
ÉVALUATION MULTIPAYS DES CAPACITÉS DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'AUDITION



Organisation
mondiale de la Santé

ÉVALUATION MULTIPAYS DES CAPACITÉS DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'AUDITION



**Organisation
mondiale de la Santé**

Le présent document a été établi par le Programme OMS de prévention de la cécité et de la surdité, sous la direction d'Oleg Chestnov, Sous-Directeur général chargé du Groupe Maladies non transmissibles et santé mentale, et de Shanthi Mendis, Directeur par intérim du Groupe Prise en charge des maladies non transmissibles. Au nombre des spécialistes techniques qui ont contribué à l'élaboration de ce document figurent Shelly Chadha, Silvio Paolo Mariotti et Ivo Kocur.

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Évaluation multipays des capacités de prise en charge des troubles de l'audition.

1.Perte d'audition – prévention et contrôle. 2.Maladies des oreilles. 3.Surdité – prévention et contrôle. 4.Programmes nationaux de santé – organisation et administration. 1. Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 250657 0
(classification NLM : WV 270)

© Organisation mondiale de la Santé 2014

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int .

Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé par le Service de production des documents de l'OMS, Genève (Suisse)

AVANT-PROPOS

Je suis heureux de présenter le premier rapport de l'Organisation mondiale de la Santé sur l'évaluation *multipays des capacités de prise en charge des troubles de l'audition*.

En 2013, l'OMS a publié des estimations de la prévalence mondiale de la perte auditive. 360 millions de personnes dans le monde présentent une hypoacousie invalidante qui, dans la plupart des cas, pourrait être évitée ou traitée. Les infections chroniques de l'oreille, la méningite, la rubéole, le bruit et les médicaments ototoxiques sont les principales causes auxquelles on peut parer par des mesures de santé publique. Les plus touchés à l'échelle mondiale sont les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure, qui, du fait de leur sous-développement socio-économique, ont du mal à mettre en place et à assurer de bons services de prise en charge précoce des troubles auditifs. Dans la résolution qu'elle a adoptée en 1995¹, l'Assemblée mondiale de la Santé reconnaissait que les troubles graves de l'audition nuisaient au développement optimal, à la communication et à l'éducation. Elle invitait instamment les États Membres à élaborer des plans nationaux dans le cadre des soins de santé primaires.

L'OMS fournit un appui technique à ses États Membres soucieux de mettre en place des services efficaces et durables de soins otologiques primaires en s'appuyant sur le dispositif de prestation des soins de santé primaires. Elle met à leur service son expertise technique, des matériels didactiques et des conseils stratégiques

pour développer les capacités à différents niveaux structurels du système de santé. Elle s'emploie à faire prendre conscience de l'ampleur et de la répartition de l'hypoacousie, tant du point de vue géographique qu'aux différents stades de l'existence, à recenser et indiquer les moyens de prévention, de dépistage et de prise en charge. L'OMS élabore et diffuse des recommandations sur les interventions et les stratégies sanitaires contre les principales causes évitables de perte de l'audition. Elle offre son appui aux États Membres et aux partenaires internationaux désireux de dresser et d'exécuter des plans nationaux ou infranationaux pour une bonne prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition, et d'en surveiller l'application.

Le présent rapport donne un aperçu des informations communiquées par les États Membres de l'OMS sur les plans et programmes de prévention et de guérison du déficit auditif. Il contribue à l'une des fonctions de base de l'OMS en faisant le point sur le stade de développement des systèmes de santé. L'OMS a conscience que le faible pourcentage de réponses limite l'interprétation des résultats. Le rapport présente toutefois une analyse des renseignements fournis par certains États Membres et, d'après ces informations, recense les manques de données et de ressources humaines. Il dessine aussi certaines perspectives pour combler ces lacunes. Ce premier rapport servira aussi de repère d'après lequel planifier les progrès à accomplir dans ce domaine aux cours des prochaines années.

Dr Oleg Chestnov

Sous-Directeur général

Maladies non transmissibles et santé mentale

¹ WHA48.9 : Prévention des troubles de l'audition (1995).

TABLE DES MATIÈRES

3	AVANT-PROPOS
6	RÉSUMÉ D'ORIENTATION
10	INTRODUCTION
13	MÉTHODOLOGIE
13	LIMITATIONS
14	RÉSULTATS
15	PARTICIPATION DES ÉTATS MEMBRES À L'ENQUÊTE
16	ÉTUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES POUR ÉVALUER LA PRÉVALENCE DE LA PERTE D'AUDITION
18	RESSOURCES HUMAINES ET ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT
30	COMITÉ NATIONAL POUR LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'APPAREIL AUDITIF ET DE L'AUDITION OU LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUDITION
34	PLAN, PROGRAMME OU POLITIQUE A L'ÉCHELON NATIONAL OU INFRANATIONAL POUR LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'APPAREIL AUDITIF ET DE L'AUDITION OU LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUDITION
40	ÉTUDES DE CAS
44	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES
46	LISTE DES PAYS PARTICIPANTS

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

CONTEXTE

En 2012, l'OMS a entrepris une enquête par questionnaire pour évaluer les moyens qu'ont les États Membres de dresser et de mettre en œuvre des plans et des programmes nationaux ou infranationaux axés sur la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition dans le but de prévenir la perte auditive. Le présent rapport dresse un panorama des moyens disponibles dans le monde pour prévenir, diagnostiquer et prendre en charge la perte auditive.

MÉTHODES

Un questionnaire destiné aux ministères de la santé a été mis au point et distribué aux États Membres par le canal des bureaux régionaux et des bureaux de pays de l'OMS. Les ministères de la santé de 76 des 154 États Membres de l'OMS (où il y a un bureau de pays) ont répondu. Dans le cas des pays où l'OMS n'a pas de bureau et des pays qui n'ont pas répondu au questionnaire, on a, dans la mesure du possible, pris contact avec des organismes non gouvernementaux et des experts de la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition. On a également passé en revue la littérature sur le sujet de l'enquête. Ces sources complémentaires ont permis de recueillir des informations sur 19 autres États Membres.

Sauf mention contraire, les principales conclusions ci-dessous découlent de l'analyse des informations communiquées par 76 États Membres par l'intermédiaire de leur ministère de la santé.

MESSAGES CLÉS

- D'une manière générale, les données épidémiologiques sont rares sur la prévalence de la perte d'audition et des troubles de l'appareil auditif dans les États Membres.
- On manque d'informations sur les ressources humaines destinées à la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition ainsi que sur les plans ou programmes nationaux/infranationaux parmi les États Membres.
- Les ressources humaines destinées à prendre en charge les troubles de l'appareil auditif et de l'audition sont inégalement réparties dans le monde, et sont davantage concentrées dans les pays à haut revenu et les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure.
- Il existe des comités nationaux chargés de promouvoir et de dresser des plans pour la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition dans 20 des États Membres qui ont répondu au questionnaire. 32 des pays enquêtés indiquent que des plans de cette nature sont mis en œuvre.

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

PRINCIPALES CONCLUSIONS

ÉTUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES POUR ÉVALUER LA PRÉVALENCE DE LA PERTE AUDITIVE

- Les données en population sur la prévalence et les causes de la perte de l'audition sont rares quels que soient le niveau de revenu et la Région de l'OMS considérés.
- 44 % des États Membres qui ont répondu ont indiqué avoir des données épidémiologiques sur la prévalence de la perte d'audition. La nature des données n'était pas la même dans tous les États Membres et n'était pas représentative de tous les régions à l'intérieur des pays.

RESSOURCES HUMAINES ET ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT

- Les effectifs disponibles pour soigner les troubles de l'appareil auditif et de l'audition (spécialistes ORL, audiologistes, éducateurs/enseignants pour les sourds et autres spécialistes de la perte d'audition) varient en fonction du groupe de revenu auquel appartiennent les pays enquêtés. Les effectifs par million d'habitants sont plus grands dans les pays à revenu élevé ou à revenu intermédiaire de la tranche supérieure.
- Les catégories de personnel sont toutes moins nombreuses dans les États Membres de la Région africaine ayant répondu au questionnaire que dans les autres Régions de l'OMS.
- Les établissements de formation des spécialistes ORL, des audiologistes et des enseignants pour sourds et malentendants sont plus nombreux dans les groupes de pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. Les possibilités de formation sont moins nombreuses dans la Région africaine que dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental.

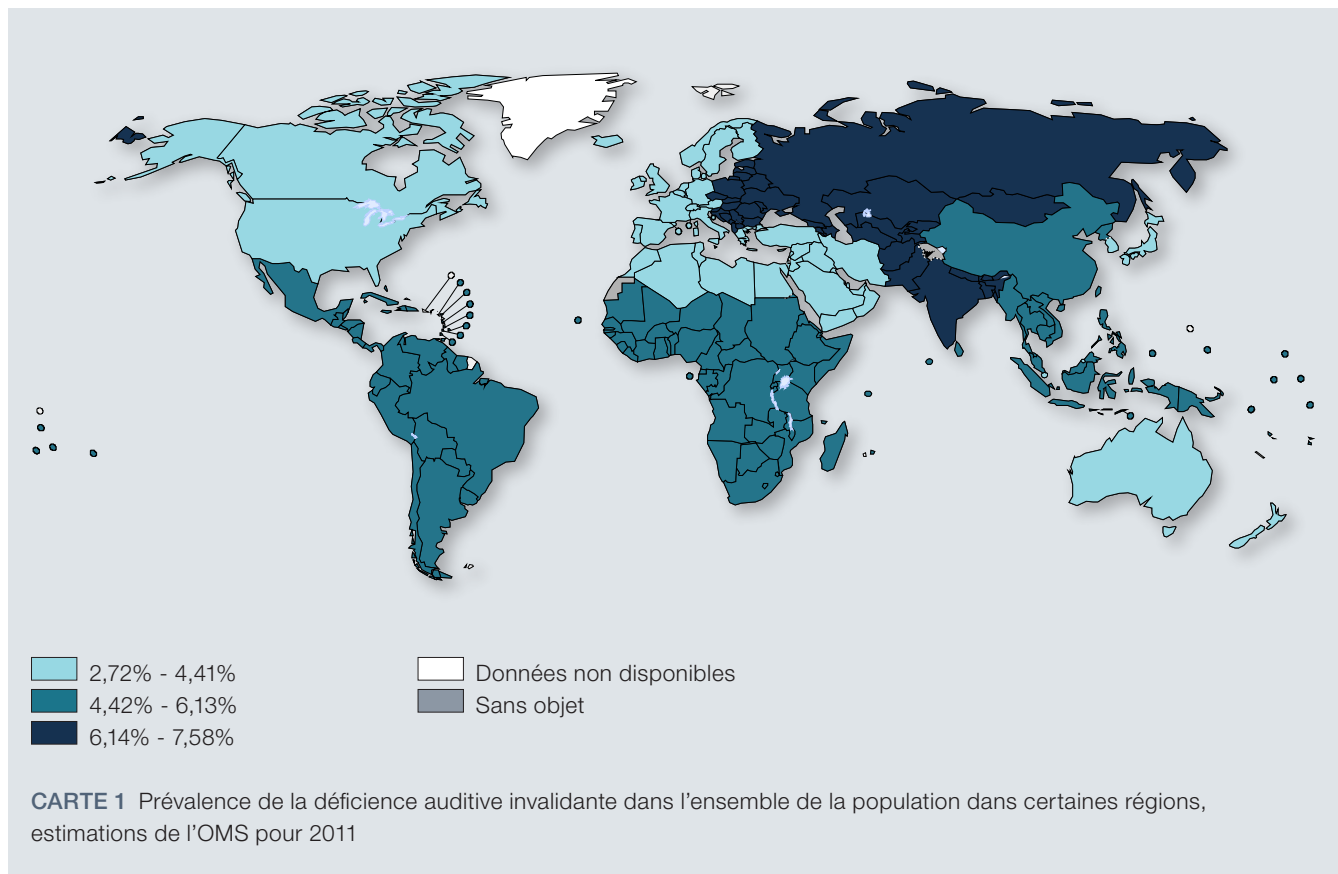
COMMISSION NATIONALE POUR LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'APPAREIL AUDITIF ET DE L'AUDITION OU LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUDITION

- 26 % des répondants ont indiqué qu'un comité national pour la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition avait été créé dans le pays.
- Il semble que la création d'un comité national ne dépend pas du niveau de revenu des pays. Au niveau régional, 70 % des pays de la Région OMS de l'Asie du Sud-Est avaient créé un comité national.
- Dans la plupart des comités, les ministères de la santé (95 %), de l'éducation (75 %) et des services sociaux (75 %) sont représentés. Les autres groupes représentés sont notamment les associations professionnelles, les instituts universitaires et les organisations de personnes handicapées.
- Ces comités ont pour fonctions essentielles de dresser et d'exécuter un plan national de prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition. Ils sont aussi chargés de former des partenariats avec les organisations non gouvernementales (ONG), de mettre au point des matériels de formation et de sensibilisation, et d'assurer un suivi.

PLAN, PROGRAMME OU POLITIQUE À L'ÉCHELON NATIONAL OU INFRANATIONAL POUR LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'APPAREIL AUDITIF ET DE L'AUDITION OU LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUDITION

- 40 États Membres ont indiqué avoir un plan, un programme ou une politique consacrés à la perte d'audition au niveau national ou infranational. 32 d'entre eux ont des plans ou programmes nationaux.
- La proportion des pays enquêtés de la catégorie à haut revenu (83,3 %) et à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (64,7 %) indiquant avoir mis en place des plans, programmes ou politiques de ce type était plus grande que pour les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (44 %) et à faible revenu (38 %).
- 70 % des participants de la Région de l'Asie du Sud-Est, 60 % de la Région du Pacifique occidental et 38 % de la Région africaine ont déclaré avoir mis au point des plans/programmes/politiques dans les domaines de l'otologie et de l'audition.
- Les ministères de la santé (100 %), de l'éducation (61,3 %), des services sociaux (54,8 %) et de l'environnement (61,3 %) sont les plus couramment impliqués dans les programmes de prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition.
- Dans la majorité des pays (53,5 %) qui ont fourni des renseignements sur les sources de financement, les programmes sont financés en partie par les pouvoirs publics et en partie par des entités non gouvernementales.
- Les raisons les plus souvent avancées pour expliquer l'absence de programmes de prise en charge des troubles de l'audition dans les États Membres sont les suivantes : autres priorités de santé, manque de ressources financières et manque de ressources humaines. Aucun des États Membres n'a invoqué le fait que ces programmes n'étaient pas nécessaires.

INTRODUCTION



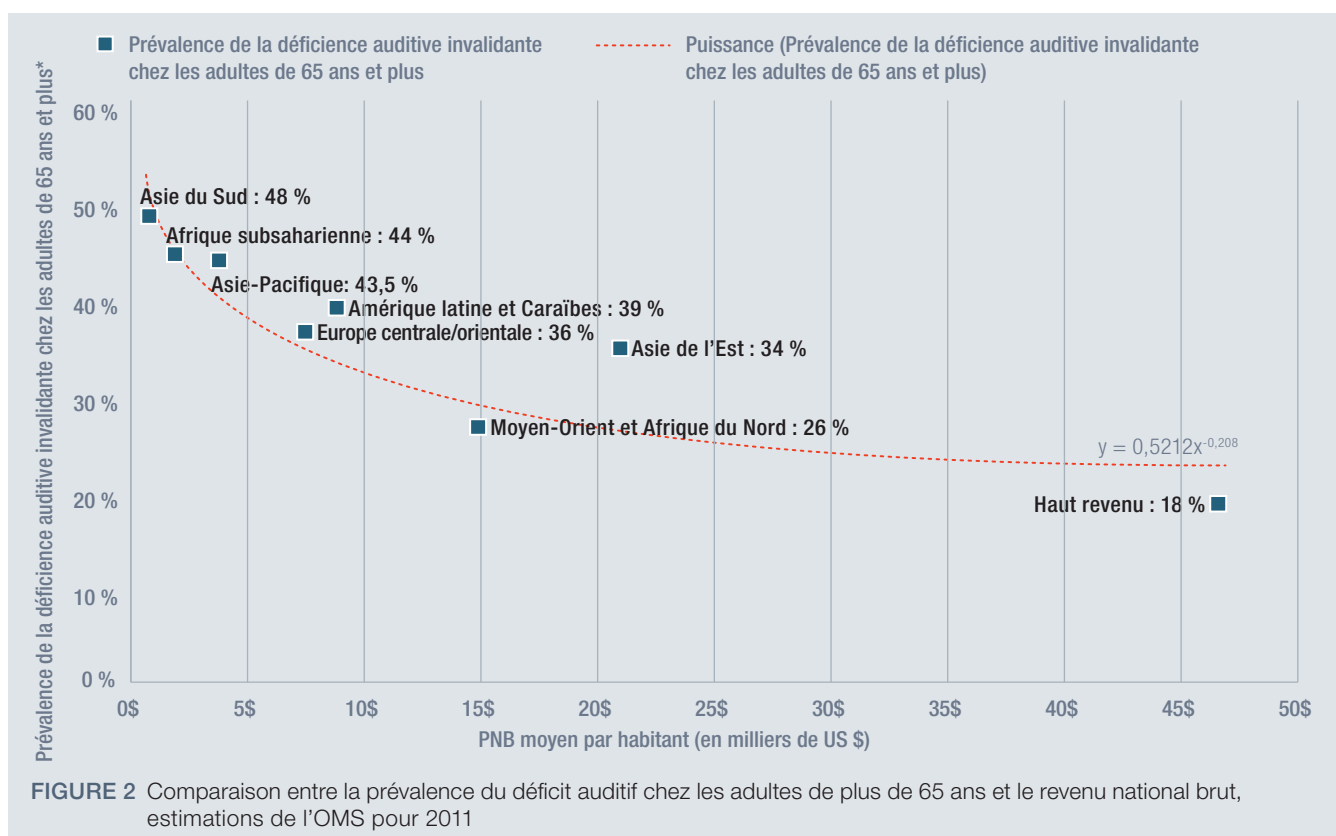
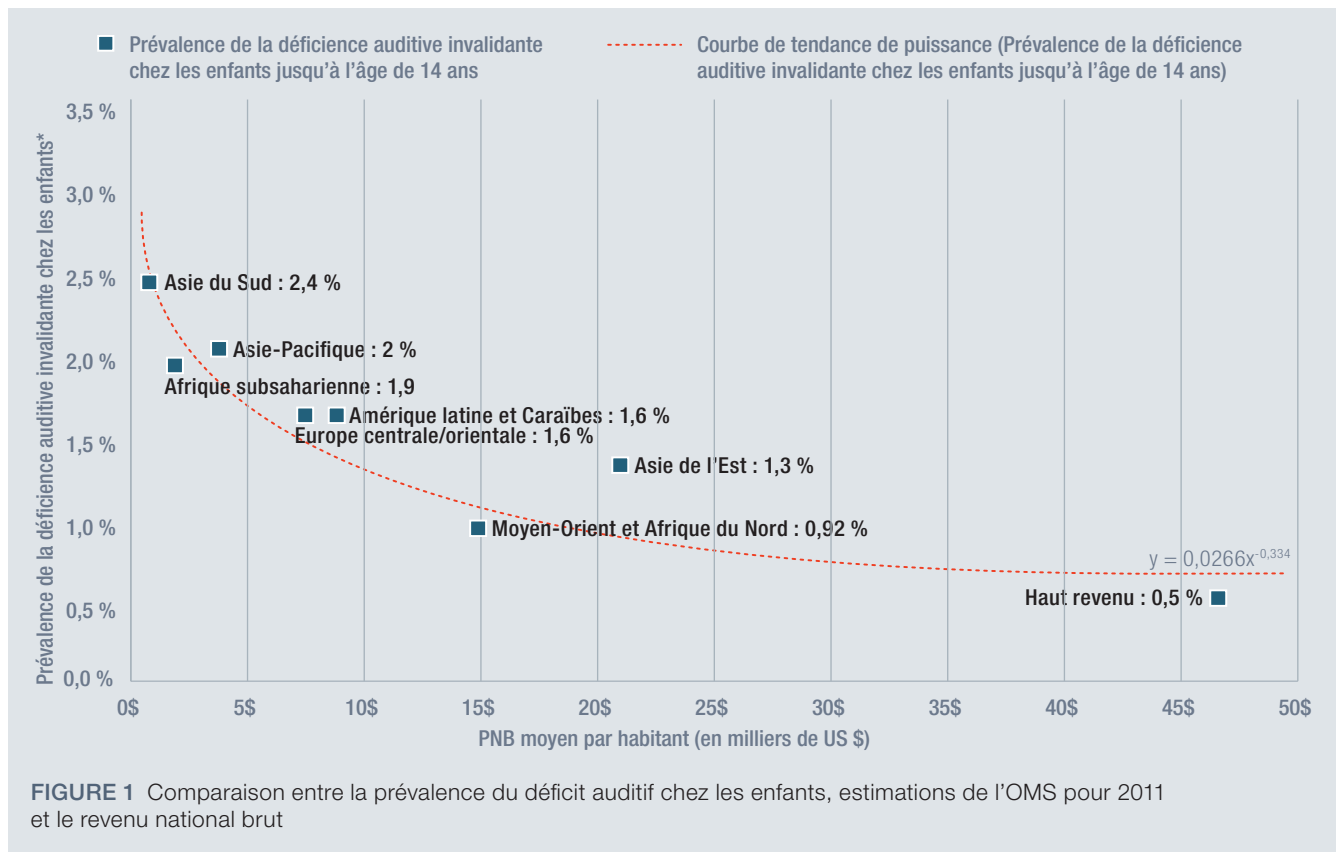
360 millions de personnes dans le monde souffrent d'une perte d'audition invalidante² (5,3 % de la population mondiale), parmi lesquelles 32 millions d'enfants. La prévalence du déficit auditif varie dans le monde, mais c'est dans les régions de l'Asie du Sud, de l'Asie-Pacifique et de l'Afrique subsaharienne qu'elle est la plus forte.

Il peut y avoir un lien entre le niveau de revenu d'un pays ou d'une Région et la prévalence de la perte d'audition. Chez les enfants et les adultes de plus de 65 ans, la prévalence tend à diminuer de façon exponentielle à mesure que le revenu national brut augmente.

