4 mars 2014]. Disponible sur : <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvf.pdf>
5. Nations Unies. Document final de 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 : la voie à suivre : programme de développement qui tient compte de la question du handicap pour 2015 et au-delà [Internet]. 68^e session de l'Assemblée générale des Nations Unies; 23 septembre 2013; New York (États-Unis). New York: ONU; 2013 (document A/68/L.1) [consulté le 4 mars 2014]. Disponible sur : http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/68/L.1&TYPE=&referer=http://www.un.org/fr/ga/68/meetings/disability/&Lang=F
6. Organisation des États Américains. Programme d'action de la Décennie des Amériques pour les droits et la dignité des personnes handicapées (2006-2016) [Internet]. 37^e Session ordinaire de l'Assemblée générale de l'OEA; du 3 au 5 juin 2007; Panama, Panama. Washington (DC) : OEA; 2006 [résolution AG/RES. 2339 (XXXVII-O/07)] [consulté le 4 mars 2014]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_16-fr.pdf
7. Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF. Genève : OMS; 2001.
8. Miguel Querejeta González. Discapacidad/dependencia: unificación de criterios de valoración y clasificación [Internet]. Ministère du Travail et des Affaires sociales, Institut des personnes âgées et des services sociaux [IMSERSO] (ed.). Madrid : IMSERSO; 2004 [consulté le 4 mars 2014]. Disponible sur : <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0181.pdf>
9. Nations Unies. Règles pour l'égalisation des chances des handicapés [Internet]. 48^e session de l'Assemblée générale des Nations Unies; 85^e séance plénière; 20 décembre 1993; New York (États-Unis). New York: ONU; 1993 (résolution A/RES/48/96). [consulté le 22 mars 2014]. Disponible sur :

http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/96&Lang=F

10. Organisation des États Américains. Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées [Internet]. Washington (DC) : OEA; 1999 [consulté le 22 mars 2014]. Disponible sur : <https://www.cidh.oas.org/Basicos/French/o.handicapees.htm>
11. Organisation mondiale de la Santé. Incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris [Internet]. 58^e Assemblée mondiale de la Santé; du 16 au 25 mai 2005; Genève (Suisse). Genève : OMS; 2005 (document WHA58/2005/REC/1, résolution WHA58.23) p. 102 [consulté le 22 mars 2014]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/A58_2005_REC1-fr.pdf
12. Organisation panaméricaine de la Santé. Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne de jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale et autres droits connexes [Internet]. 47^e Conseil directeur de l'OPS, 58^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 25 au 29 septembre 2006; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2006 (résolution CD47.R1) Washington, OPS, 2006. [consulté le 22 mars 2014] Disponible sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/365/CD47.r1-f.pdf>
13. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action sur la santé mentale [Internet]. 49^e Conseil directeur de l'OPS, 61^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 28 septembre au 2 octobre 2009; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2009 (document CD49/11) [consulté le 22 mars 2014] Disponible sur : <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-11-f.pdf>
14. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables [Internet]. 49^e Conseil directeur de l'OPS, 61^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 28 septembre au 2 octobre 2009; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2009 (document CD49/19) [consulté le 22 mars 2014]. Disponible sur : <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-19-f.pdf>
15. Organisation panaméricaine de la Santé. La santé et les droits de l'homme [Internet]. 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2010 (résolution CD50.R8) [consulté le 22 mars 2014]. Disponible sur : <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R8-f.pdf>

16. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action sur l'épilepsie [Internet]. 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 26 au 30 septembre 2011; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2011 (document CD51/10, rév. 1) [consulté le 22 mars 2014]. Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14465&Itemid=
17. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 30 septembre au 4 octobre 2013; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2013 (document CD52/7, rév. 1) [consulté le 24 mars 2014]. Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22783&Itemid=270&lang=fr
18. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif [Internet]. 49^e Conseil directeur de l'OPS, 61^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 28 septembre au 2 octobre 2009; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2009 (document CD49/8) [consulté le 24 mars 2014]. Disponible sur :
[http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R15%20\(Fr.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R15%20(Fr.).pdf)
19. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la sécurité routière [Internet]. 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 26 au 30 septembre 2011; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2011 (document CD51/7, rév. 1) [consulté le 24 mars 2014] Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14663&Itemid=
20. Organisation mondiale de la Santé. Handicap [Internet]. 66^e Assemblée mondiale de la Santé; du 20 au 28 mai 2013; Genève (Suisse). Genève : OMS; 2013 (résolution WHA66.9) [consulté le 24 mars 2014]. Disponible sur :
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R9-fr.pdf
21. Organisation panaméricaine de la Santé. Salud en las Américas / Health in the Americas, édition 2012 [Internet]. Washington (DC): OPS; 2012 [consulté le 24 mars 2014]. Disponible en espagnol (<http://www.paho.org/saludenlasamericas/>) ou en anglais (<http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?lang=en>)
22. Organisation panaméricaine de la Santé. Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne de jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale et autres droits connexes [Internet]. 47^e Conseil directeur de l'OPS, 58^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 25 au