En 1995, dans la résolution WHA48.9, l'Assemblée mondiale de la Santé s'est dite préoccupée par le problème croissant que posent les troubles de l'audition en grande partie évitables dans le monde et a instamment invité les États Membres à élaborer des plans nationaux pour lutter contre les principales causes de perte d'audition évitables et procéder au dépistage précoce chez le nourrisson, le jeune enfant et l'enfant, ainsi que chez les personnes âgées, dans le cadre des soins de santé primaires. Dans ce contexte, l'Unité de l'OMS Prévention de la cécité et de la surdité a entrepris une enquête dans le but de dresser un état des lieux des plans et programmes de prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition dans les  tats Membres et de suivre les progrès accomplis à cet égard dans l'ensemble du monde.

² On entend par perte d'audition invalidante une perte d'audition supérieure à 40 dB dans la meilleure oreille chez l'adulte et à 30 dB dans la meilleure oreille chez l'enfant (0-14 ans).

INTRODUCTION



MÉTHODOLOGIE

Pour établir le rapport de situation, le personnel du Siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays de l'OMS et des ministères de la santé ont recueilli des informations sur les ressources humaines, les plans et les programmes dans le domaine de la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition. Le projet comprenait de nombreuses étapes administratives et méthodologiques, à commencer par la mise au point du questionnaire, jusqu'à l'analyse statistique et la présentation des données. Les différentes étapes sont brièvement exposées ci-après :

ÉTAPE 1 : MISE AU POINT DU QUESTIONNAIRE ET EXAMEN COLLÉGIAL

Le questionnaire a été mis au point dans le cadre d'une collaboration entre le Programme OMS de prévention de la cécité et de la surdité, le Département de l'OMS Statistiques sanitaires et systèmes d'information et les bureaux régionaux de l'OMS. Un glossaire y a été inclus afin que tous les répondants comprennent de la même manière les termes utilisés. Le questionnaire a été rédigé en anglais et traduit dans toutes les langues officielles des Nations Unies – arabe, chinois, espagnol, français et russe – puis a été envoyé à tous les conseillers régionaux chargés de la question de la prévention de la cécité et de la surdité ainsi qu'à quatre experts du domaine pour connaître leur avis. Le questionnaire a été modifié à la lumière de leurs observations.

ÉTAPE 2 : DISTRIBUTION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été envoyé aux 154 bureaux de pays de l'OMS, qui l'ont transmis au ministère de la santé du pays. Le questionnaire devait être rempli par le coordonnateur national pour la prévention de la perte d'audition au sein du ministère de la santé ou par une personne ayant des compétences et des connaissances comparables sur les activités de prévention de la perte d'audition et de la prise en charge des troubles auditifs au niveau national.

ÉTAPE 3 : RENVOI DU QUESTIONNAIRE

Les réponses au questionnaire ont été transmises par les bureaux de pays et les bureaux régionaux de l'OMS. Un fonctionnaire de l'OMS se tenait à disposition des interlocuteurs pour répondre à leurs questions et, le cas échéant, les orienter.

ÉTAPE 4 : PROCESSUS DE CLARIFICATION

Chaque questionnaire reçu a été passé en revue pour relever les réponses incomplètes et les éventuelles incohérences. Les données ont été complétées après recherche dans la littérature scientifique et consultation d'experts du domaine. Au besoin, on a pris contact avec les répondants pour leur demander de clarifier leurs réponses.

ÉTAPE 5 : GESTION ET ANALYSE DES DONNÉES

Les données ont été saisies sur Microsoft Excel. Elles ont été agrégées par Région de l'OMS et par groupe de revenu de la Banque mondiale. On trouvera à la fin du présent rapport une liste des pays qui ont répondu à l'enquête, par Région de l'OMS et par niveau de revenu défini par la Banque mondiale. Le taux de prévalence par million d'habitants a été calculé à l'aide des données fournies par les services démographiques de l'ONU. Des tableaux, des graphiques et des figures ont ensuite été établis.

LIMITATIONS

Il faut tenir compte d'un certain nombre de limitations quand on examine les résultats.

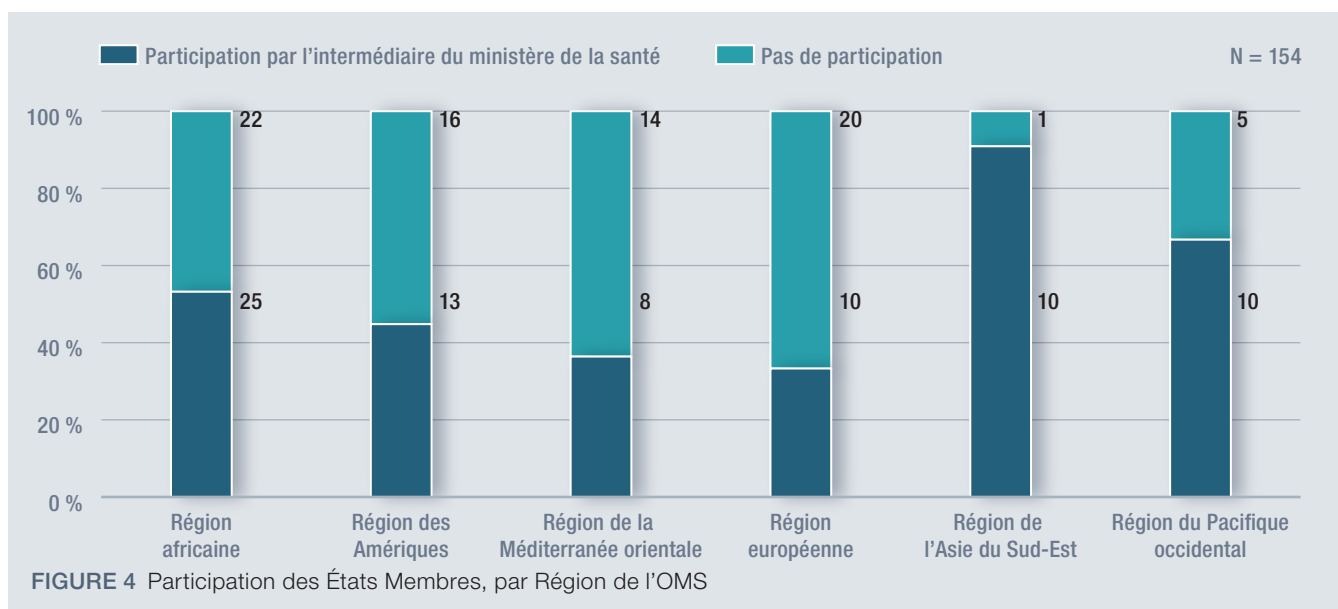
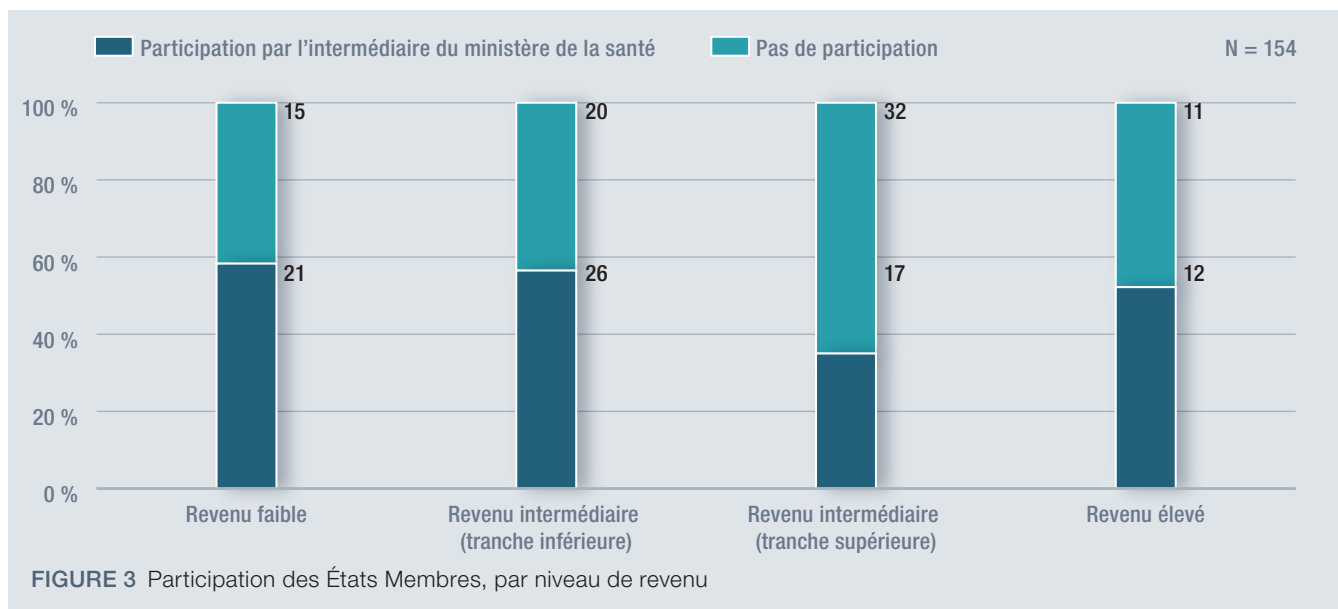
- Le questionnaire a été communiqué à 154 des 194 États Membres de l'OMS. Pour une distribution systématique et pour faciliter le suivi, il leur a été distribué par l'intermédiaire des bureaux régionaux et des bureaux de pays. Les États Membres où l'OMS n'a pas de bureau de pays ont donc été exclus.
- Les ministères de la santé de 76 États Membres ont répondu. D'autres sources d'information ont été utilisées pour recueillir des données sur 19 États Membres. Le faible taux de participation (49,4 %) est une limitation importante et empêche de se faire une idée de la situation à l'échelle mondiale.
- On a cherché à obtenir des pays des informations sur toutes les variables. Malgré cela, certains pays n'ont pas pu fournir de données sur un certain nombre d'indicateurs. Le nombre de pays ayant répondu à chacune des questions est indiqué dans le tableau ou la figure correspondant.
- Fiabilité des termes utilisés dans l'enquête : on a utilisé dans le questionnaire les définitions de travail arrêtées en concertation avec des experts. Il a été jugé important de trouver un juste équilibre entre les définitions les plus appropriées et celles qui sont le plus couramment utilisées. Ce choix a été expliqué aux coordonnateurs chaque fois qu'ils ont posé une question. Il est toutefois possible que les pays aient eu du mal à interpréter les définitions données dans le glossaire.
- Le rapport rend compte de la situation dans certains États Membres en 2012. L'élaboration de plans et de programmes étant un processus continu, il est possible que des changements aient eu lieu entre le moment où les données ont été rassemblées et celui où le rapport a été publié.

³ Régions de l'OMS: Région africaine (AFR), Région des Amériques (AMR), Région de la Méditerranée orientale (EMR), Région européenne (EUR), Région de l'Asie du Sud-Est (SEAR), Région du Pacifique occidental (WPR)

RÉSULTATS

2.1 PARTICIPATION DES ÉTATS MEMBRES À L'ENQUÊTE

- Au total, 76 États Membres ont répondu au questionnaire, par l'intermédiaire des ministères de la santé et des bureaux de pays de l'OMS. Ils représentent 49,3 % des 154 États Membres qui ont reçu le questionnaire. Des données ont été trouvées, par l'intermédiaire d'experts et d'organisations non gouvernementales, ainsi que dans la littérature, pour 19 autres pays situés aux mêmes niveaux de développement.
- 58,3 % des pays à revenu faible (21 sur 36), 56,2 % des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (26 sur 46), 34,7 % des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (17 pays sur les 49 où il y a un bureau de l'OMS) et 52 % des pays à revenu élevé (12 pays sur les 23 où il y a un bureau de l'OMS) ont répondu au questionnaire (Figure 3).
- Au niveau régional, les taux de participation s'établissent comme suit, par ordre décroissant : Région de l'Asie du Sud-Est (91 %), Région du Pacifique occidental (66,6 %), Région africaine (53,2 %), Région des Amériques (44,8 %), Région de la Méditerranée orientale (36,4 %) et Région européenne (33,3 %) (Figure 4).



RÉSULTATS

2.2 ÉTUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES POUR ÉVALUER LA PRÉVALENCE DE LA PERTE D'AUDITION

DÉFINITION

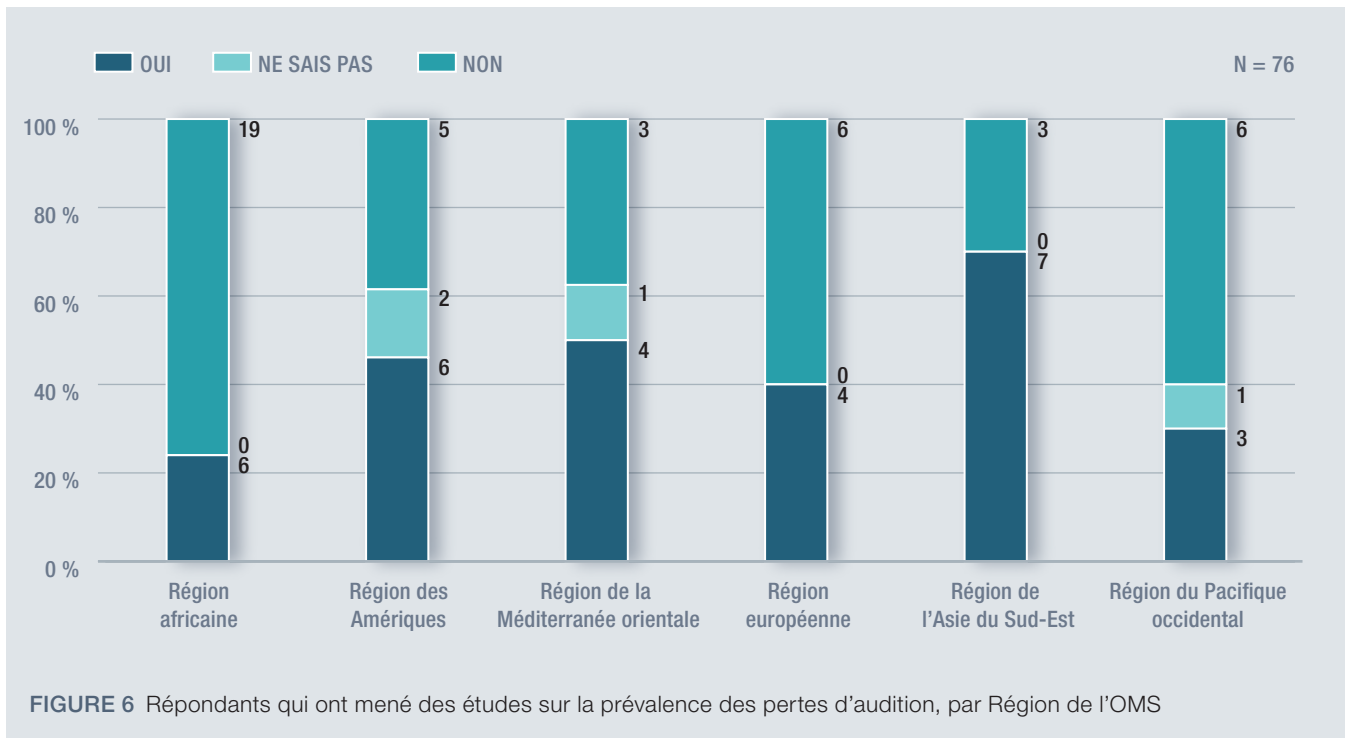
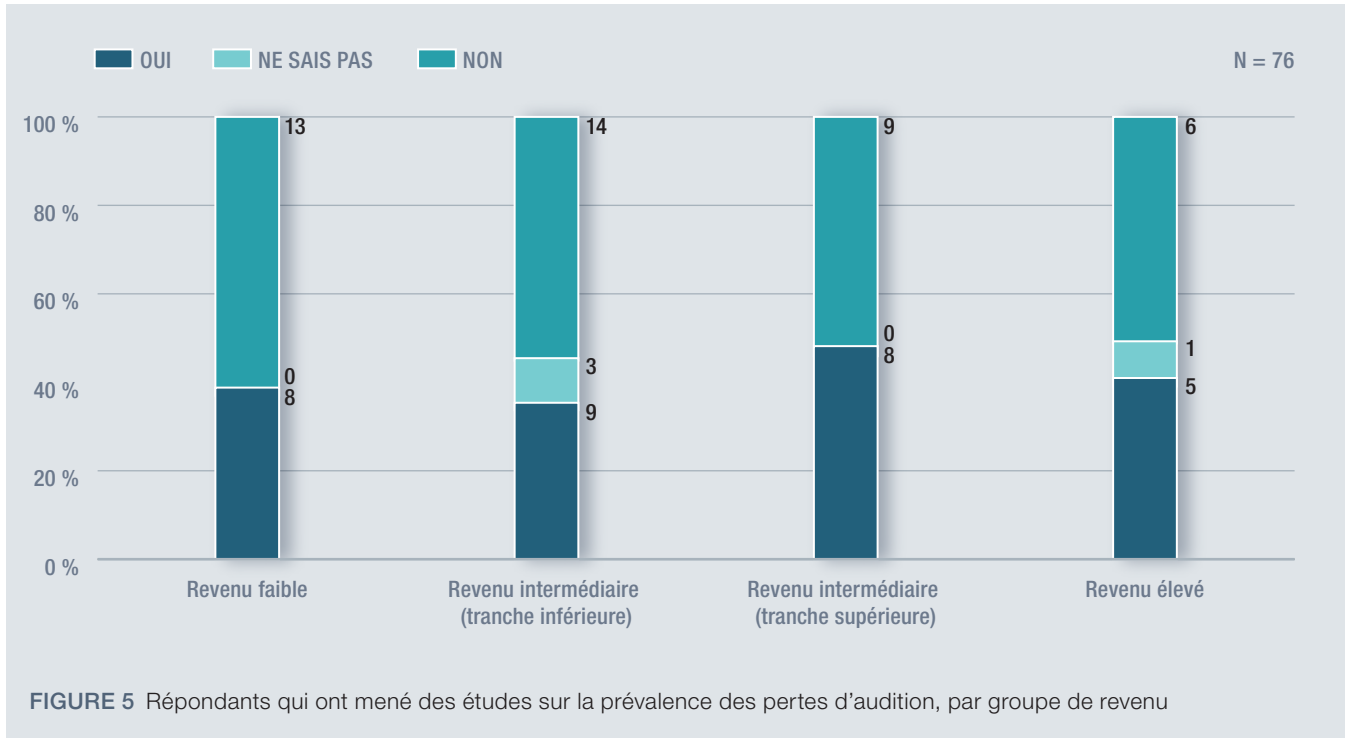
Étude/enquête/évaluation sur la prévalence de la perte d'audition mentionnant seulement les études/enquêtes en population, en donnant plus de précisions dans un rapport complet, ou en indiquant la référence de celui-ci, et en indiquant l'effectif et le profil de la population sondée (aux niveaux national, régional et provincial, en milieu rural et en milieu urbain).

Il a été demandé aux participants si une étude/enquête/évaluation sur la prévalence des pertes d'audition avait été entreprise dans le pays. Des rapports d'enquête ont été demandés, dans la mesure où ils étaient disponibles.

Les résultats sont basés sur le nombre de pays qui ont répondu à cette question.

POINTS PRINCIPAUX

- 40 % (30) des 76 des États Membres qui ont répondu, soit 19,4 % des États Membres participants (154) ont indiqué avoir des données épidémiologiques sur la prévalence des pertes d'audition.
- Les données n'étaient pas de même nature dans tous les États Membres, les 30 études rapportées incluent des données nationales et provinciales et les données n'étaient pas toujours représentatives de toutes les régions du pays.
- Les réponses n'ont pas permis de mettre en évidence un lien entre le niveau de revenu et la disponibilité de données épidémiologiques en population. Ces données étaient rares quel que soit le niveau de revenu (Figure 5).
- Dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est, 70 % des États Membres participants ont indiqué qu'ils disposaient de données épidémiologiques en population sur les pertes d'audition. Dans toutes les autres Régions, ces données n'étaient disponibles que pour quelques États Membres, comme indiqué dans la Figure 6.



RÉSULTATS

2.3 RESSOURCES HUMAINES ET ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT

Il a été demandé aux participants quelle était la situation des ressources humaines pour les soins de l'oreille et des troubles de l'audition et s'il y avait des établissements d'enseignement reconnus sur le plan national pour la formation de spécialistes ORL, d'audiologistes, d'orthophonistes et d'enseignants pour les sourds et malentendants.

- 68 participants sur 76 (89,5 %) ont donné une estimation du nombre de spécialistes ORL disponibles. 75 % des personnes interrogées (57) ont signalé la disponibilité d'audiologistes et 73 % (56) la disponibilité d'orthophonistes. Ces réponses ont été analysées en profondeur.
- Seuls 36 et 27 participants ont fourni des informations sur les enseignants pour les sourds et les autres spécialistes des pertes d'audition, respectivement. Les données étant incomplètes, elles n'ont pas été analysées plus en profondeur.

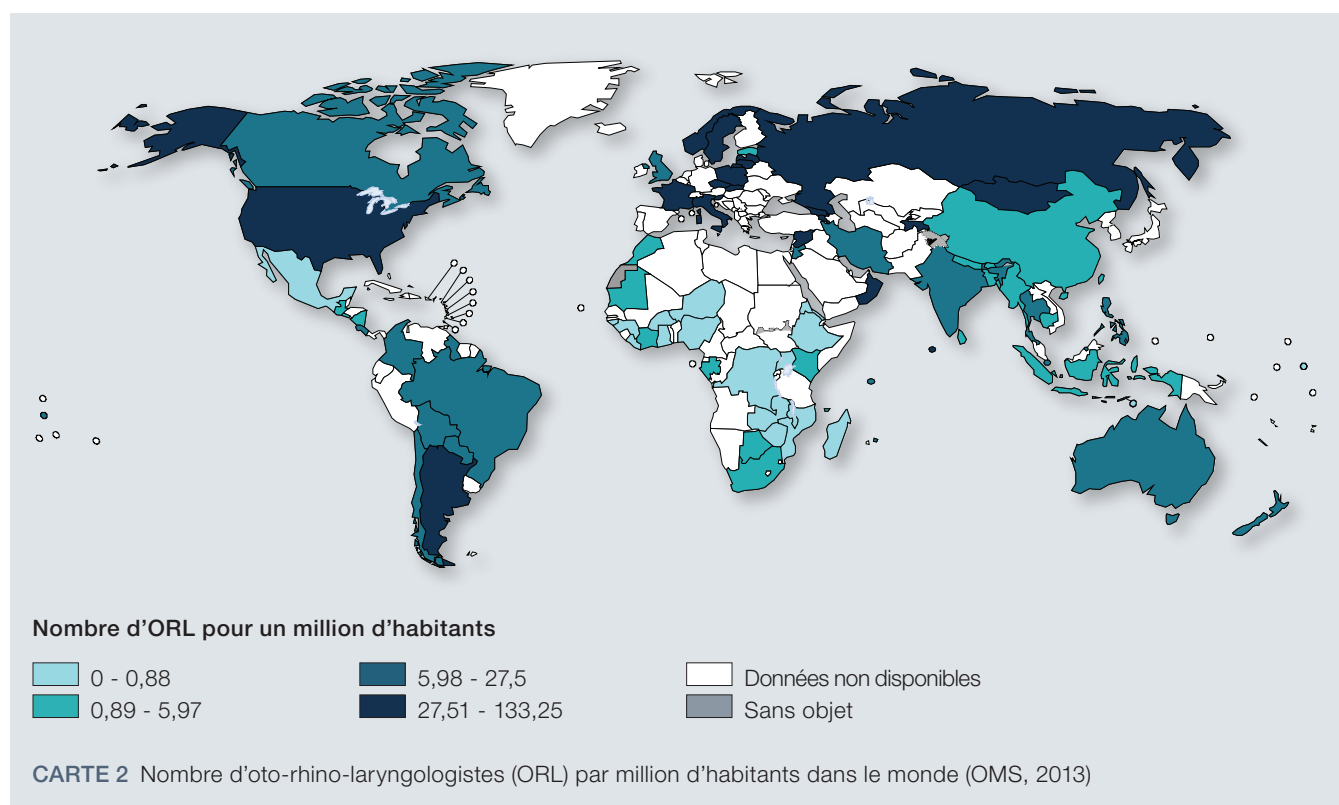
POINTS PRINCIPAUX

- 68 États Membres ont donné des informations sur le nombre de spécialistes ORL au niveau national.
- Il semble que la proportion de répondants signalant plus d'un spécialiste ORL pour un million d'habitants varie selon le niveau de revenu.
- Il ressort des réponses que la répartition entre les Régions de l'OMS est inégale. En Asie du Sud-Est, 90 % des pays ont plus d'un spécialiste ORL pour un million d'habitants.
- Dans le Pacifique occidental, 75 % des pays ont plus d'un spécialiste ORL pour un million d'habitants. En revanche, dans la Région africaine, 64 % des répondants ont signalé disposer de moins d'un spécialiste ORL pour un million d'habitants.
- Les données obtenues de sources d'information autres que les ministères de la santé ont également été analysées et corroborent les liens observés entre le niveau de revenu et le nombre de spécialistes ORL disponibles. Les résultats combinés sont indiqués sur la carte ci dessous.

2.3.1 SPÉCIALISTES ORL

DÉFINITION

Les spécialistes ORL sont des médecins ayant reçu une formation pour la prise en charge des pathologies de l'oreille, du nez ou de la gorge, sanctionnée par un certificat ou diplôme officiel.



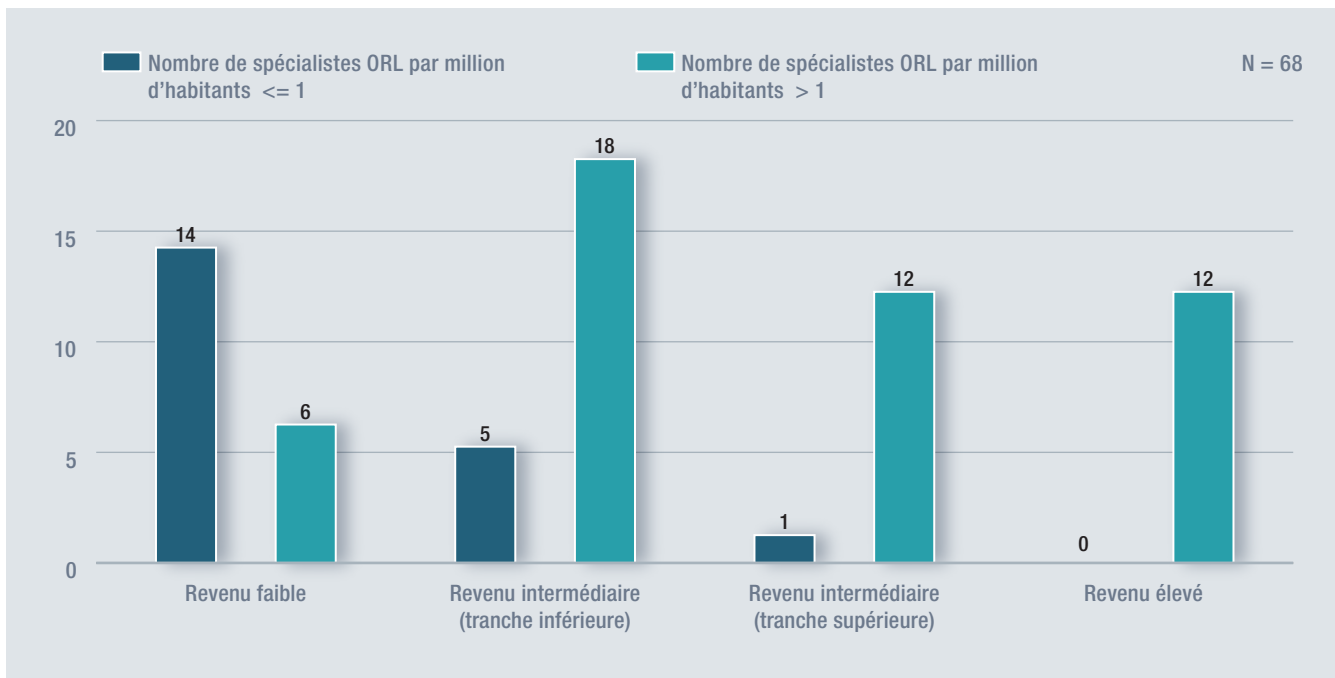


FIGURE 7 Nombre de spécialistes ORL pour un million d'habitants, par niveau de revenu

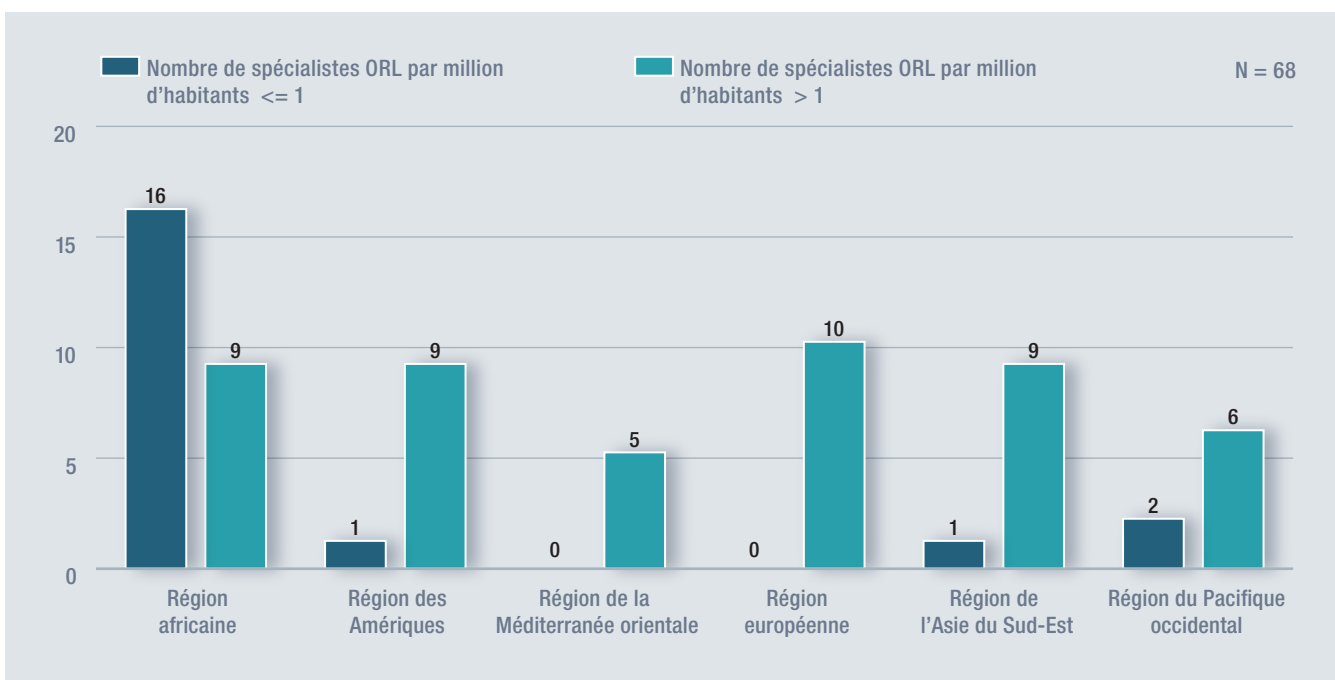


FIGURE 8 Nombre de spécialistes ORL pour un million d'habitants, par Région de l'OMS

RÉSULTATS

2.3.2 AUDIOLOGISTES

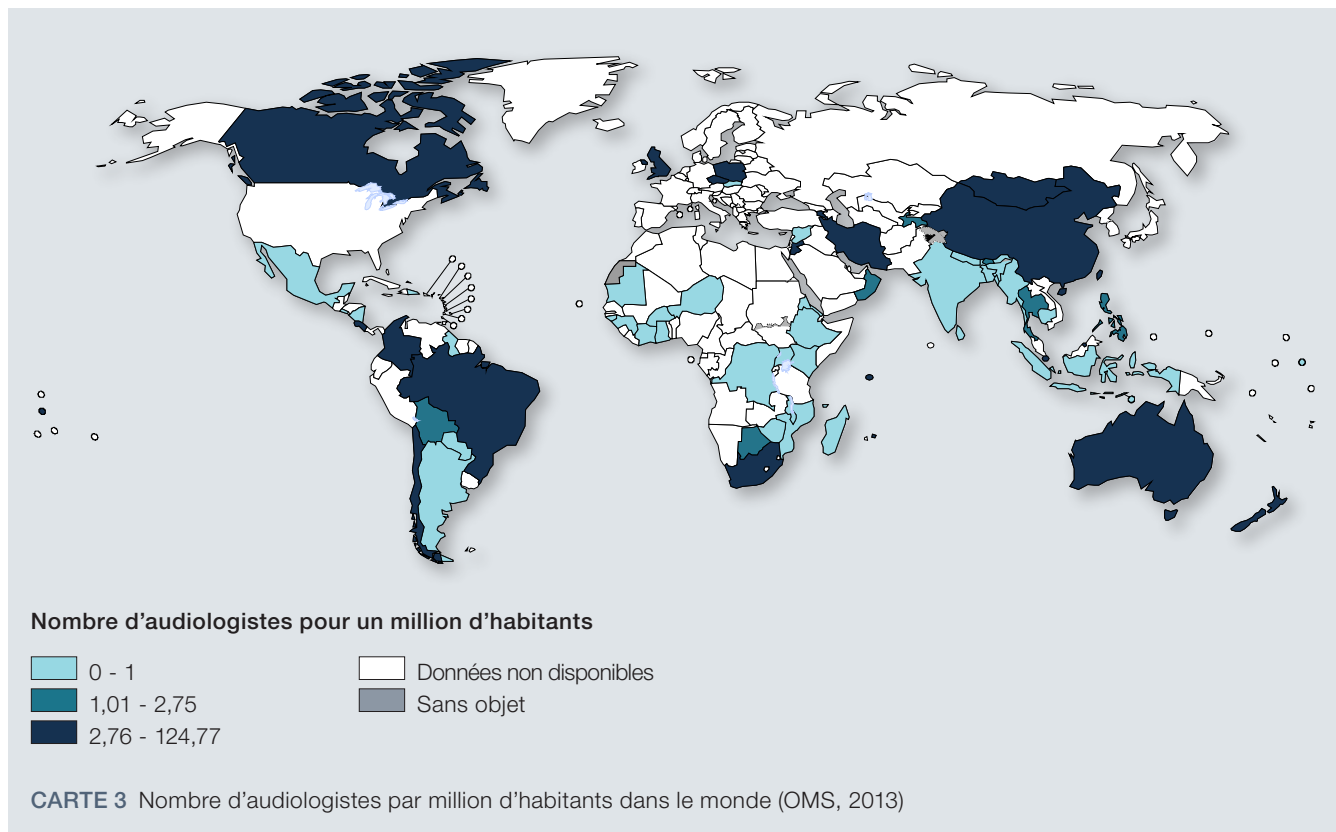
DÉFINITION

Un *audiologiste* est une personne ayant une formation en audiologie, sanctionnée par un certificat ou diplôme officiel.

POINTS PRINCIPAUX

- 40 % des pays ayant répondu à la question concernant le nombre d'audiologistes disponibles (N = 57) ont indiqué qu'ils disposaient de plus d'un audiologiste pour un million d'habitants.
- Parmi les répondants, le nombre d'audiologistes disponibles varie en fonction du niveau de revenu. 83,3 % et 87,5 % des participants parmi les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et parmi les pays à revenu élevé respectivement ont indiqué qu'il y avait plus d'un audiologiste pour un million d'habitants. Seuls 5,2 % des pays à revenu faible et 27,7 % des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure étaient dans cette catégorie.

- Au niveau régional, 7 des 9 répondants (77,7 %) de la Région OMS de l'Asie du Sud-Est ont indiqué qu'il y avait moins d'un audiologiste pour un million d'habitants.
- 75 % des répondants de la Région du Pacifique occidental ont indiqué qu'il y avait plus d'un audiologiste pour un million d'habitants alors que 81 % des répondants de la Région africaine ont signalé disposer de moins d'un audiologiste pour un million d'habitants. Les réponses dans d'autres Régions de l'OMS, indiquées à la Figure 10, sont insuffisantes pour être significatives.
- Les données obtenues de sources d'information autres que les ministères de la santé ont également été analysées et corroborent les tendances observées. Les résultats combinés sont indiqués sur la carte ci-dessous.



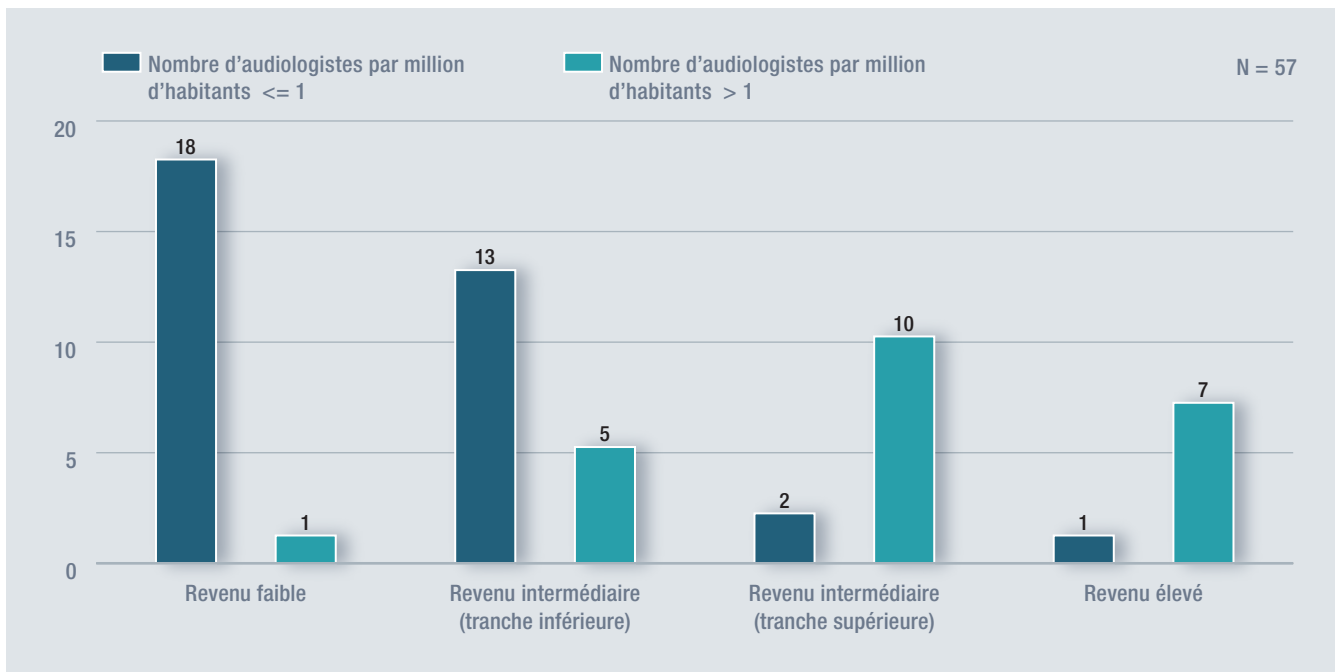


FIGURE 9 Nombre d'audiologistes pour un million d'habitants, par niveau de revenu

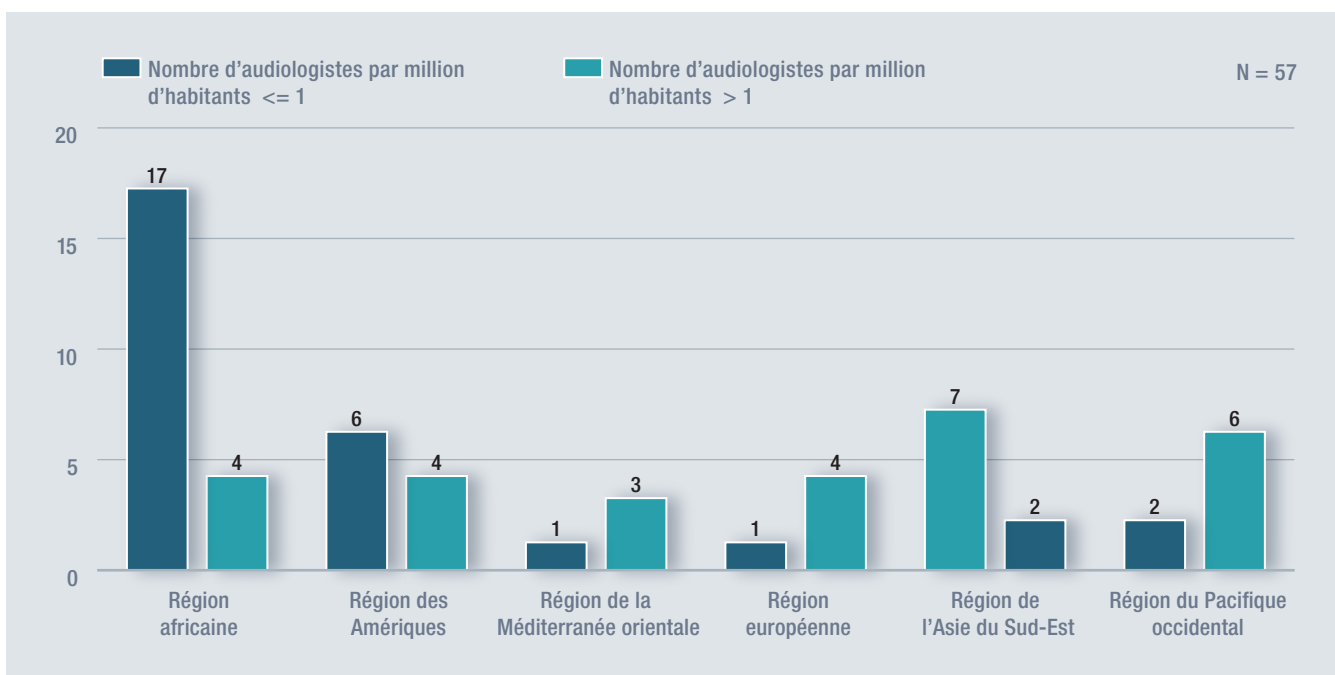


FIGURE 10 Nombre d'audiologistes pour un million d'habitants, par Région de l'OMS

RÉSULTATS

2.3.3 ORTHOPHONISTES

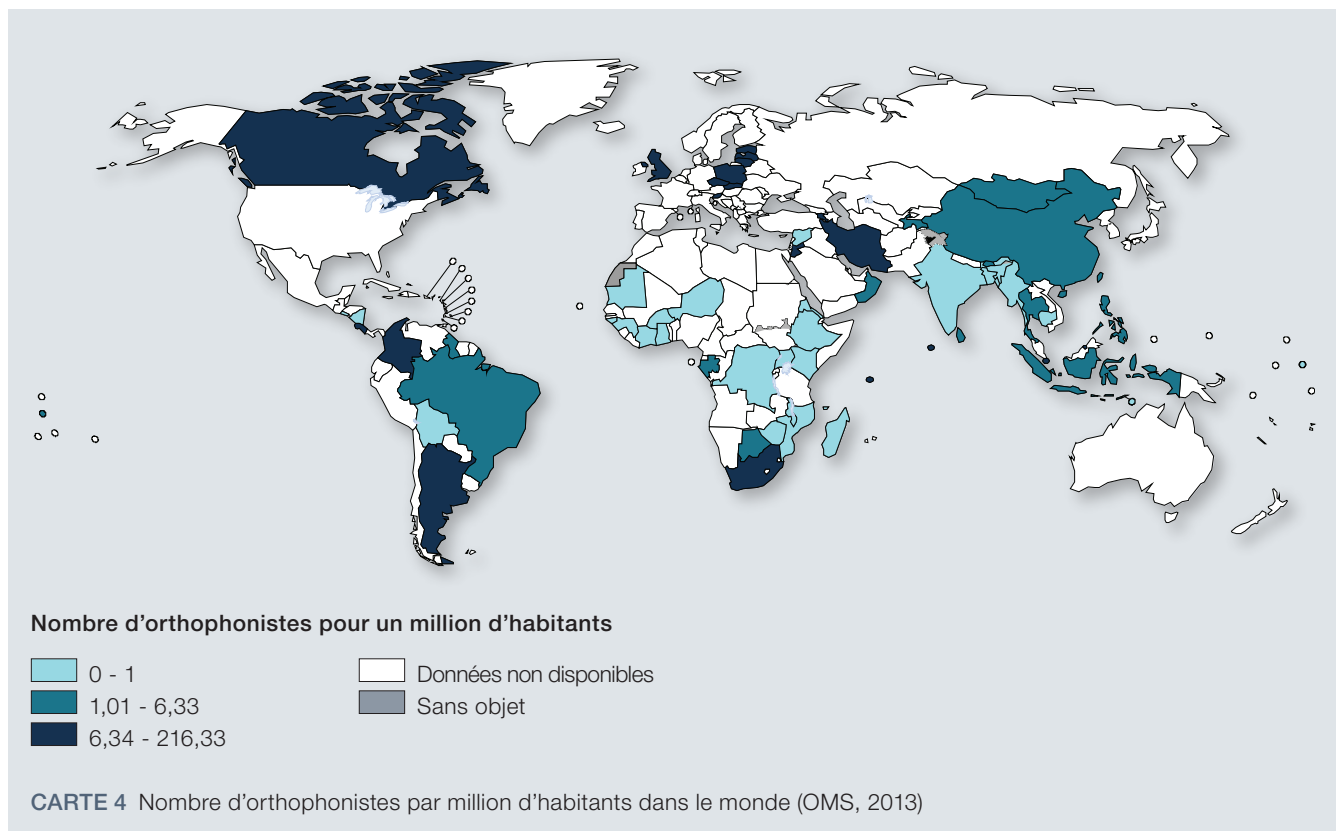
DÉFINITION

Un *orthophoniste* est une personne titulaire d'un certificat ou diplôme officiel d'orthophonie. Dans certains pays, l'orthophonie fait partie de la formation à l'audiologie.