- 29 septembre 2006; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2006 (document CD47.15) [consulté le 24 mars 2014]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/french/gov/cd/CD47-15-f.pdf>
23. Organisation panaméricaine de la Santé. Aplicación de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud en las Américas [Internet]. Washington (DC): OPS; [consulté le 24 mars 2014]. Disponible sur : <http://www.paho.org/arg/images/Gallery/Varias/informecif.pdf?ua=1>
24. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Panorama Social de América Latina 2012 [Internet]. Santiago (Chili): ONU, 2013 [consulté le 24 mars 2014]. Disponible sur : <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/48455/PanoramaSocial2012.pdf>
25. Stang Alva, MF (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población, Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes). Las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real [Internet]. Santiago (Chili): ONU; 2011 (Série Población y desarrollo No. 103) [consulté le 24 mars 2014]. Disponible sur : <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/43186/lcl3315-P.pdf>
26. Organisation mondiale de la Santé. Note d'orientation sur la gestion du handicap et des risques liés aux situations d'urgence pour la santé [Internet]. Genève : OMS; 2013 [consulté le 24 mars 2014]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127847/1/9789242506242_fre.pdf?ua=1
27. Kaiser, Carlos; Vásquez, Armando; Vásquez, Daniela (eds.). Manual de gestión inclusiva de emergencias: derechos humanos de las personas con discapacidad durante emergencias. [Internet]. Peñaflor (Chili : s/e; 2013 [consulté le 24 mars 2014]. Disponible sur : <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/GestionInclusiva/index.html>
28. Organisation mondiale de la Santé. Réadaptation à base communautaire : Guide de RBC, Livret supplémentaire [Internet]. Genève : OMS; 2012 [consulté le 24 mars 2014]. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242548051_supplémentaire_fre.pdf
29. Organisation des Nations Unies. Objectifs du Millénaire pour le développement et l'après-2015 [Internet]. New York: ONU; 2000 [consulté le 24 mars 2014]. Disponible sur : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/>

30. Organisation mondiale de la Santé. Le Guide de la réadaptation à base communautaire [Internet]. Genève : OMS; 2012 [consulté le 24 mars 2014]. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242548051_introduction_fre.pdf

53^e CONSEIL DIRECTEUR

66^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 29 septembre au 3 octobre 2014

CD53/7, Rév. 1
Annexe A
Original : espagnol

PROJET DE RÉSOLUTION

PLAN D'ACTION SUR LES INCAPACITÉS ET LA RÉADAPTATION

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation* (document CD53/7, Rév. 1) ;

Reconnaissant que la prévalence et l'incidence des incapacités sont en constante augmentation en raison, notamment, du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques et de leurs facteurs de risque, de l'abus de substances, des accidents du travail et de la circulation, ainsi que de la violence et des crises humanitaires ;

Reconnaissant que l'incapacité est une question de santé publique, une question de droits humains et une priorité pour le développement ;

Comprenant que les personnes handicapées présentent les pires résultats en santé si on les compare à la population non handicapée, et qu'elles font face à la stigmatisation et à des obstacles pour accéder aux services ;

Reconnaissant que la réadaptation de base communautaire et la disponibilité de ressources tant humaines que matérielles contribuent à fournir une attention intégrale et de qualité qui protège les droits humains des personnes handicapées ;