POINTS PRINCIPAUX

- 56 répondants sur 76 ont signalé qu'il y avait des orthophonistes dans leur pays. Dans 52 % des cas, il y avait plus d'un orthophoniste pour un million d'habitants.
- On a constaté que les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et les pays à revenu élevé interrogés disposaient de plus d'un orthophoniste pour un million d'habitants. 41 % (7) des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et 5,5 % (1) des pays à revenu faible interrogés disposaient de plus d'un orthophoniste pour un million d'habitants.

- Au niveau régional, 55,5 % des pays de la Région OMS de l'Asie du Sud-Est interrogés ont indiqué qu'il y avait plus d'un orthophoniste pour un million d'habitants.
- 19 % des répondants de la Région africaine ont signalé qu'il y avait au moins un orthophoniste pour un million d'habitants. Les réponses dans d'autres Régions de l'OMS, indiquées à la Figure 12, sont insuffisantes pour être significatives.
- Les données obtenues de sources d'information autres que les ministères de la santé ont également été analysées. Les résultats combinés sont indiqués sur la carte ci-dessous.



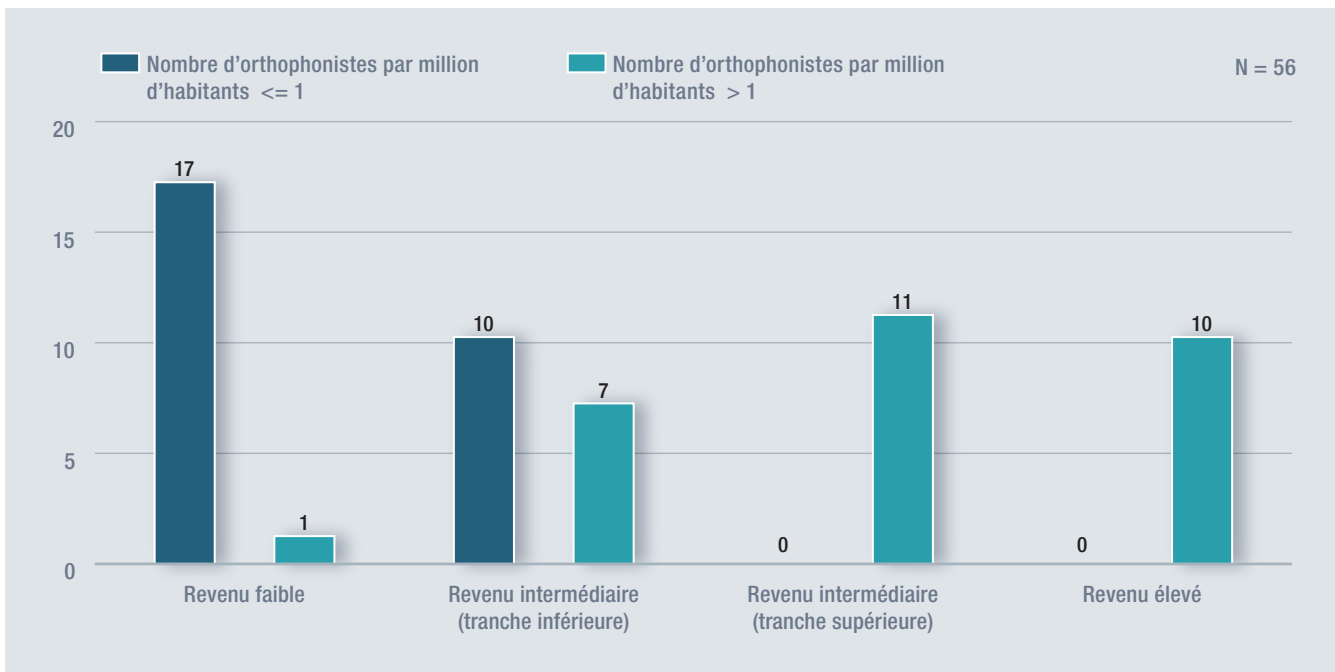


FIGURE 11 Nombre d'orthophonistes pour un million d'habitants, par niveau de revenu

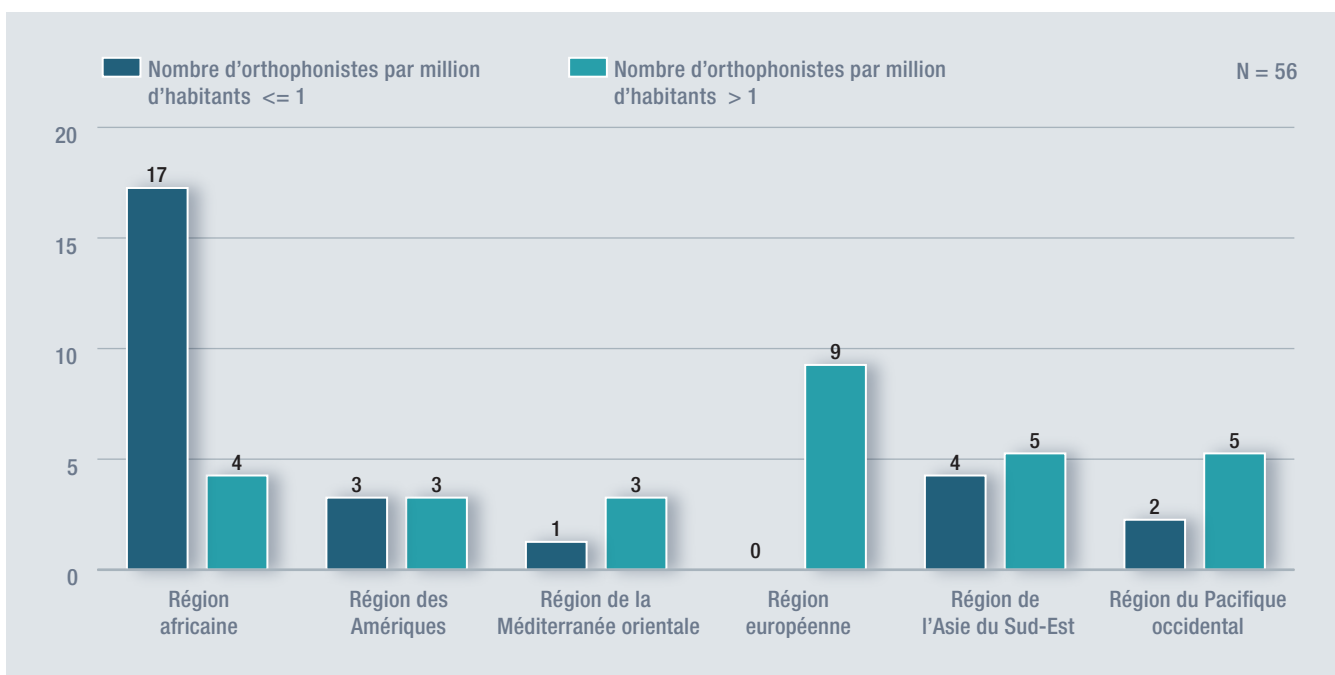


FIGURE 12 Nombre d'orthophonistes pour un million d'habitants, par Région de l'OMS

RÉSULTATS

2.3.4 ÉTABLISSEMENTS ASSURANT LA FORMATION DE PROFESSIONNELS DANS LE PAYS

DÉFINITION

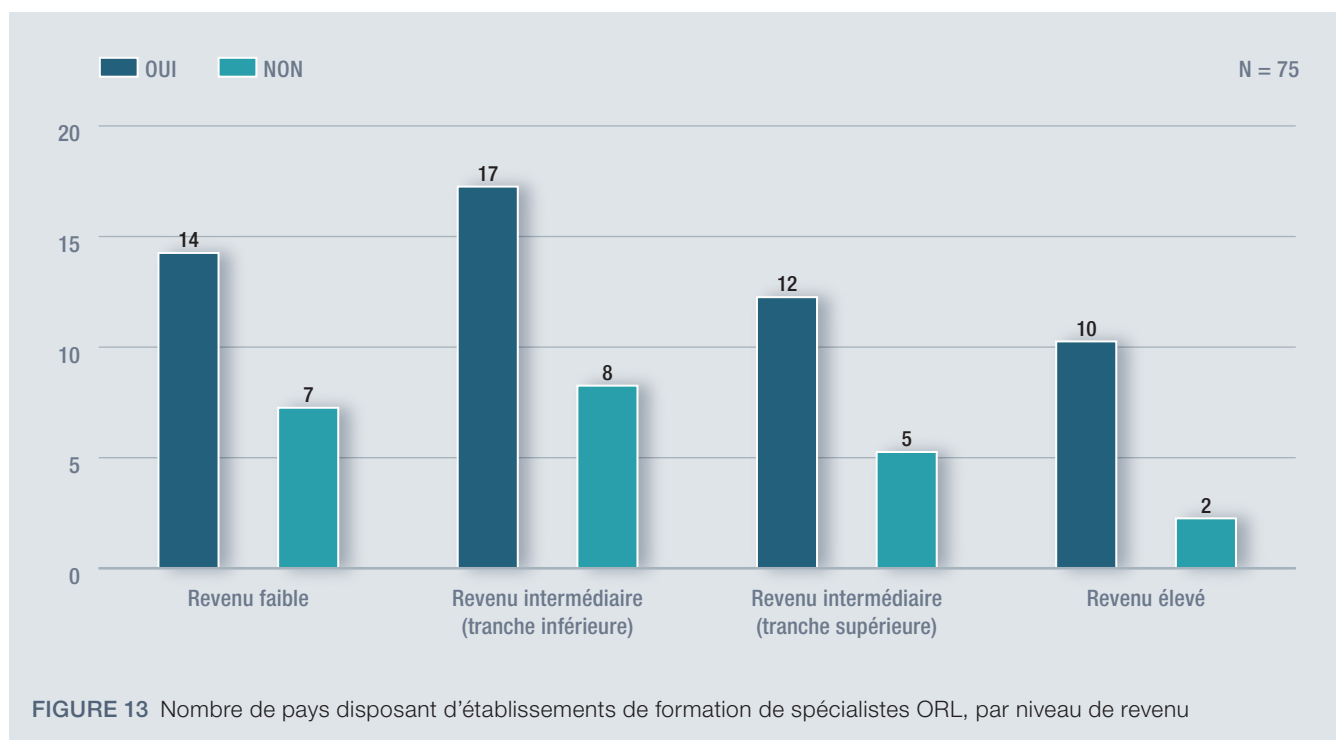
Le terme « *établissement de formation* » désigne des instituts et des centres de formation reconnus par les pouvoirs publics.

Nous avons souhaité évaluer la disponibilité d'établissements de formation dans les États Membres pour la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition. On a envisagé d'évaluer la nature et le nombre d'établissements disponibles dans les pays pour former des spécialistes ORL, des audiologistes, des orthophonistes et des éducateurs/enseignants pour les sourds. On a évalué la disponibilité de ces programmes d'enseignements et le nombre d'inscrits chaque année.

SPÉCIALISTES ORL

POINTS PRINCIPAUX

- 71 % des pays ayant répondu à la question concernant la disponibilité d'établissements de formation de spécialistes ORL (N = 75) ont confirmé qu'ils disposaient de tels établissements.
- Seuls quelques États Membres ont indiqué précisément le nombre de spécialistes ORL formés chaque année. Il ressort d'une analyse préliminaire des données que les possibilités de formation sont plus grandes dans les pays à revenu élevé et les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. En raison du faible taux de réponses, cette analyse est peu significative.
- Au niveau régional, 70 % (7) des participants de la Région OMS de l'Asie du Sud-Est ont indiqué que des établissements de formation étaient disponibles.
- Dans la Région africaine, 50 % des participants ont signalé qu'il existait des établissements de formation d'orthophonistes. Les réponses dans d'autres Régions de l'OMS, indiquées à la Figure 15, sont insuffisantes pour être significatives.



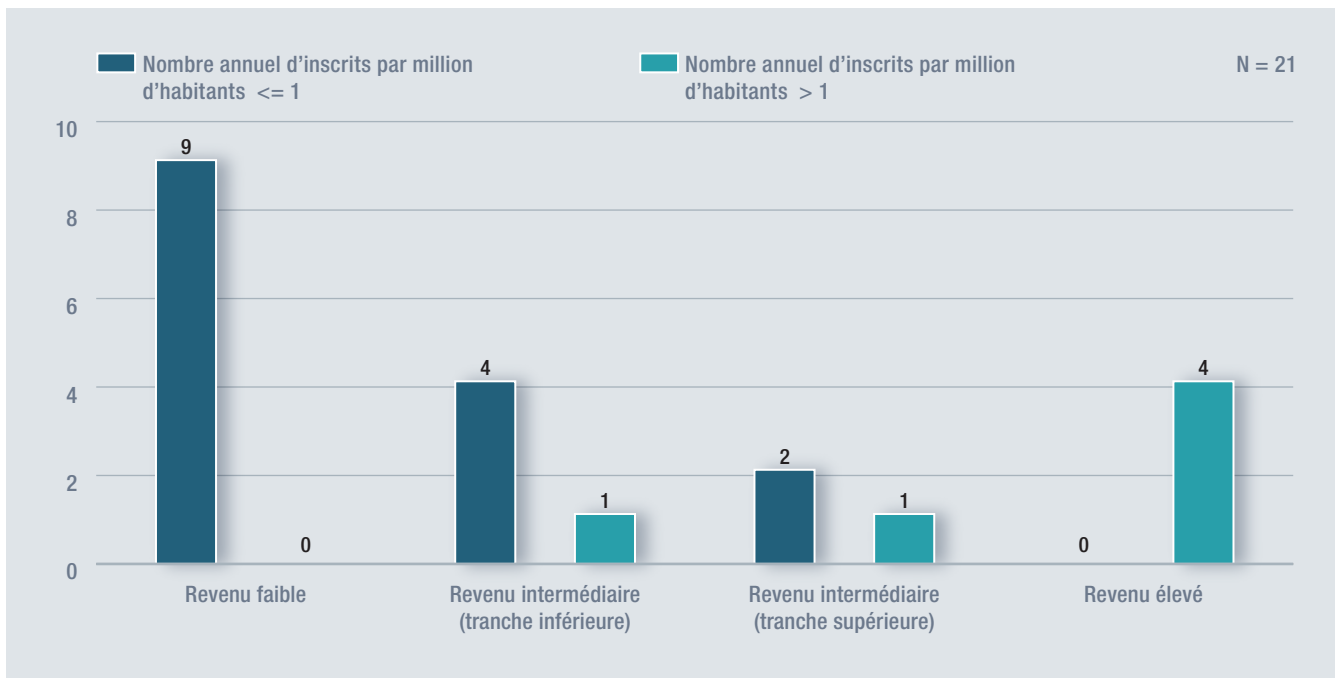


FIGURE 14 Nombre annuel d'inscrits dans les établissements de formation de spécialistes ORL, par niveau de revenu

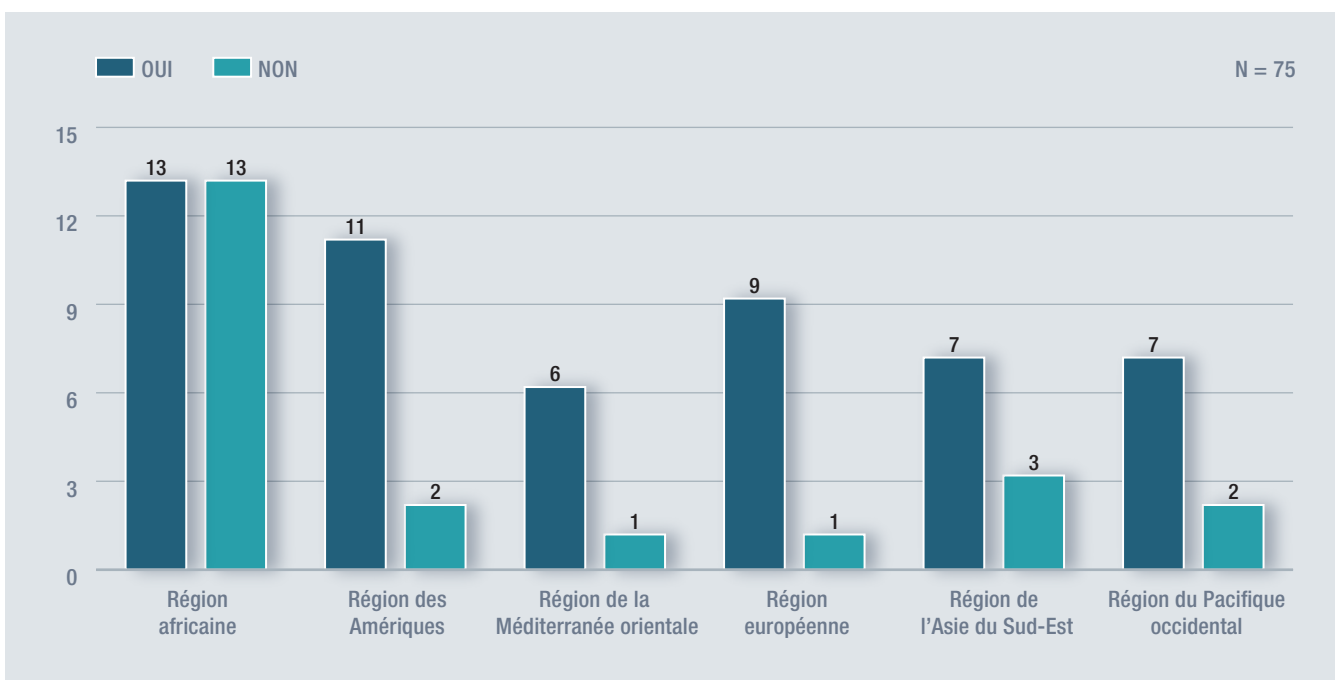


FIGURE 15 Nombre de pays disposant d'établissements de formation de spécialistes ORL, par Région de l'OMS

RÉSULTATS

AUDIOLOGISTES

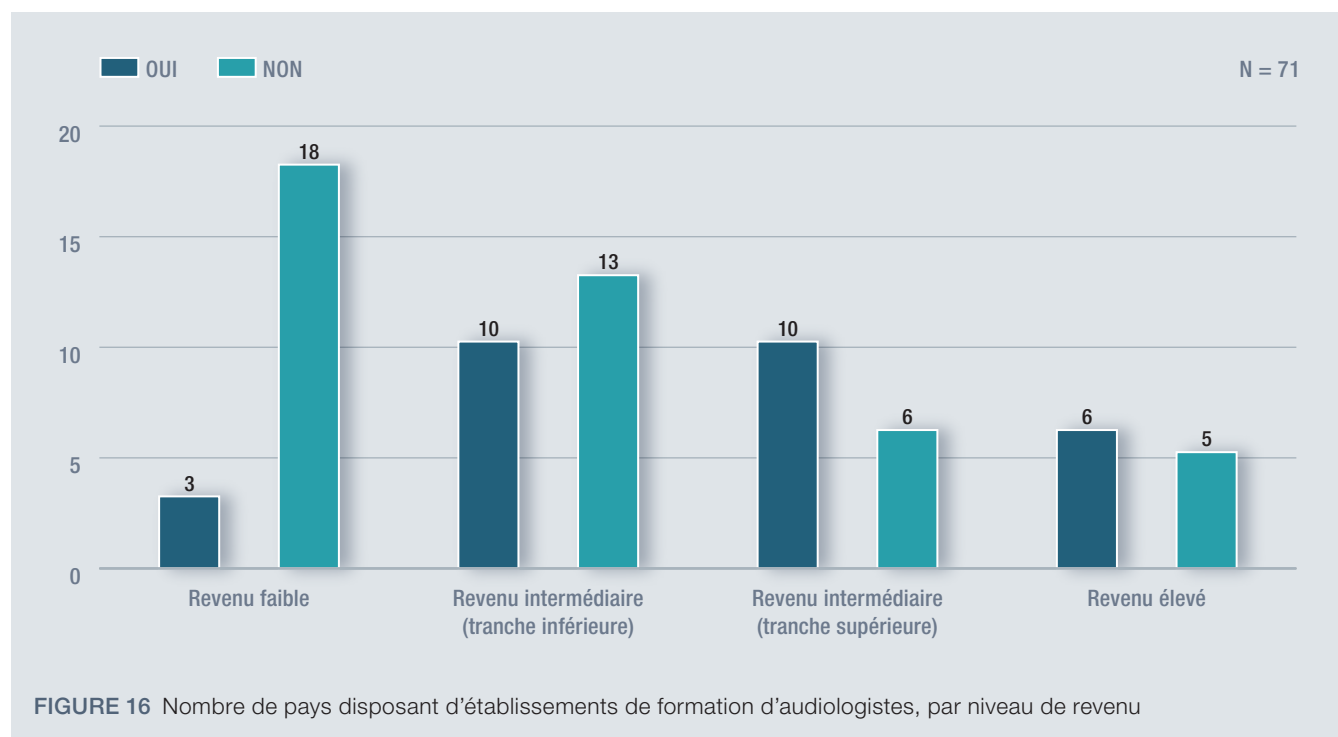
POINTS PRINCIPAUX

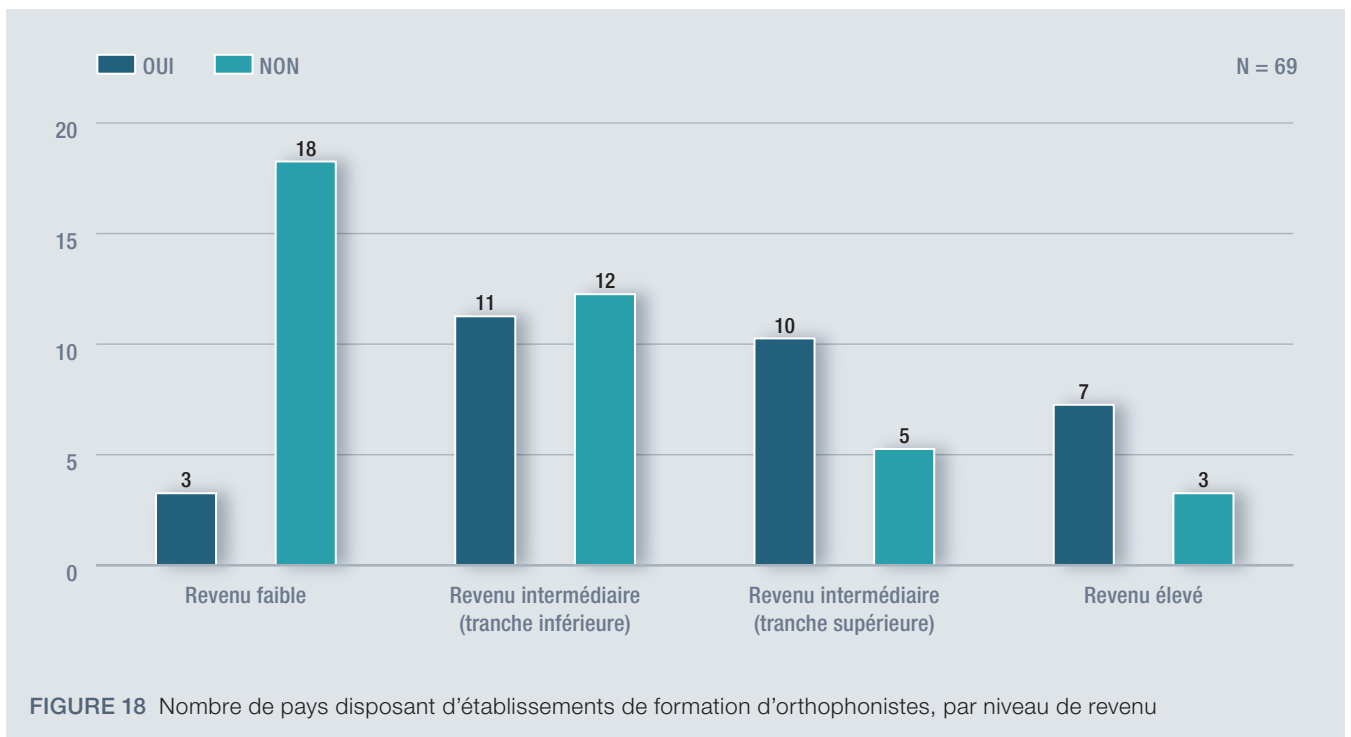
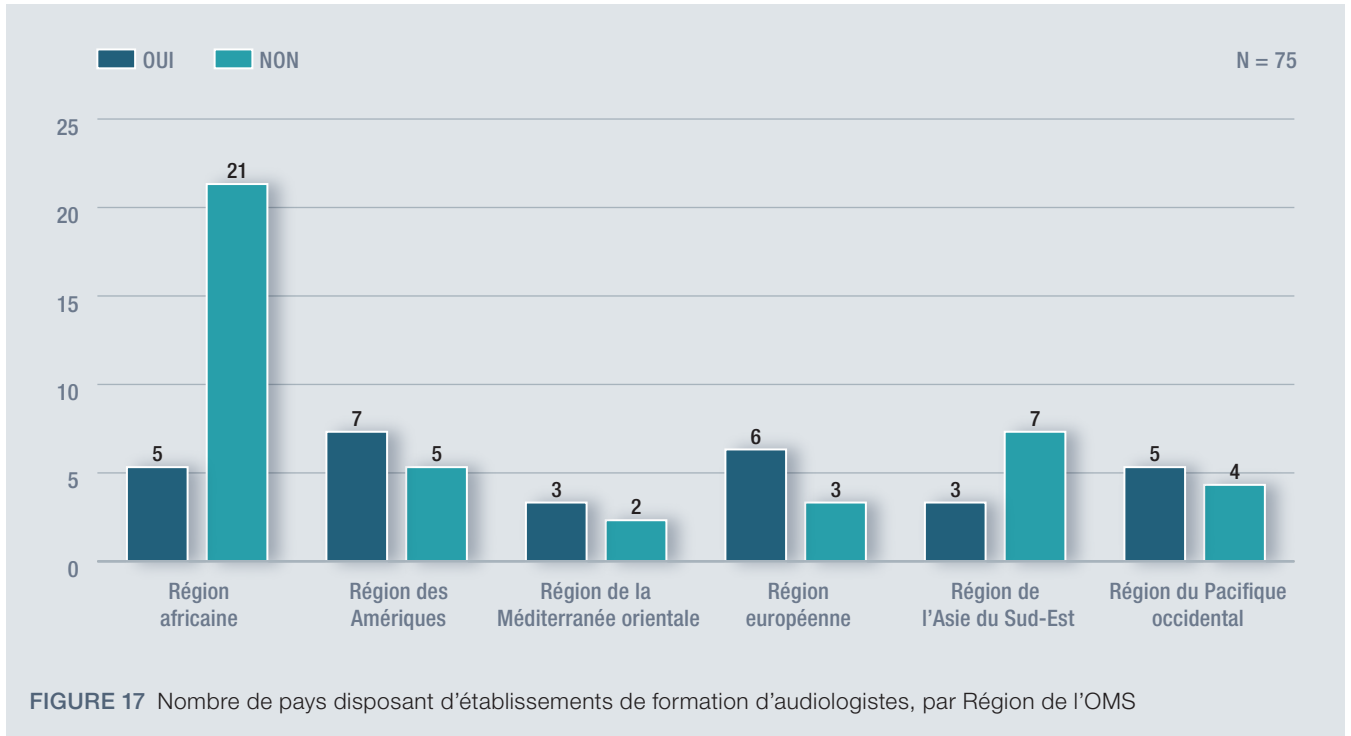
- 41 % des pays ayant répondu à la question concernant la disponibilité d'établissements de formation d'audiologistes (N = 71) ont confirmé qu'ils disposaient de tels établissements.
- 54,4 % et 62,5 % des participants parmi les pays à revenu élevé et les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure respectivement ont indiqué l'existence de tels établissements, contre 14,2 % des participants parmi les pays à revenu faible et 43 % parmi les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.
- Au niveau régional, 30 % des participants de la Région OMS de l'Asie du Sud-Est ont indiqué que des établissements de formation étaient disponibles.
- Dans la Région africaine, 20 % des participants ont indiqué qu'il y avait des établissements de formation d'audiologistes au niveau national. Les réponses dans d'autres Régions de l'OMS, indiquées à la Figure 17, sont insuffisantes pour être significatives.

ORTHOPHONISTES

POINTS PRINCIPAUX

- 44 % des 69 pays ayant répondu à la question concernant la disponibilité d'établissements de formation d'orthophonistes ont déclaré disposer de tels établissements.
- Il semble que la disponibilité d'établissements de formation varie selon le niveau de revenu des pays, 66,6 % et 70 % des participants parmi les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et dans les pays à revenu élevé respectivement ont indiqué l'existence de tels établissements, contre 14,2 % des personnes interrogées dans les pays à revenu faible et 48 % dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.
- Au niveau régional, les pourcentages de participants ayant indiqué l'existence d'établissements de formation d'orthophonistes sont les suivants : 66,6 % dans la Région du Pacifique occidental, 50 % dans la Région de l'Asie du Sud-Est et 15,3 % dans la Région africaine.





RÉSULTATS

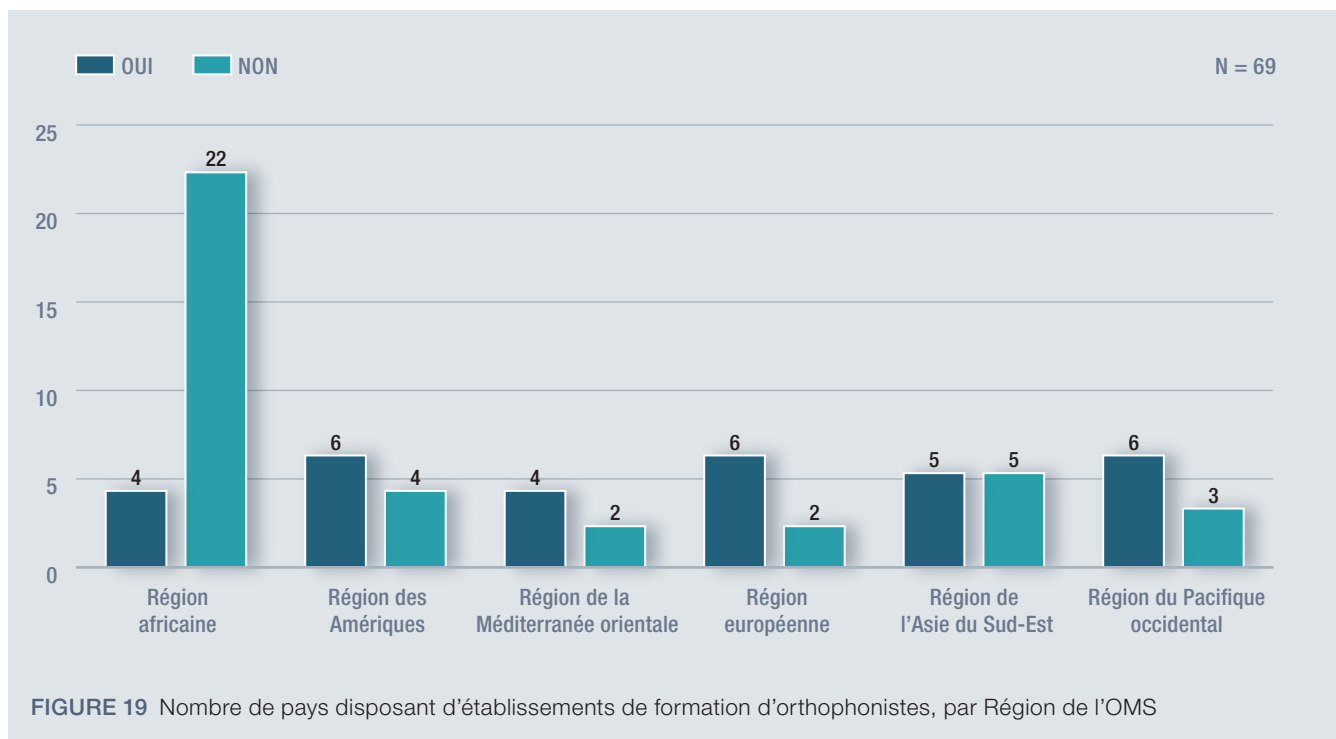
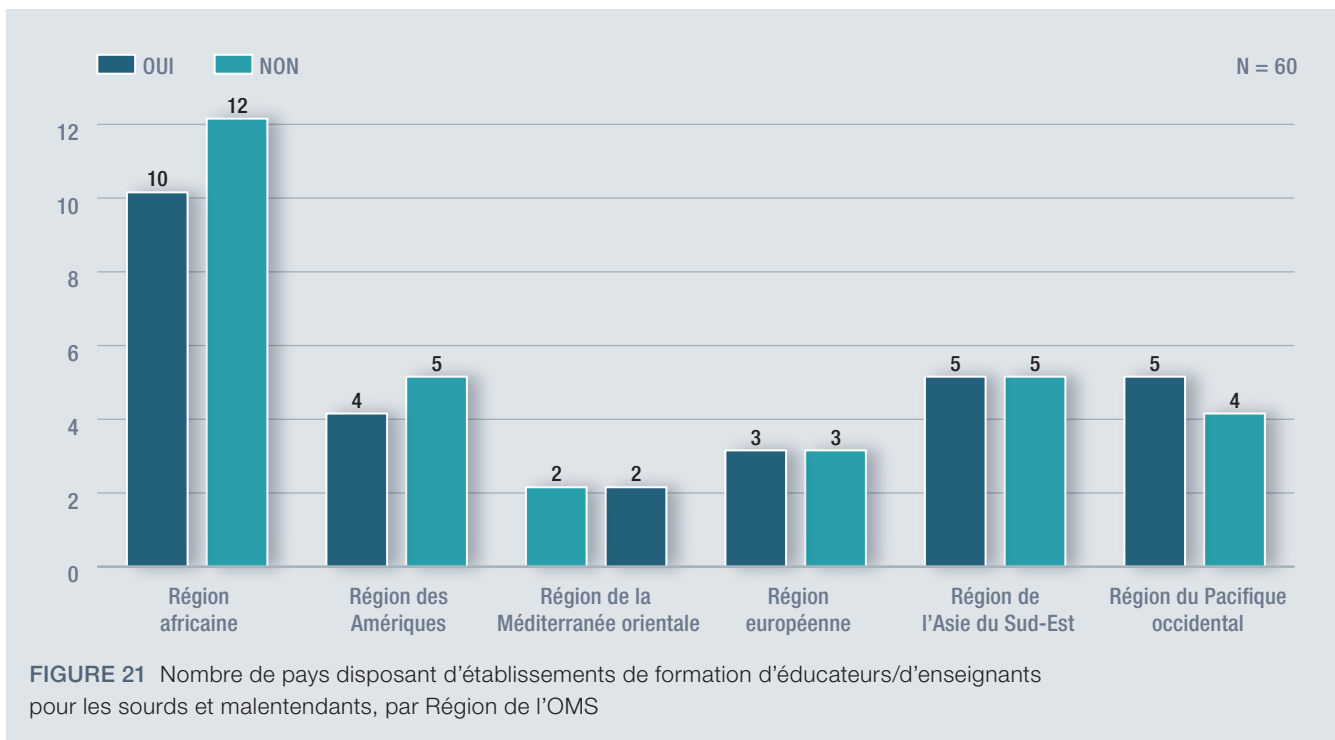
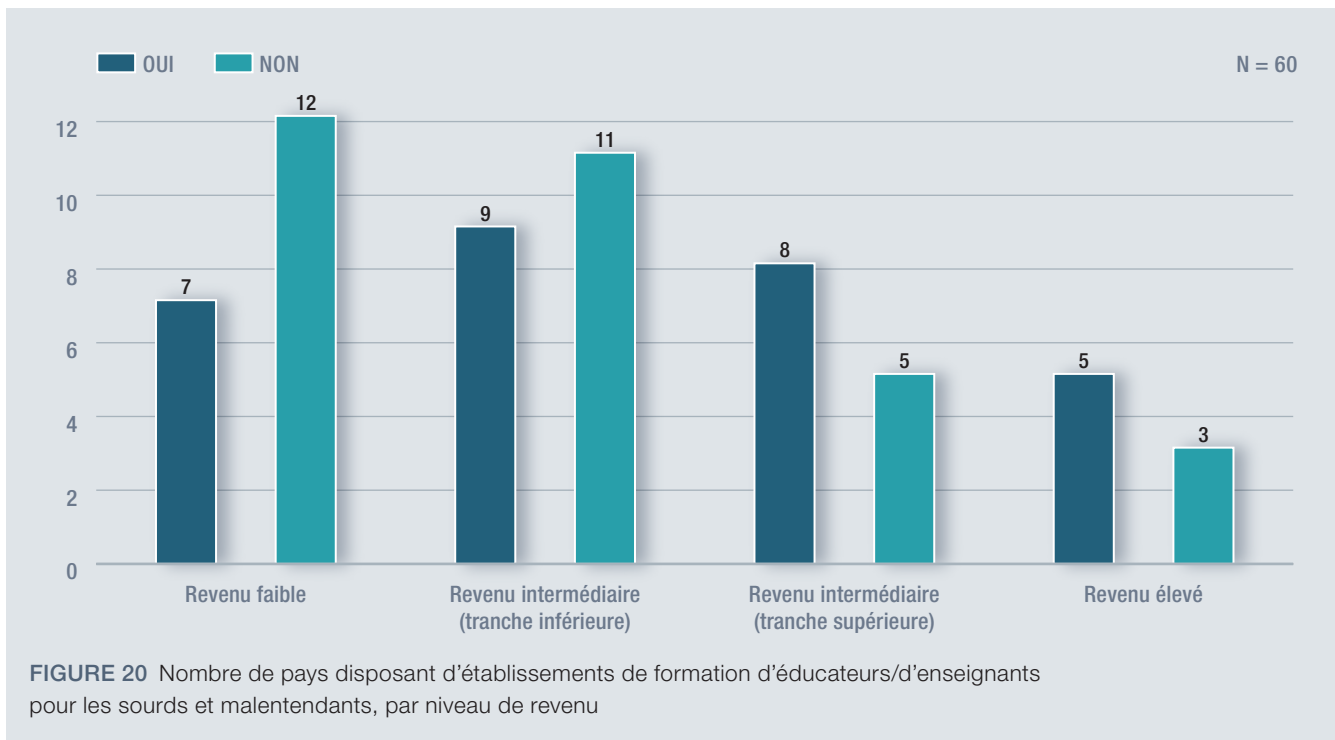


FIGURE 19 Nombre de pays disposant d'établissements de formation d'orthophonistes, par Région de l'OMS

ÉDUCATEURS/ENSEIGNANTS POUR LES SOURDS ET MALENTENDANTS

POINTS PRINCIPAUX

- 48,3 % des pays ayant répondu à la question concernant la disponibilité d'établissements de formation d'enseignants pour les sourds (N = 60) ont indiqué qu'ils disposaient de tels établissements.
- Il semble que la disponibilité d'établissements de formation varie selon le niveau de revenu des pays. 61,5 % et 62,5 % des participants parmi les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et parmi les pays à revenu élevé respectivement ont indiqué que de tels établissements étaient disponibles. Ces établissements existaient dans 37 % des pays à revenu faible et 45 % des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ayant répondu.
- Au niveau régional, 50 % des participants de la Région de l'Asie du Sud-Est ont indiqué que des établissements de formation d'orthophonistes étaient disponibles.
- Ils étaient 55,5 % dans la Région du Pacifique occidental et 45,4 % dans la Région africaine.



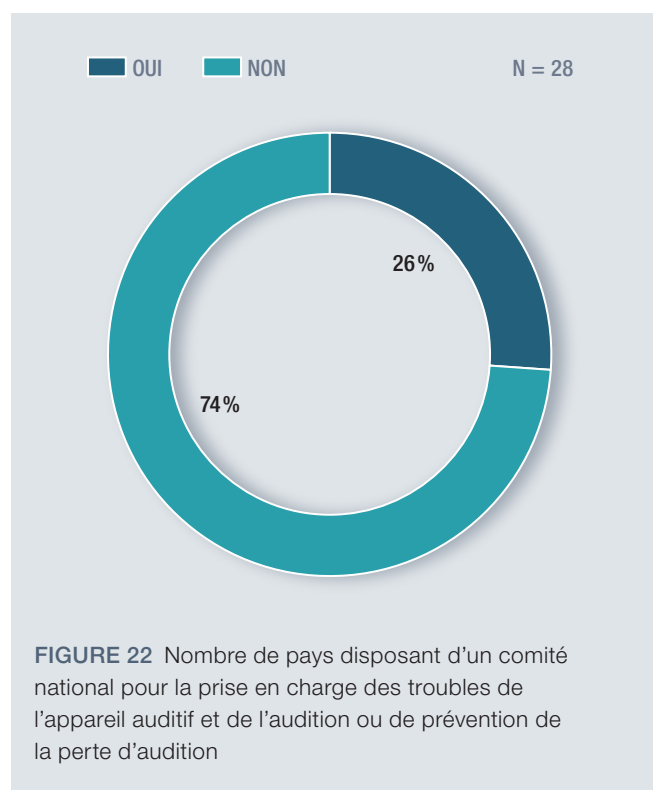
RÉSULTATS

2.4 COMITÉ NATIONAL POUR LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'APPAREIL AUDITIF ET DE L'AUDITION OU LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUDITION

DÉFINITION

L'expression « *comité national* » désigne un organe officiel nommé par le gouvernement pour traiter les questions relatives aux troubles de l'appareil auditif et de l'audition dans le pays et/ou élaborer des plans adaptés.

Les participants ont été interrogés sur l'existence d'un comité national pour la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition et la prévention des pertes d'audition dans le pays. Des informations ont été demandées sur les ministères/services gouvernementaux représentés au comité et sur la situation des groupes professionnels, des établissements universitaires, des organismes non gouvernementaux, des organismes des Nations Unies et des autres entités siégeant au comité. On s'est efforcé de définir les principales responsabilités, techniques, financières ou administratives de ces comités.