Comprenant qu'investir dans l'adaptation et la réadaptation, ainsi que dans de services sociaux et de santé et dans la mise à disposition de dispositifs technologiques d'aide qui soient rentables est essentiel pour que les personnes handicapées puissent mener une vie indépendante, se réinsérer dans leurs familles et leur communauté, et que, de plus, cela permet à réduire le besoin de services d'appui formels et d'alléger la charge physique et psychologique des personnes chargées des soins ;

Considérant que dans la résolution CD47.R1 (2006), *Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne de jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale et autres droits connexes*, les États Membres sont instamment priés de formuler et d'adopter des politiques, plans et lois en matière de santé, d'adaptation et de réadaptation qui soient conformes aux instruments internationaux applicables en matière de droits de l'homme ;

Considérant qu'en mai 2014, la 67^e Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le *Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées* (résolution WHA67.7), l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a élaboré, avec le consensus de ses États Membres, le présent plan d'action qui est aligné sur le plan d'action mondial et sur le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 ;

Observant que le présent plan d'action aborde les objectifs essentiels pour répondre aux besoins des pays, conformément au contexte national,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation* et son application dans le contexte des conditions spéciales de chaque pays.
2. De prier instamment les États Membres, tout en tenant compte des responsabilités partagées dans les états fédérés :
 - a) d'inclure le handicap comme une priorité au sein des politiques nationales de santé pour assurer l'exécution des plans correspondants qui mènent à l'accès universel et équitable des personnes handicapées et de leurs familles aux services et programmes de santé, ce qui comprend l'adaptation et la réadaptation, la mise à disposition de dispositifs d'aide technologiques et d'autres formes d'appui tout au long du cycle de vie ;
 - b) de renforcer les cadres et règlements légaux dans les pays et leur application pour protéger les droits humains des personnes handicapées, conformément aux principes de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, à la Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées et aux normes internationales applicables ;
 - c) d'appuyer la participation de la société civile aux activités de promotion et de protection de la santé des personnes handicapées, afin d'assurer que ces dernières soient consultées par l'entremise d'organisations qui les représentent et peuvent participer activement à la formulation de politiques et de lois, ainsi qu'à l'établissement des services qui leur incombent ;

- d) de renforcer la stratégie de réadaptation à base communautaire, dans le cadre des réseaux de services intégrés, en étendant les actions à la prévention des incapacités, la détection et l'intervention précoce, l'accès aux dispositifs technologiques et autres formes d'appui ;
 - e) de poursuivre les efforts pour faire évoluer le modèle hospitalier de soins aux personnes handicapées vers un modèle à base communautaire dans lequel est intégré le travail en soins de santé primaires et des services de réadaptation ambulatoires sont établis, décentralisés et proches de la population ;
 - f) d'assurer une réponse appropriée des services sociaux et de santé aux particularités des groupes dans des conditions de vulnérabilité et avec des besoins spéciaux en situation d'incapacité ;
 - g) de considérer le renforcement et la formation régulière des ressources humaines comme une composante clé de l'amélioration de la réponse des services ;
 - h) améliorer les équipements et l'infrastructure des services d'attention aux personnes en situation d'incapacité ;
 - i) d'améliorer la production, l'analyse et l'utilisation des données sur les incapacités, dans le cadre des systèmes nationaux d'information, et d'appliquer des outils valides et conformes à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé ;
 - j) d'appuyer la recherche, ainsi que l'évaluation des politiques publiques dans le domaine de l'incapacité ;
 - k) d'appliquer une approche multisectorielle efficace avec des mécanismes de coordination entre les ministères et les organisations non gouvernementales, les institutions universitaires et d'autres services pour les personnes en situation d'incapacité ;
 - l) de veiller à la santé des personnes qui s'occupent de personnes en situation d'incapacité, qu'ils soient de la famille ou des professionnels, lors de la réalisation de tâches vitales ;
 - m) de promouvoir l'échange d'expériences et de bonnes pratiques entre les pays.
3. De demander à la Directrice :
- a) de renforcer la coopération de l'OPS avec les États Membres pour promouvoir et protéger la qualité de vie des personnes handicapées et leur jouissance du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale ;
 - b) d'appuyer les États Membres dans l'élaboration, la révision et l'exécution de plans nationaux en matière d'incapacités et de réadaptation, ainsi que dans la mise à jour de leurs lois ;
 - c) de collaborer aux évaluations des programmes et services d'adaptation et de réadaptation des pays, en particulier par le biais d'un suivi des indicateurs pour évaluer les avances et l'impact des interventions ;

- d) d'appuyer les États Membres pour renforcer leurs systèmes d'information sur la santé, afin de produire, d'analyser et d'utiliser des données sur les incapacités, qui soient conformes aux critères de qualité, opportunité en fiabilité ;
- e) d'encourager les alliances avec les organisations internationales et autres instances régionales et infrarégionales en appui à la réponse multisectorielle nécessaire dans le processus d'exécution de ce plan d'action ;
- f) de faciliter la diffusion de l'information et l'échange d'expériences et de bonnes pratiques, en plus de promouvoir la coopération technique entre les États Membres ;
- g) de faciliter la collaboration des États Membres avec les entités d'enseignement, les organisations non gouvernementales, en particulier les organisations de personnes handicapées et celles qui promeuvent la protection et le respect des personnes handicapées.



Rapport sur les incidences financières et administratives qu'aura pour le BSP le projet de résolution

1. Point de l'ordre du jour : 4.5 - Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation

2. Lien avec le Programme et budget 2014-2015:

a) **Catégorie 2 :** Maladies non transmissibles et facteurs de risque

b) **Domaines programmatiques:** Handicap et réadaptation

Résultat intermédiaire 2.4: accès accru aux services sociaux et de la santé pour les personnes handicapées, y compris la prévention.

3. Incidences financières :

a) **Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) :**

Coût de l'exécution du Plan d'action pour la période de 5 ans (2014-2019) :

Recrutement de personnel : \$1 785 000

Dépenses de fonctionnement/activités : \$4 437 500

Total: \$6 222 500

b) **Coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris):**

Exercice biennal 2014-2015 (Programme de travail biennal réduit à 2015 étant donné que le Plan est présent pour approbation par le Conseil directeur en septembre 2014 et que, du point de vue pratique, l'exécution ne commence donc qu'en 2015)

Recrutement de personnel : \$495 000

Dépenses de fonctionnement/activités : \$887 500

Sous-total : \$1 382 500

Total : \$1 382 500

c) **Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ?**

Recrutement de personnel : \$495 000

Dépenses de fonctionnement/activités : \$100 000

Sous-total : \$595 000

Total : \$595 000

Écart annuel : \$787 500

4. Incidences administratives :

a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées : le travail est planifié en fonction des besoins des États Membres. Une importance particulière est accordée aux pays prioritaire dont les programmes d'incapacités et de réadaptation sont moins avancés.

Le Plan sera exécuté sur trois niveaux :

- i. Régional : mobilisation des ressources, promotion de la cause, élaboration et diffusion de documents techniques, méthodologiques et de formation; offrir la coopération technique aux pays pour l'exécution des plans nationaux en matière d'incapacités et de réadaptation.
- ii. Infrarégional : coordination avec les organismes d'intégration infrarégionale comme CARICOM, SICA, MERCOSUR, UNASUR, Accord Hipólito Unanue. Faciliter la coopération entre les pays, le débat sur des problèmes communs et l'échange d'expériences.
- iii. National : formulation et exécution de plans nationaux en matière d'incapacités et de réadaptation sous la direction des ministères de la santé avec la participation d'autres secteurs et institutions, implique appui et supervision des niveaux locaux. L'OPS fournira une coopération technique aux pays, en fonction des besoins identifiés de façon conjointe.

b) Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :

Le Plan peut être exécuté avec l'appui du Conseiller régional en matière d'incapacités et de réadaptation de l'Organisation et la coordination du travail sur réseaux avec les centres collaborateurs et centres de références, ainsi qu'avec l'appui des différents points focaux de l'OPS dans les bureaux hors siège et les liens avec d'autres activités interprogrammatiques et intersectorielles.

c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :

2014: approbation du Plan d'action par le Conseil directeur.

2015: début de l'exécution du Plan d'action.

2016 et 2018: évaluations biennales.

2020: évaluation finale.