CRÉATION D'UN COMITÉ NATIONAL POUR LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'APPAREIL AUDITIF ET DE L'AUDITION

POINTS PRINCIPAUX

- 20 (26 %) des 76 participants ont signalé l'existence d'un comité national. Ces réponses ont été analysées en profondeur. 54 participants (84 %) ont indiqué qu'il n'existait pas de tels comités.
- Il semble que l'existence d'un comité national ne dépend pas du niveau de revenu des pays. Les pourcentages de participants ayant signalé l'existence d'un comité national sont les suivants : 41 % parmi les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, 25 % parmi les pays à revenu élevé, 14 % parmi les pays à revenu faible et 26 % parmi les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.
- Au niveau régional, 70 % des participants de la Région de l'Asie du Sud-Est ont confirmé l'existence de comités nationaux pour la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition.
- Ils étaient 30 % dans la Région du Pacifique occidental et 7,6 % en Afrique. Les réponses dans d'autres Régions de l'OMS sont indiquées à la Figure 24 mais le nombre d'États Membres participants est trop faible pour que les résultats soient significatifs.
- 7 autres États Membres ont également envoyé des informations sur les comités nationaux provenant d'autres sources. Les données combinées relatives aux comités nationaux sont indiquées ci-dessous.

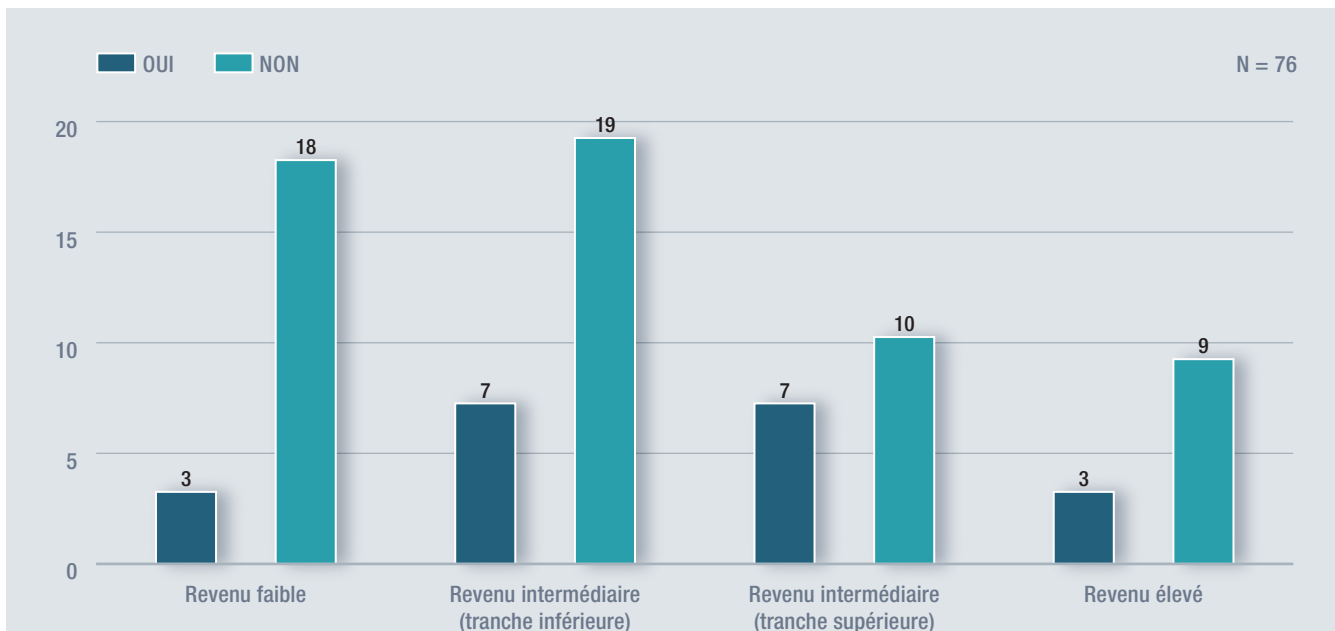


FIGURE 23 Nombre de pays disposant d'un comité national pour la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition ou la prévention de la perte d'audition, par niveau de revenu

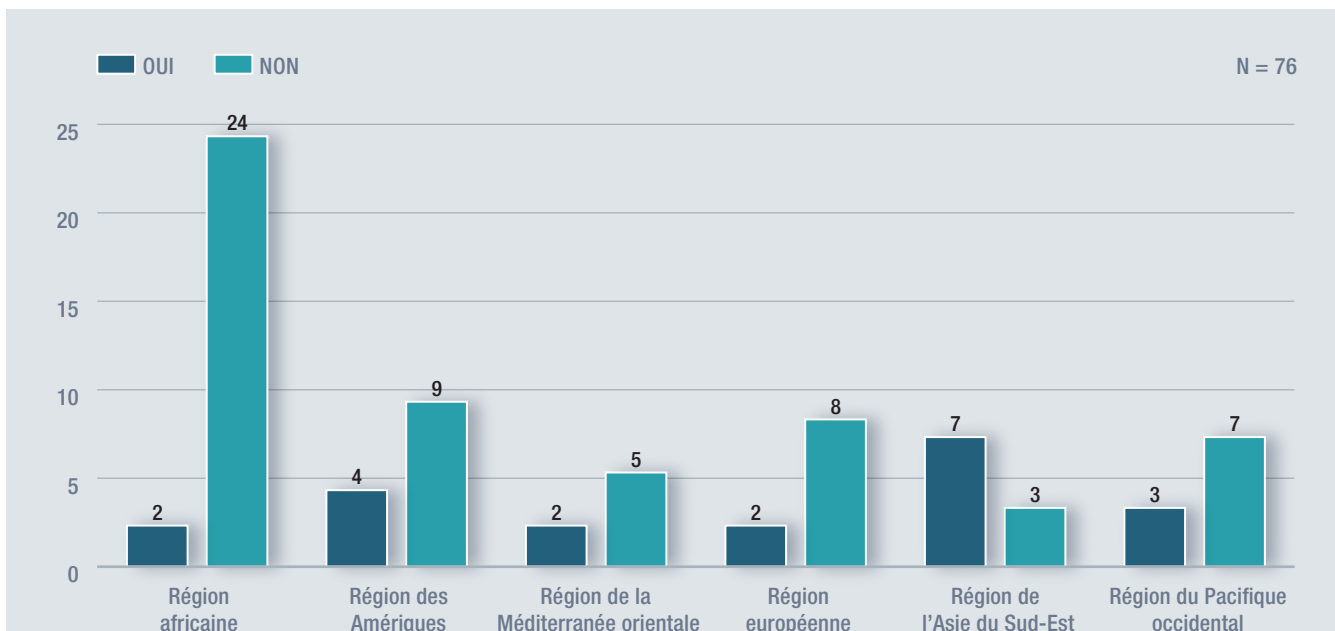
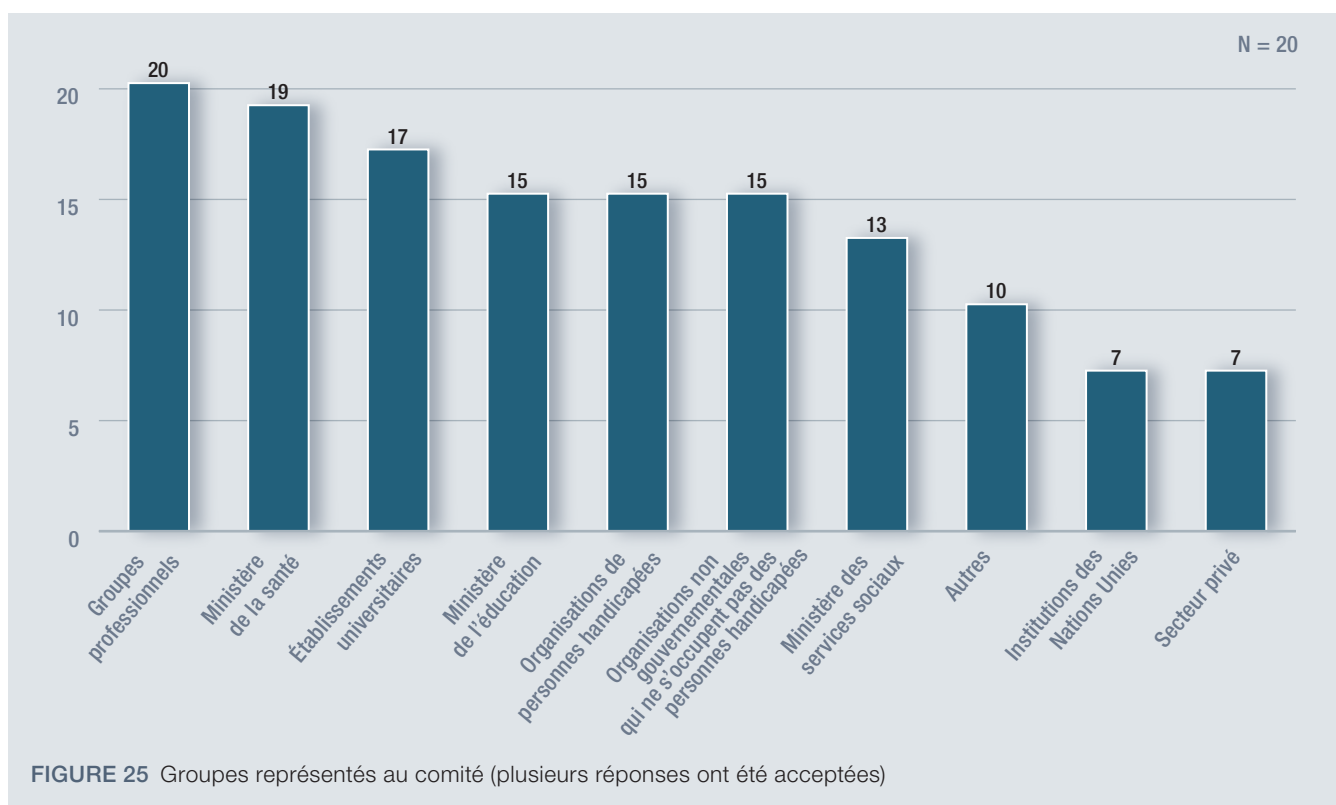
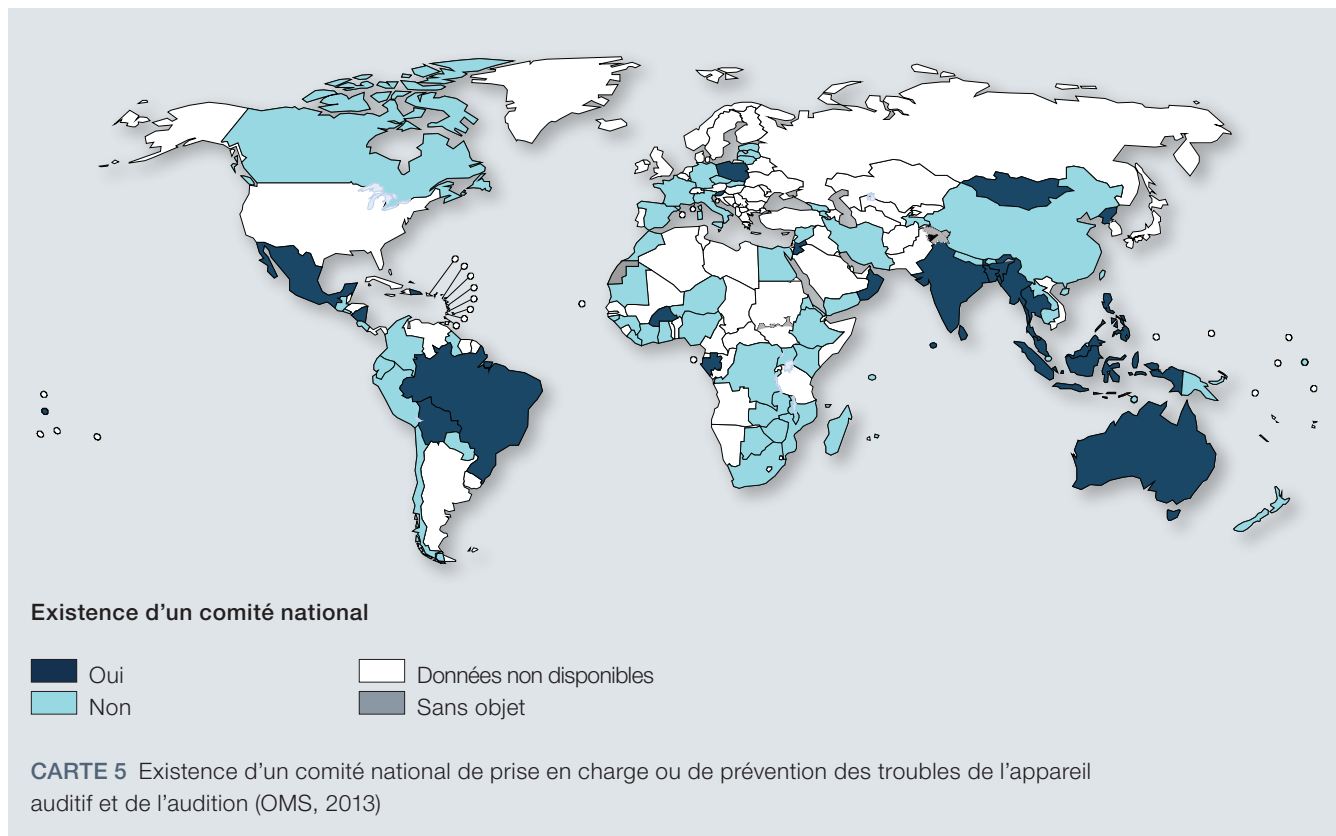


FIGURE 24 Nombre de pays disposant d'un comité national pour la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition ou la prévention de la perte d'audition, par Région de l'OMS

RÉSULTATS



2.4.2 GROUPES REPRÉSENTÉS AU COMITÉ

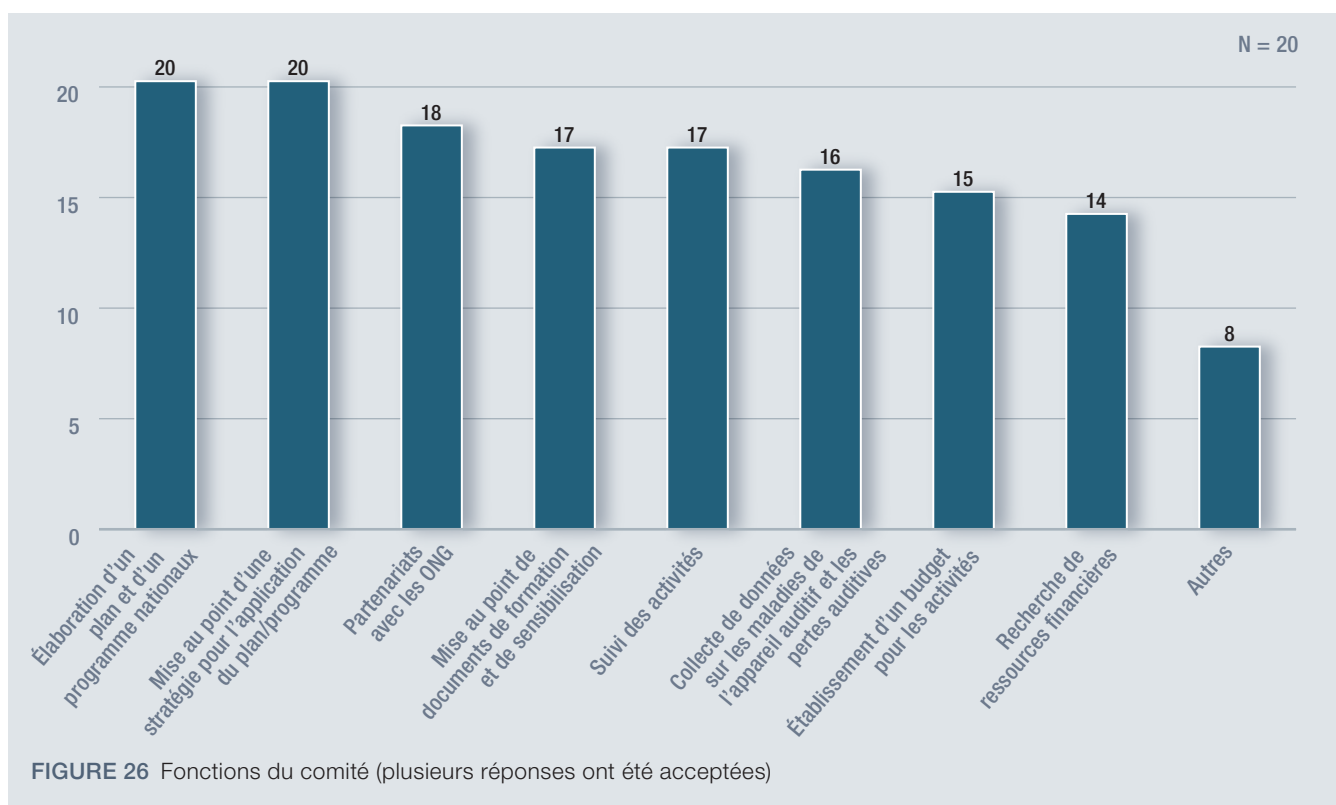
POINTS PRINCIPAUX

- Le ministère de la santé était membre du comité national dans 19 des 20 pays qui ont signalé l'existence de ce comité. Des représentants de groupes professionnels étaient présents dans tous les comités et des représentants établissements universitaires siégeaient dans 85 % des comités. Les autres services gouvernementaux participants étaient les suivants : ministère de l'éducation (75 %) ; organisations de personnes handicapées (75 %) ; et ministère des services sociaux (75 %).
- Les organismes des Nations Unies étaient représentés dans 35 % des comités nationaux et 35 % des participants ont signalé la participation du secteur privé.
- 12 des 20 comités étaient présidés par des représentants du ministère de la santé. 6 comités étaient présidés par des représentants d'associations professionnelles dans le pays. Un comité était présidé par un conseil chargé des handicaps et un autre présidé par le ministère des services sociaux.
- Plusieurs autres organismes participaient au fonctionnement du comité, notamment le ministère des affaires familiales, le ministère des finances, des associations d'oto rhino-laryngologistes et d'audiologistes.

2.4.3 FONCTIONS DU COMITÉ NATIONAL

POINTS PRINCIPAUX

- Chacun des 20 comités était chargé d'établir un plan national et des stratégies pour le mettre en œuvre. 90 % des comités devaient s'associer avec des institutions non gouvernementales pour appliquer le programme.
- 85 % des comités étaient également chargés d'élaborer des documents techniques de formation et de sensibilisation, de suivre les activités et les résultats programmatiques, y compris la collecte de données concernant les troubles de l'appareil auditif et de l'audition.
- 70 % des comités étaient aussi chargés de chercher des ressources financières pour mettre en œuvre le programme.
- Les comités jouaient également d'autres rôles : sensibilisation, réadaptation des personnes atteintes de perte d'audition selon l'âge, encouragement de la recherche et promotion des droits fondamentaux des personnes touchées.



2.5 PLAN, PROGRAMME OU POLITIQUE A L'ÉCHELON NATIONAL OU INFRANATIONAL POUR LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'APPAREIL AUDITIF ET DE L'AUDITION OU LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUDITION

DÉFINITIONS

L'expression « *plan national* » désigne un document conceptuel ou un plan stratégique pour la prévention ou la réduction des maladies de l'oreille et des troubles de l'audition dans l'ensemble ou une partie du pays (État ou district, par exemple).

L'expression « *programme national* » désigne un plan d'action, éventuellement basé sur le plan national. Idéalement, ce document devrait indiquer les objectifs et les activités à mettre en œuvre pour les atteindre, selon un calendrier déterminé.

L'expression « *politique des soins de l'oreille et des troubles de l'audition* » désigne toute politique ou programme dans le domaine de la santé de l'oreille ou de l'audition mise en œuvre par les autorités au niveau national ou infranational, comme des contrôles des oreilles et de l'audition dans les écoles ; la fourniture d'appareils auditifs ; des programmes de lutte contre le bruit ; des campagnes de sensibilisation sur l'oreille et l'audition ; ou la formation des agents de santé aux soins de l'oreille et des troubles de l'audition.

Les participants ont été interrogés sur l'existence d'un plan, d'un programme ou d'une politique à l'échelon national ou infranational pour la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition ou la prévention de la perte d'audition. Lorsque les pays ont répondu affirmativement, des informations complémentaires ont été demandées sur les ministères et les services concernés et les sources de financement.

Dans les États Membres où ces plans n'existent pas, des renseignements ont été demandés à propos des politiques des pouvoirs publics concernant les troubles de l'appareil auditif et de l'audition et sur les organisations non gouvernementales qui participent à leur prise en charge. Il a été demandé aux États Membres d'indiquer pour quelles raisons il n'y avait pas de plans de prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition.

2.5.1 EXISTENCE D'UN PLAN/D'UN PROGRAMME/D'UNE POLITIQUE DES POUVOIRS PUBLICS À L'ÉCHELON NATIONAL OU INFRANATIONAL

POINTS PRINCIPAUX

- Des données étaient disponibles pour 75 des 76 États Membres participants (98,6 %), dont 40 (53,3 %) ont signalé l'existence, à l'échelon national ou infranational, d'un plan, d'un programme ou de politiques concernant la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition.
- Parmi ceux-ci, 32 États Membres avaient mis au point des plans nationaux ou infranationaux de prévention de la perte d'audition ou de prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition. 8 pays avaient instauré des politiques en faveur de l'audition.
- Selon les participants, il existe des politiques/programmes à l'échelon national ou infranational dans 83,3 % des pays à revenu élevé et 64,7 % des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, mais seulement dans 44 % des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et 38 % des pays à revenu faible.
- Au niveau régional, les proportions de participants ayant indiqué que ces politiques et programmes avaient été mis en place sont les suivantes : 70 % dans la Région de l'Asie du Sud-Est, 60 % dans la Région du Pacifique occidental et 38 % dans la Région africaine. Les réponses dans d'autres Régions de l'OMS sont indiquées à la Figure 28 mais le nombre d'États Membres participants est relativement faible.
- Il ressort d'une analyse des données reçues d'autres sources que 12 des 19 pays ayant envoyé des données avaient mis au point des plans et des programmes à l'échelon national/infranational pour la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition. La situation globale (sur la base de toutes les sources d'informations disponibles) est indiquée ci dessous.

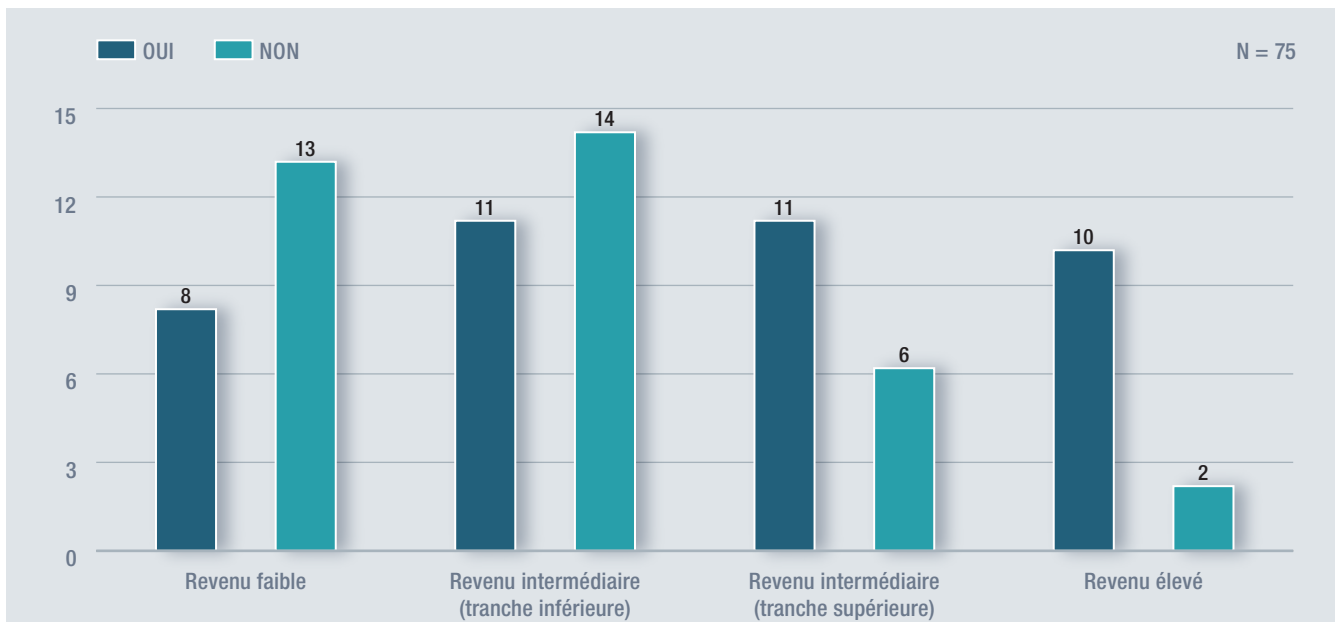


FIGURE 27 Existence d'un plan, d'un programme ou d'une politique des pouvoirs publics à l'échelon national ou infranational pour la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition, par niveau de revenu

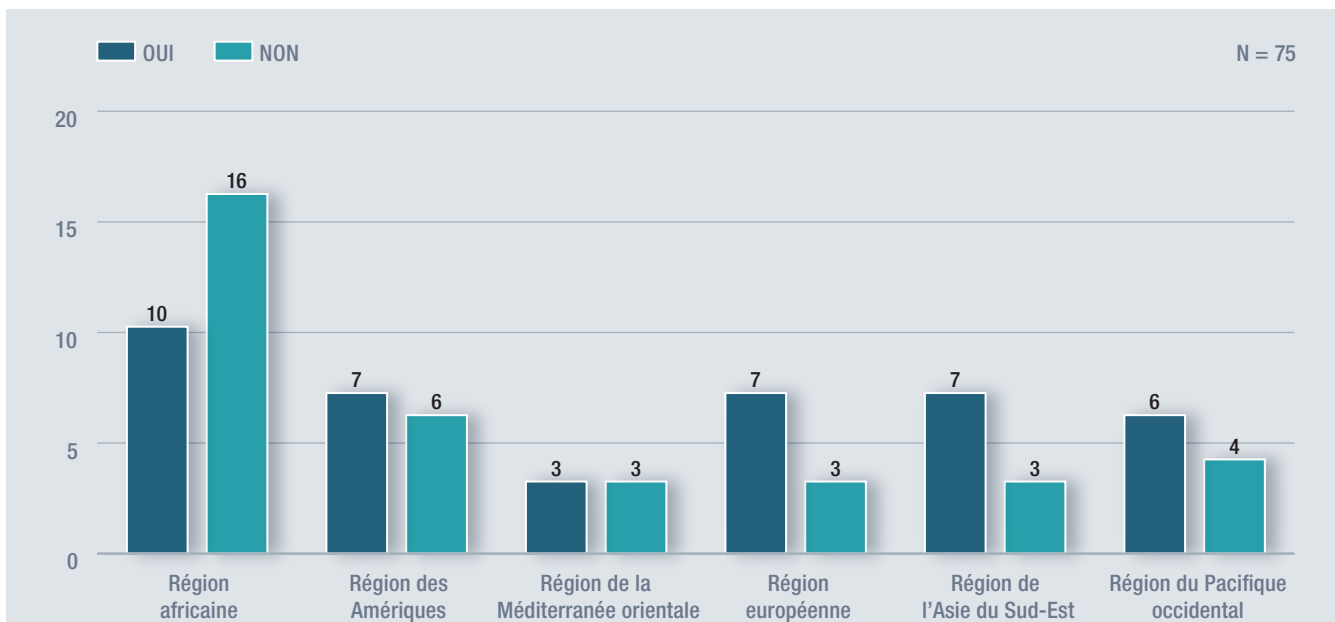
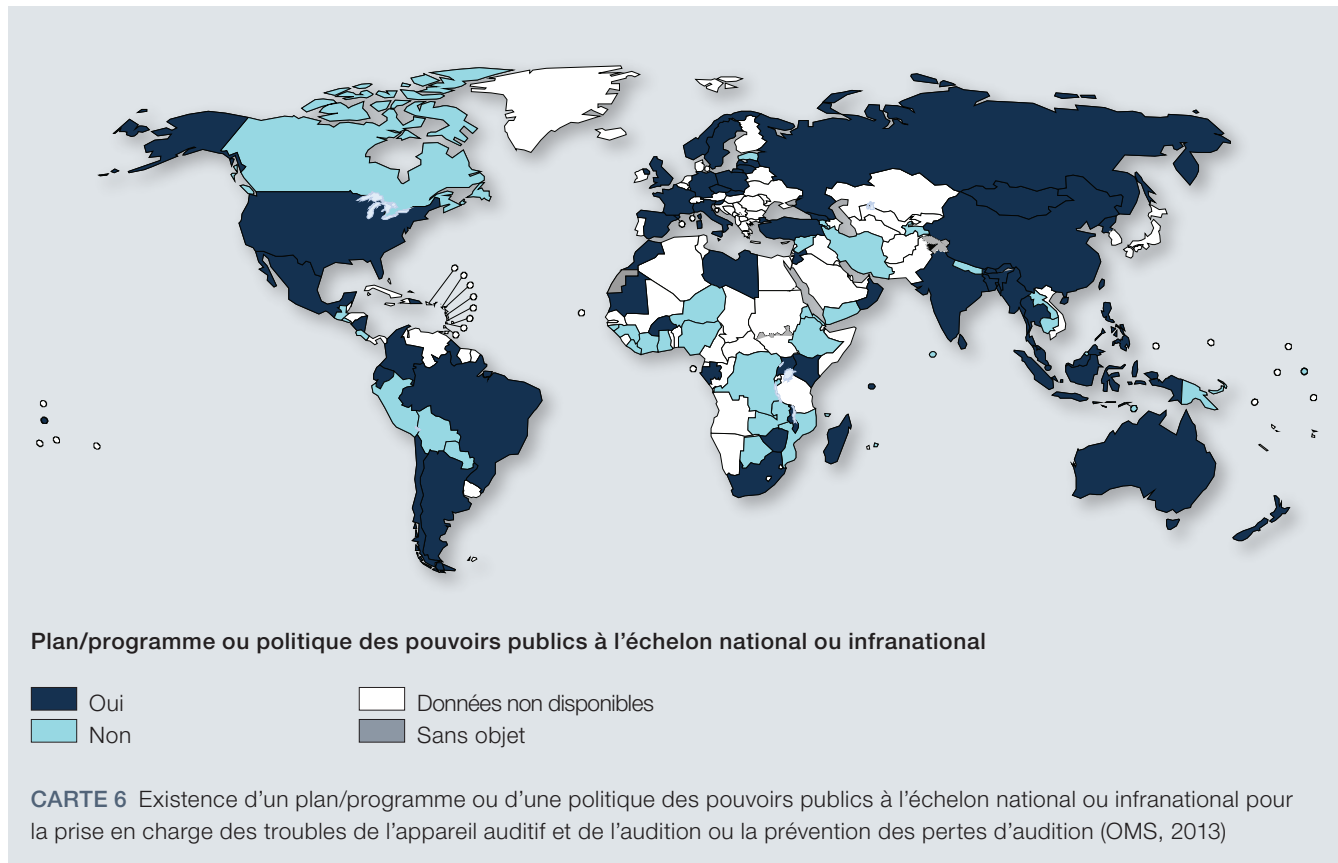


FIGURE 28 Existence d'un plan, d'un programme ou d'une politique des pouvoirs publics à l'échelon national ou infranational pour la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition, par Région de l'OMS

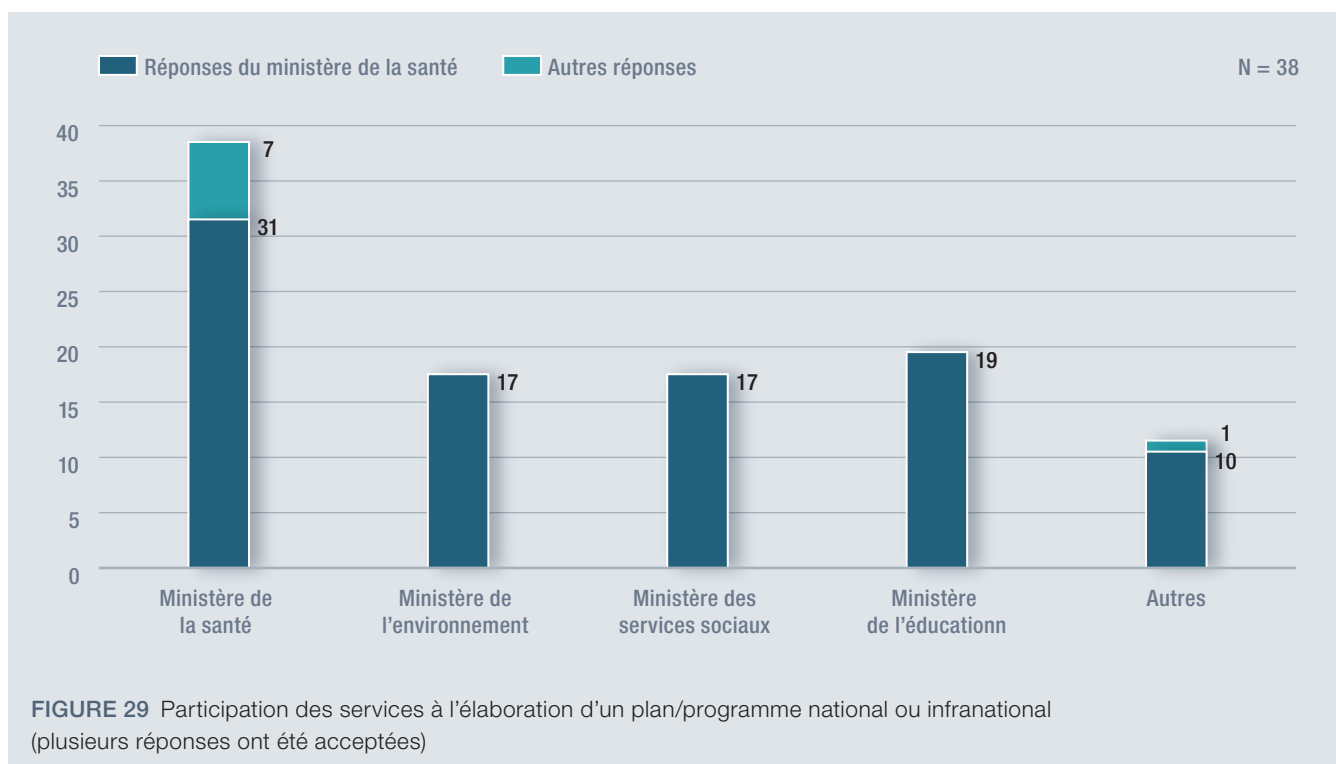
RÉSULTATS



2.5.2 SERVICES PARTICIPANT À L'ÉLABORATION D'UN PLAN NATIONAL OU INFRANATIONAL

POINTS PRINCIPAUX

- 31 des 32 participants ont répondu à la question concernant la participation de plusieurs ministères au plan national de prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition et ont confirmé l'existence d'un plan national. Ils ont tous indiqué que le ministère de la santé participait à l'élaboration et à la mise en œuvre de ces plans et programmes.
- Des données sont également parvenues par le biais d'autres sources, y compris des organisations non gouvernementales et des experts dans les pays, et ont été complétées par des recherches dans la littérature. Des informations ont ainsi été réunies sur 8 autres États Membres.
- Dans les 32 pays évalués, le ministère de la santé participait à ces programmes. La participation des autres ministères était variable. Ce sont le plus souvent les ministères des services sociaux, de l'éducation et de l'environnement qui participaient.
- Une analyse plus poussée, basée sur les catégories de revenu, a montré que, dans les pays à revenu élevé ayant répondu à l'enquête, la responsabilité de ces plans incombait seulement au ministère de la santé. Dans les pays à revenu faible et dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ou de la tranche supérieure, d'autres ministères et services gouvernementaux participaient davantage.
- 28 % des pays ont signalé la participation d'autres organismes, dont le ministère des affaires familiales, le ministère des finances, des institutions non gouvernementales, des organismes professionnels, des groupes d'assurance-maladie et des instituts versant des pensions de retraite et proposant des assurances aux handicapés.

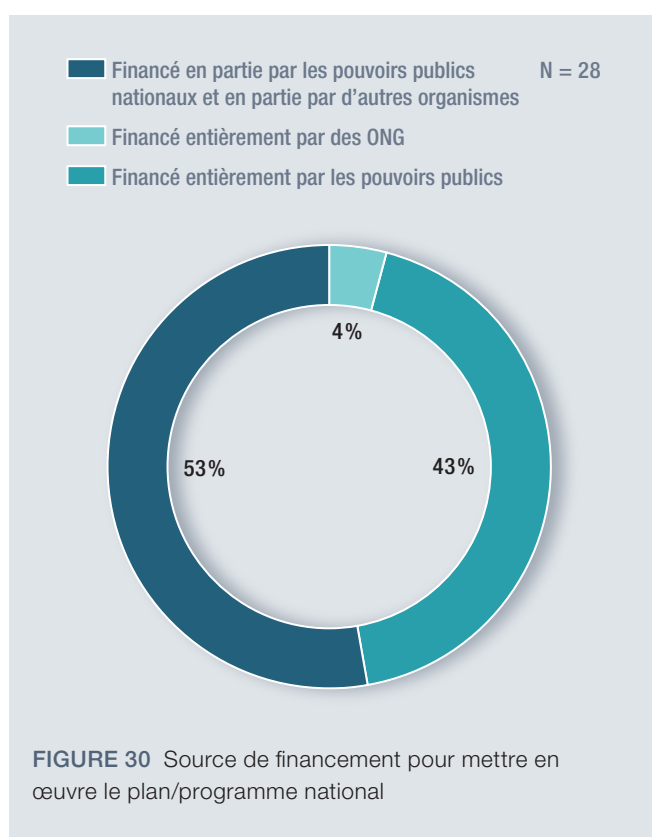


RÉSULTATS

2.5.3 SOURCES DE FINANCEMENT

POINTS PRINCIPAUX

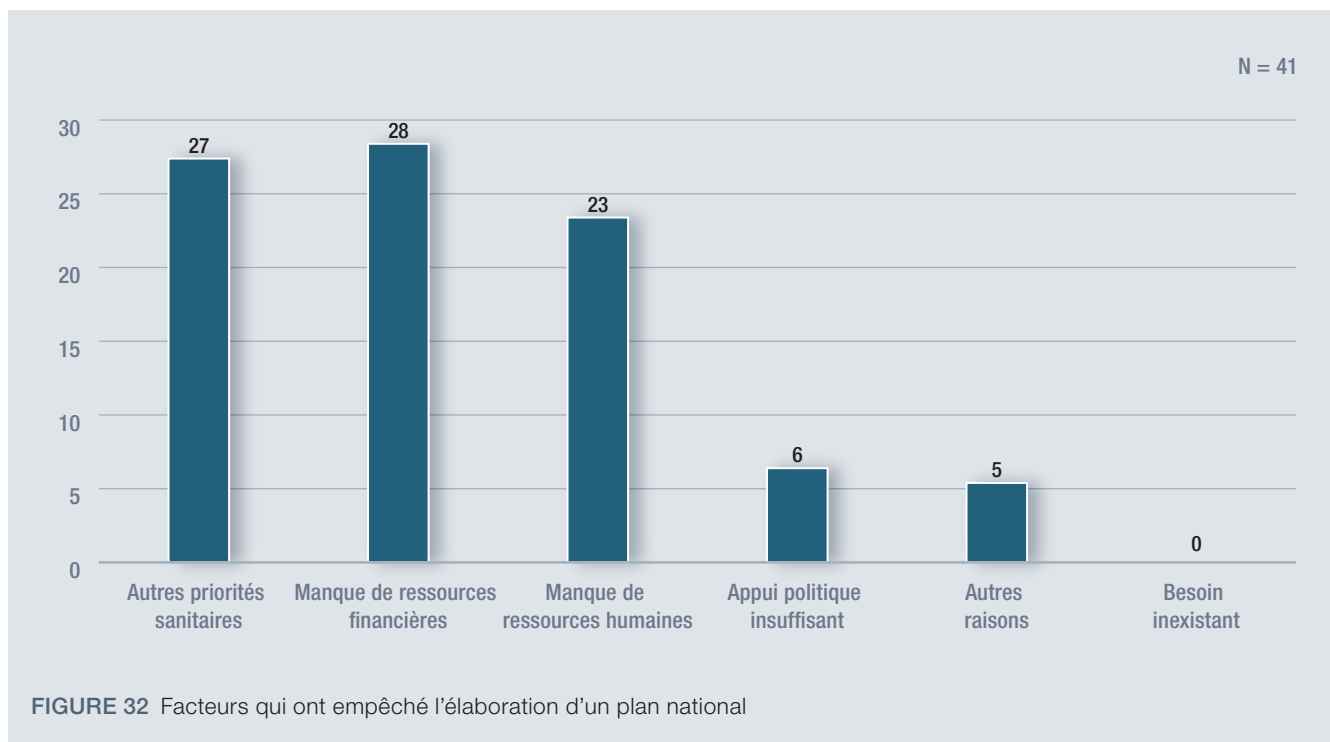
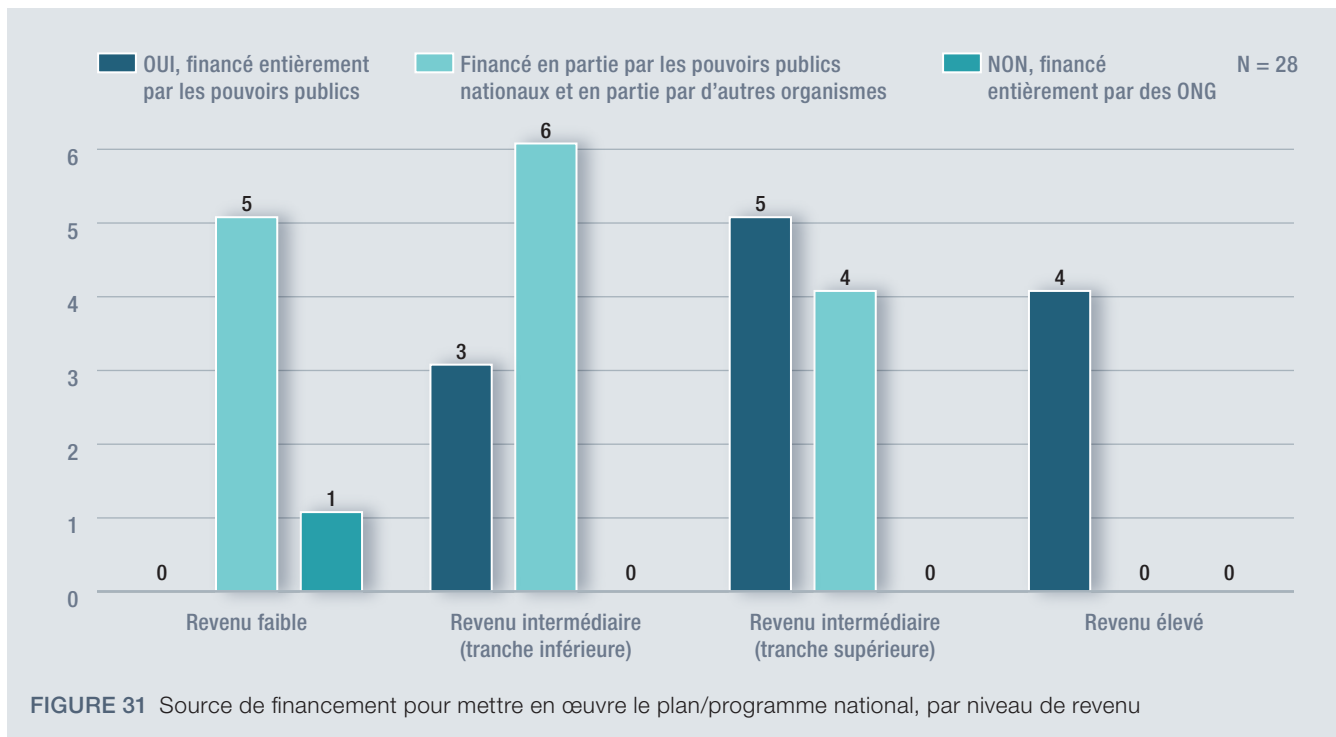
- Des données étaient disponibles pour 28 des 32 pays ayant signalé l'existence, à l'échelon national ou infranational, d'un plan ou d'un programme. Dans 43 % de ces 28 pays, le programme national/infranational était financé exclusivement par les pouvoirs publics nationaux. Dans la majorité des pays (53,5 %) disposant de programmes nationaux, le financement était assuré à la fois par les pouvoirs publics et par des institutions non gouvernementales. Un pays ayant participé à l'enquête a indiqué que le programme était financé intégralement par des institutions non gouvernementales.
- L'analyse des sources de financement rapportées par niveau de revenu des États Membres participants semble indiquer que, dans les pays à revenu élevé, les programmes sont généralement soutenus par les pouvoirs publics, sans la participation d'autres organismes.