**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR
AUX MISSIONS DE L'ORGANISATION**

1. Point de l'ordre du jour : 4.5 - Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation

2. Unité responsable : Maladies non transmissibles et incapacités (NMH/ND)

3. Fonctionnaire chargé de la préparation : Dr Armando Vásquez Barrios

4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :

- Institut national de réadaptation du Mexique. Centre collaborateur OPS/OMS pour la recherche et la réadaptation médicales.
- Institut national de réadaptation JJ. Arvelo (Venezuela).
- Centre de recherche et de consultation en matière d'incapacités, École de santé publique, Université de Córdoba (Argentine).
- Service national de réadaptation (Argentine).
- Institut national de réadaptation Adriana Rebase Flores, Lima (Pérou).
- Institut national de réadaptation Pedro Aguirre Cerda, Santiago (Chili).
- Comité de réadaptation, Medellín (Colombie).
- Réseaux de RBC des Amériques (différentes ONG et institutions gouvernementales qui travaillent sur la stratégie de réadaptation à base communautaire).
- École de santé publique de Guadalajara (Mexique).
- Centre national de réadaptation, San José (Costa Rica).
- Service national des incapacités, Santiago (Chili).
- Hôpital de réadaptation Julio Díaz, La Havane (Cuba).
- American Speech-Language-Hearing Association, Maryland (ÉUA).
- Secrétariat technique des incapacités, Quito (Équateur).
- Institut national de réadaptation psycho-physique del Sur, Mar del Plata (Argentine).
- École de santé publique et École d'ergothérapie de l'Université du Chili, Santiago (Chili).
- Centre Ibéroaméricain pour le troisième âge, La Havane (Cuba).
- Centre mexicain de classification des maladies et Centre collaborateur OMS pour la famille des classifications internationales de l'OMS, Université de São Paulo (travail conjoint en matière d'application de la CIF).
- Université Don Bosco, Faculté des sciences de la réadaptation, San Salvador (El Salvador).

5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 :

Il convient de souligner ici les liens suivants :

- Énoncé d'intention : paragraphes 2, 3, 5 et 6.
- Principes et valeurs : paragraphes 9, 10, 11 et 12.
- Analyse de la situation et tendances en matière de santé dans les Amériques : paragraphes 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32 et 33.
- Domaines d'action: points a, b, c, d, e, g et h.

6. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2014-2019 :

Son lien fondamental est avec la Catégorie 2 (Maladies non transmissibles et facteurs de risque).

Secteur programmatique 2.4 Incapacités et réadaptation : Résultat intermédiaire 2.4, indicateurs 2.4.1.

Dans le Programme et budget de l'OPS 2014-2015, un lien est établi avec les résultats immédiats 2.4.1 (OCM et OPT).

Le Secteur des incapacités et de la réadaptation exigera un travail interprogrammatique efficace avec les autres catégories et programmes.

7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :

Certains appliquent les meilleures pratiques et ont eu des expériences réussies. Mentionnons, entre autres, les suivants :

- a) Chili : création du Département technique et administratif de gestion du Programme des incapacités et de réadaptation au ministère de la Santé. Élaboration de l'instrument d'évaluation de l'action communautaire (IVADEC-CIF) pour le processus de qualification et de certification d'incapacité en réseau.
- b) Argentine : formulation du programme fédéral de réadaptation (renforcement du réseau de services de réadaptation par niveaux de complexité). Mise en application du Certificat unique d'incapacité (CUD).
- c) Équateur : mission solidaire Manuela Espejo: programme visant à connaître la réalité biopsychosociale des personnes handicapées. Création de l'Unité technico-administrative de gestion du Programme des incapacités et de réadaptation au ministère de la Santé.
- d) Venezuela : création de l'Unité technico-administrative de gestion du Programme des incapacités et de réadaptation au ministère de la Santé et élaboration du programme de soins intégrés de santé à l'intention des personnes handicapées (PASDIS).
- e) Costa Rica : initiative de la Caisse costaricienne de sécurité sociale pour le renforcement des soins de santé primaires, y compris les mesures de base en matière de réadaptation.
- f) Guyana : formulation du Plan stratégique de réadaptation dans le secteur de la santé.
- g) Colombie et Bolivie : élaboration de la réglementation nationale pour la mise en œuvre de la stratégie de réadaptation à base communautaire (RBC).

8. Incidences financières du point de l'ordre du jour en question :

La formulation de ce plan d'action a des incidences financières pour garantir la réussite de sa mise en œuvre. Consulter l'annexe B pour plus de détails.

- - -