2.5.4 RAISONS AVANCÉES POUR EXPLIQUER L'ABSENCE DE PLAN/PROGRAMME NATIONAL POUR LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'APPAREIL AUDITIF ET DE L'AUDITION

POINTS PRINCIPAUX

- Il a été demandé aux États Membres qui ne disposaient pas de programme de prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition au niveau national d'indiquer pourquoi. 41 des 44 pays participants dépourvus de plan des pouvoirs publics pour la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition ont répondu. Les réponses ne s'excluent pas mutuellement et plusieurs raisons ont été avancées.
- Aucun des États Membres n'a indiqué qu'aucun plan n'avait été élaboré, car il n'y en avait pas besoin. Les motifs le plus souvent cités sont l'existence d'autres priorités sanitaires et le manque de ressources financières.
- Le manque de ressources humaines est considéré comme un obstacle par 56 % (23) des 41 pays participants. 83 % des pays suggèrent qu'il y a, au niveau national, une volonté politique suffisante pour élaborer des programmes de prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition. L'absence de programmes a également été attribuée à d'autres raisons.
- Les autres motifs avancés par les pays participants étaient l'absence d'informations sur la prévalence et l'impact des troubles de l'appareil auditif et de l'audition dans le pays et le manque d'établissements de formation.
- Il a été demandé aux États Membres qui ne disposent pas actuellement de plans/programmes nationaux de prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition s'ils envisageaient d'en établir un dans un proche avenir. 63,5 % des pays ont répondu que oui.
- Compte tenu des réponses reçues, il semblerait que la mise en évidence de liens entre les troubles de l'appareil auditif et de l'audition et les autres priorités sanitaires permet de promouvoir la prise en charge de ces troubles dans les pays. Le manque de ressources humaines et d'établissements de formation est considéré comme un obstacle à une prestation de soins efficace. Il faut étudier les modalités de développement des ressources humaines pour la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition. La sensibilisation sur des bases factuelles aux niveaux international et national peut faciliter la mobilisation d'un soutien pour la mise en œuvre de plans et de programmes dans ce domaine.



ÉTUDES DE CAS

On trouvera ci-après quelques études de cas concernant des États Membres qui ont commencé à mettre en œuvre des plans nationaux ou infranationaux pour la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition ou la prévention de la surdité.

3.1 PROGRAMMES DE PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUDITION ET DE RÉADAPTATION EN CHINE

Depuis 30 ans, le Gouvernement chinois accorde une attention particulière au problème de la perte d'audition et il a mis au point plusieurs programmes de prévention et de réadaptation dans ce domaine. Grâce à la collaboration de plusieurs ministères et de la Fédération chinoise des personnes handicapées, la réadaptation des cas de perte d'audition a été intégrée dans différents programmes gouvernementaux. Cinq plans nationaux concernant la perte d'audition ont été appliqués et plus de 370 000 enfants atteints de perte d'audition ont bénéficié de services. Dans le cadre du programme actuel (2011-2015), 16 865 enfants ont bénéficié d'un implant cochléaire et 18 000 autres d'un appareil auditif. Les autorités locales ont répondu et 29 provinces ont mis en place des programmes de réadaptation.

Un réseau de services efficaces a été créé pour le dépistage, le diagnostic, la pose d'appareils auditifs et d'implants cochléaires et la réadaptation. Des services communautaires chargés de l'audition et de l'orthophonie ont été créés par le biais de l'éducation et de la formation. La sensibilisation aux problèmes de l'appareil auditif et de l'audition est un aspect essentiel du programme. La Journée nationale des soins de l'appareil auditif est célébrée depuis 2007, sur différents thèmes, avec la participation de plusieurs ministères.

L'un des programmes couronnés de succès en Chine est « Entendre l'avenir – Programme national de soins de l'appareil auditif », qui a débuté en 2005 grâce à la collaboration du Ministère de la Santé, du Forum chinois des personnes handicapées et de GN Resound.

Une équipe spécialisée du Conseil consultatif chinois de l'audition (CAHA) a été créée. Elle compte 250 leaders d'opinion appartenant aux pouvoirs publics, au monde universitaire et au secteur privé, et a pour but de fournir des orientations opérationnelles et techniques et de soutenir le programme. Ce programme est axé sur le dépistage, le diagnostic et le traitement de la perte d'audition ; la formation des professionnels de la santé à différents niveaux et la sensibilisation du grand public à la prévention et à la réadaptation.

Dans le cadre du programme « Entendre l'avenir », plusieurs outils de communication ont été créés – une cyberacadémie, une revue, un site Web et des brochures –, et des partenariats public-privé ont été instaurés dans le cadre du programme national de prévention de la perte d'audition et de réadaptation.

Une enquête mondiale a été réalisée en 2012 concernant la mise en œuvre et l'impact du programme « Entendre l'avenir ». L'immense majorité des personnes interrogées a jugé que le programme avait un fort impact. À l'avenir, le programme restera axé sur la mise en place d'infrastructures de formation et sur la sensibilisation selon une approche favorisant la santé publique.

Dans les années à venir, la Chine entend continuer à investir en faveur de l'audition en améliorant les dispositifs de base dans le pays, en formant le personnel et en renforçant les réseaux.

ÉTUDES DE CAS

3.2 PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA SURDITÉ EN INDE

Étant donné qu'en Inde la prévalence de la perte d'audition invalidante est de 6 %, le Gouvernement a lancé un programme national de lutte contre la surdité, d'abord comme projet pilote en août 2006 puis à l'échelon national en 2008, en vue, d'ici 2030, d'éliminer la surdité évitable, de ramener la charge de la surdité à moins de 1 % et de permettre aux malentendants de mener une vie socialement et économiquement épanouie.

Le programme vise à sensibiliser le grand public aux problèmes de l'appareil auditif et de l'audition et à fournir des services de santé primaires. Les activités de sensibilisation sont menées à bien par le biais de la presse écrite, des médias électroniques et de la communication interpersonnelle. La prestation de services est renforcée grâce à une augmentation des capacités, au dépistage et à un système d'orientation des patients.

Les hôpitaux de district proposent des services de diagnostic et disposent de matériel chirurgical et de services de pose d'appareils auditifs. Deux personnes supplémentaires sont employées à l'hôpital de district (un assistant en audiologie et un enseignant pour les jeunes malentendants). Dans le cadre du programme, des médecins des centres de soins primaires et communautaires sont réorientés pour s'occuper des problèmes d'audition et reçoivent des instruments de base pour diagnostiquer les troubles de l'appareil auditif.

La fonction des agents de santé aux différents niveaux du système de soins a été définie et les formations sont orientées vers certaines tâches, principalement destinées à la sensibilisation dans la communauté, au diagnostic précoce et à l'orientation des patients. Cette formation est basée sur les manuels de l'OMS relatifs à la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition. Le programme prévoit des activités de dépistage dans le système scolaire et au niveau communautaire. Il vise également à renforcer les liens intersectoriels existants pour la réadaptation des personnes atteintes de perte d'audition.

Le programme est actuellement en place dans 203 des 640 districts de l'Inde. On envisage d'étendre progressivement le programme aux 28 États et aux 7 « union territories » du pays. On envisage également d'inclure dans le programme une formation concernant les laboratoires spécialistes de l'os temporal et les implants cochléaires.

3.3 PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE DES TROUBLES DE L'AUDITION CHEZ LES NOUVEAU-NÉS (MINISTÈRE JORDANIEN DE LA SANTÉ)

Le programme de dépistage des troubles de l'audition chez les nouveau-nés a débuté en 2012, après la réalisation d'études exhaustives dans tout le pays de 2001 à 2007. Les lignes directrices du programme national préconisent le dépistage des troubles de l'audition chez tous les nouveau-nés avant l'âge d'un mois ; le cas échéant, le diagnostic de perte d'audition doit être posé avant l'âge de trois mois ; et la pose d'un appareil auditif et les soins de réadaptation doivent débiter avant l'âge de six mois.

Le dépistage est effectué par des infirmières qualifiées. Le suivi et le diagnostic sont assurés par des ORL et des audiologistes qualifiés. Des ateliers et des séminaires de formation sont organisés régulièrement à l'intention des infirmières et des infirmiers, des médecins généralistes, des ORL et des médecins assurant la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition au niveau des soins de santé primaires. La sensibilisation, par le biais de dépliants, de brochures, d'affiches, de livrets et de programmes de radio et de télévision, constitue un aspect important du programme. Tous les hôpitaux publics possèdent actuellement le matériel nécessaire au dépistage des troubles de l'audition et tous les enfants qui naissent dans ces hôpitaux en bénéficient. Le Ministère de la Santé fournit une aide auditive à tous les enfants malentendants. Environ 3000 appareils auditifs et 100 implants cochléaires sont posés chaque année.

Les problèmes rencontrés sont dus au fait que les enfants sortent souvent trop tôt de l'hôpital et qu'environ 10 % des enfants ne naissent pas à l'hôpital. Il faut aussi faire face au refus des parents de faire dépister leur enfant et au non-respect des rendez-vous de suivi.

Il est prévu d'étendre ce programme aux services médicaux royaux et aux hôpitaux du secteur privé. On envisage de mettre en place, à l'avenir, une législation afin que les problèmes d'audition soient dépistés chez tous les nouveau-nés sortant de l'hôpital et d'instaurer un programme de dépistage en milieu scolaire pour les enfants de cinq à huit ans.

3.4 PLAN NATIONAL DE DÉVELOPPEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'APPAREIL AUDITIF ET DE L'AUDITION AU MALAWI

En 2013, le Malawi a lancé pour cinq ans un plan national de développement de la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition. Ce programme vise à améliorer l'accès aux soins d'oto-rhino-laryngologie (ORL) et aux services d'audiologie dans tout le Malawi. Les principaux objectifs du programme sont la formation à la prise en charge ORL et en audiologie, et la mise en place d'infrastructures sanitaires et de dispositifs médicaux adaptés à la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition. Il vise également à promouvoir la recherche et à assurer le suivi et l'évaluation.

Ce plan est financé par le Ministère de la Santé du Malawi, avec le soutien de plusieurs organisations internationales non gouvernementales. Il vise à améliorer la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition dans le pays grâce à la création de centres d'excellence en otologie et en audiologie au niveau tertiaire, tout en créant des dispensaires de proximité et des services d'ORL dans les hôpitaux de district de l'ensemble du pays. Trois sites ont été choisis pour la création des centres d'excellence et l'infrastructure nécessaire a été mise en place dans un hôpital à Blantyre. La formation du personnel nécessaire pour la chirurgie et l'audiologie est assurée en collaboration avec le Kenya. Des cliniciens formés pendant 18 mois seront envoyés dans les centres de proximité. La formation des cliniciens et des infirmières et infirmiers spécialisés en ORL est en cours au Kenya et au Malawi.

Il faudra ensuite élaborer un plan pour assurer la viabilité financière du programme et améliorer l'achat des médicaments et du matériel de diagnostic et de réadaptation au Malawi. On prévoit d'effectuer une enquête épidémiologique dans tout le pays et de mettre au point des outils et des indicateurs pour le programme.

3.5 STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION DE LA SURDITÉ ET DES PERTES D'AUDITION (MONGOLIE)

La « stratégie nationale de prévention de la surdité et des déficits auditifs » a été approuvée par le Ministère de la Santé et le Ministère de la Protection sociale en septembre 2009. Ce programme décennal vise à réduire la prévalence de la perte d'audition grâce à la prévention, à la détection précoce et au traitement.

Dans le cadre de la stratégie de mise en œuvre, les « lignes directrices pour le diagnostic précoce et le traitement de la surdité et des déficits auditifs chez l'enfant » et la « note d'information sur l'usage des médicaments ototoxiques » ont été approuvées par le Ministère de la Santé en 2010.

Plusieurs programmes de formation ont été organisés à l'intention des ORL, des pédiatres et des médecins généralistes. Cette formation visait à promouvoir la prise en charge et la détection précoce des troubles de l'appareil auditif et de l'audition au niveau primaire. Les compétences chirurgicales en ORL ont également été renforcées. À cet égard, on a utilisé les manuels de formation de l'OMS dans ces domaines. Certains pays voisins ont fourni un appui technique pour le développement des compétences.

Le programme prévoit des examens de l'audition en milieu scolaire et des activités de dépistage des troubles de l'audition chez les nouveau-nés ont débuté en 2013. Depuis 2009, 6162 appareils auditifs ont été posés par l'intermédiaire du programme national.

Dans les années à venir, on prévoit d'étudier la prévalence de la perte d'audition au niveau national et de poursuivre les formations à la prise en charge des troubles de l'appareil auditif et de l'audition en faisant bénéficier les techniciens. On envisage de fournir aux services d'otologie et d'audiologie des hôpitaux de niveau tertiaire du matériel plus performant et de créer un laboratoire national d'acoustique et d'otoplastie.

RÉFÉRENCES

1. Asante A, Hall J.
A review of health leadership and management capacity in Papua New Guinea.
Sydney: University of New South Wales; 2011.
2. Aurelio FS, Tochetto TM.
Newborn hearing screening: experience of different countries.
International Archives of Otorhinolaryngology. 2010;14(3):355–63.
3. Befaqeeh SA, Zakzouk SM, Muhaimeid HA, Essa A.
Relevant sociodemographic factors and hearing impairment in Saudi children: epidemiological study.
Journal of Laryngology and Otology. 1994;108:294–8.
4. Bevilacqua MC, Alvarenga KF, Costa OA, Moret ALM.
The universal newborn hearing screening in Brazil: from identification to intervention.
International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2010;74:510–5.
5. Bezriadina N, McNamara TL, Prendergast SG.
Professional standards in Russia for the practice of audiology.
Contemporary Issues in Communication Science and Disorders. 2006;33:172–181.
6. Bolat H, Bebitoglu FG, Ozbas S, Altunsu AT, Kose MR.
National newborn hearing screening program in Turkey: struggles and implementations between 2004 and 2008. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2009;73:1621–3.
7. Bubbico L, Tognola G, Greco A, Grandori F.
Universal newborn hearing screening programs in Italy: a survey of year 2006.
Acta Oto-Laryngologica. 2008;128:1329–1336.
8. Early hearing detection and intervention in Latin America.
Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention
<http://www.cdc.gov/ncbddd/hearingloss/ehdi-latin.html#brazil>, consulté le 3 mai 2013.
9. Information about early hearing detection and intervention (EHDI) state programs.
Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention
<http://www.cdc.gov/ncbddd/hearingloss/ehdi-programs.html>, consulté le 18 avril 2013.
10. Davis A, Hind S.
The newborn hearing screening programme in England.
International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2003;67S1:193–6.
11. De Garcia BG, Gafney C, Chacon S, Gaffney M.
Overview of newborn hearing screening activities in Latin America.
Revista Panamericana de Salud Pública. 2011;23(3):145–152.
12. Madriz JJ.
Hearing impairment in Latin America: an inventory of limited options and resources.
Audiology. 2000;39:212–20.

13. Factsheet on newborn hearing screening, 2010.
Bethesda: National Institutes of Health; 2010
<http://www.nidcd.nih.gov>, consulté le 20 avril 2013.
14. Hearing services program.
Canberra: Office of Hearing Services, Department of Health and Ageing, Government of Australia
www.health.gov.au/hear, consulté le 4 mai 2013.
15. Rouev P, Mumdzhev H, Spiridonova J, Dimov P.
Universal newborn hearing screening program in Bulgaria. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2004;68:805–810.
16. Salamat A, Esriti A, Ehtuish A, El-Ogbi S.
Libyan cochlear implant programme: achievements, difficulties and future goals. *Libyan Journal of Medicine*. 2011;6:5930.
17. Szyfter W et al.
Polish universal neonatal hearing screening program-4-year experience, 2003-2006.
International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2008;72:1783–1787.
18. Turkish healthcare policies in brief.
Ankara: The Ministry of Health of Turkey
www.orpha.net/actor/Europeanews/2009/doc/TurkHealthPolicy.pdf, consulté le 20 mai 2013.
19. The UN World Population Prospects. New York: United Nations; 2013
<http://www.un.org/en/development/desa/population/>, consulté le 4 novembre 2013.
20. WHO regions and Member States. Geneva: World Health Organization
<http://www.who.int/about/regions/fr/index.html>, consulté le 23 janvier 2014.
21. The World Bank classification of countries by income level. Washington DC: The World Bank; 2013
<http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups>, consulté le 23 janvier 2014.
22. Weichbold V, Nekahm-Heis D, Welzl-Mueller K. Ten-year outcome of newborn hearing screening in Austria.
International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2006;70:235–240.

LISTE DES PAYS PARTICIPANTS

États Membres de l'OMS	Région de l'OMS	Niveau de revenu
Afrique du Sud	Afrique	Revenu intermédiaire (tranche supérieure)
Arménie	Europe	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Bangladesh	Asie du Sud-Est	Revenu faible
Bhoutan	Asie du Sud-Est	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Bolivie (État plurinational de)	Amériques	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Botswana	Afrique	Revenu intermédiaire (tranche supérieure)
Brunéi Darussalam	Pacifique occidental	Revenu élevé
Burkina Faso	Afrique	Revenu faible
Burundi	Afrique	Revenu faible
Cambodge	Pacifique occidental	Revenu faible
Chili	Amériques	Revenu élevé
Chine	Pacifique occidental	Revenu intermédiaire (tranche supérieure)
Colombie	Amériques	Revenu intermédiaire (tranche supérieure)
Comores	Afrique	Revenu faible
Costa Rica	Amériques	Revenu intermédiaire (tranche supérieure)
Côte d'Ivoire	Afrique	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Égypte	Méditerranée orientale	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
El Salvador	Amériques	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Équateur	Amériques	Revenu intermédiaire (tranche supérieure)
Érythrée	Afrique	Revenu faible
Estonie	Europe	Revenu élevé
Éthiopie	Afrique	Revenu faible
Gabon	Afrique	Revenu intermédiaire (tranche supérieure)
Géorgie	Europe	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Ghana	Afrique	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Guatemala	Amériques	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Guinée	Afrique	Revenu faible
Guinée-Bissau	Afrique	Revenu faible
Guyana	Amériques	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Inde	Asie du Sud-Est	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Indonésie	Asie du Sud-Est	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Iran (République islamique d')	Méditerranée orientale	Revenu intermédiaire (tranche supérieure)
Jordanie	Méditerranée orientale	Revenu intermédiaire (tranche supérieure)
Kenya	Afrique	Revenu faible
Kiribati	Pacifique occidental	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Lettonie	Europe	Revenu élevé
Libéria	Afrique	Revenu faible
Lituanie	Europe	Revenu élevé
Madagascar	Afrique	Revenu faible
Malaisie	Pacifique occidental	Revenu intermédiaire (tranche supérieure)
Malawi	Afrique	Revenu faible
Maldives	Asie du Sud-Est	Revenu intermédiaire (tranche supérieure)

ÉVALUATION MULTIPAYS DES CAPACITÉS DE PRISE EN CHARGE
DES TROUBLES DE L'AUDITION

États Membres de l'OMS	Région de l'OMS	Niveau de revenu
Maroc	Méditerranée orientale	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Maurice	Afrique	Revenu intermédiaire (tranche supérieure)
Mauritanie	Afrique	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Mexique	Amériques	Revenu intermédiaire (tranche supérieure)
Mongolie	Pacifique occidental	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Mozambique	Afrique	Revenu faible
Myanmar	Asie du Sud-Est	Revenu faible
Népal	Asie du Sud-Est	Revenu faible
Nicaragua	Amériques	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Niger	Afrique	Revenu faible
Nigéria	Afrique	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Nouvelle-Zélande	Pacifique occidental	Revenu élevé
Oman	Méditerranée orientale	Revenu élevé
Ouganda	Afrique	Revenu faible
Paraguay	Amériques	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Pérou	Amériques	Revenu intermédiaire (tranche supérieure)
Philippines	Pacifique occidental	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Pologne	Europe	Revenu élevé
République arabe syrienne	Méditerranée orientale	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
République démocratique du Congo	Afrique	Revenu faible
République démocratique populaire lao	Pacifique occidental	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
République dominicaine	Amériques	Revenu intermédiaire (tranche supérieure)
République tchèque	Europe	Revenu élevé
Seychelles	Afrique	Revenu intermédiaire (tranche supérieure)
Singapour	Pacifique occidental	Revenu élevé
Slovaquie	Europe	Revenu élevé
Slovénie	Europe	Revenu élevé
Sri Lanka	Asie du Sud-Est	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Tadjikistan	Europe	Revenu faible
Thaïlande	Asie du Sud-Est	Revenu intermédiaire (tranche supérieure)
Timor-Leste	Asie du Sud-Est	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Yémen	Méditerranée orientale	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Zambie	Afrique	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)
Zimbabwe	Afrique	Revenu faible

**Pour plus d'informations,
prière de contacter :**

Unité Prévention de la cécité et de la surdité
Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia 20
CH-1211 Genève 27
Suisse

[www.http://www.who.int/pbd/deafness/en/](http://www.who.int/pbd/deafness/en/)

ISBN 978 92 4 250657 0

