

SESRIC



ORGANISATION DE LA COOPERATION ISLAMIQUE

CENTRE DE RECHERCHES STATISTIQUES, ECONOMIQUES ET
SOCIALES ET DE FORMATION POUR LES PAYS ISLAMIQUES



PERSPECTIVES DE L'OCI



Les personnes ayant un handicap ou des besoins particuliers dans les pays de l'OCI

Rapport sur les perspectives de l'OCI

No. 2019/3





RAPPORTS SUR LES PERSPECTIVES DE L'OCI

Le Rapport sur les Perspectives de l'OCI est une série de publications du Centre de recherches statistiques, économiques, sociales et de formation pour les pays islamiques (SESRIC) préparée par des chercheurs du SESRIC sur divers sujets socio-économiques relatifs aux pays membres de l'Organisation de la coopération islamique (OCI). Ces thèmes couvrent un large éventail de questions socio-économiques et interdisciplinaires, notamment le commerce, l'investissement, la finance, la santé, l'éducation, l'égalité des sexes, la technologie, le tourisme, les migrations, la gouvernance et la sécurité, etc.

Les rapports sur les perspectives de l'OCI fournissent des analyses statistiques et des recherches analytiques dans ces divers domaines en vue d'améliorer et de générer des connaissances et de mieux faire connaître les défis et opportunités spécifiques qui se présentent. Les rapports contiennent également des suggestions de politiques pour relever les défis sur les principales questions qui préoccupent les États membres.

Les arguments, opinions et points de vue exprimés dans ce Rapport de Perspectives de l'OCI sont ceux des auteurs et ne reflètent pas la politique ou les fonctions officielles du SESRIC, de l'OCI ou de l'un de ses pays membres.

Tous les commentaires et rétroactions concernant les rapports sur les perspectives de l'OCI doivent être envoyés par courriel à research@sesric.org ou par poste à l'adresse suivante: Kudüs Cad. No:9, Diplomatik Site 06450 ORAN- Ankara, Turquie

Les rapports sur les perspectives de l'OCI sont disponibles à l'adresse suivante

www.sesric.org/publications-oic-outlook.php





Les personnes ayant un handicap ou des besoins particuliers dans les pays de l'OCI

Rapport sur les perspectives de l'OCI

No: 2019/3

Centre de recherches statistiques, économiques et sociales et
de formation pour les pays islamiques

© November 2019 | Centre de recherches statistiques, économiques et sociales et de formation pour les pays islamiques (SESRIC)

Kudüs Cad. No: 9, Diplomatik Site, 06450 Oran, Ankara - Turquie

Téléphone +90-312-468 6172

Internet www.sesric.org

E-mail pubs@sesric.org

Tous droits réservés

Le matériel présenté dans cette publication est protégé par les droits d'auteur. Avec le crédit attribué au SESRIC, les auteurs donnent l'autorisation de voir, copier, télécharger et imprimer le matériel présenté à condition que ces matériaux ne soient pas réutilisés, sur n'importe quelle condition, pour des buts commerciaux. Pour obtenir l'autorisation de copier ou réimprimer toute partie de ce document, veuillez adresser votre demande, en fournissant tous les renseignements nécessaires, au Département des publications du SESRIC.

La responsabilité concernant le contenu, les opinions, les interprétations et les conditions exprimées ici appartient absolument aux auteurs et ne peut en aucun cas être considérée comme reflétant les points de vue du SESRIC, de ses États membres, de ses partenaires, donateurs ou de l'OCI.

Toutes les demandes relatives aux droits et licences doivent être adressées au Département des publications du SESRIC à l'adresse susmentionnée.

La conception de la couverture a été faite par M. Savaş Pehlivan, Département des publications, SESRIC.

La traduction de ce Rapport a été faite par M. Denis Rmouch - Département des publications du SESRIC

Pour plus d'informations, veuillez contacter le Département des recherches, SESRIC au courriel suivant : research@sesric.org

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| 1. Introduction | 1 |
| 2. Tendances mondiales et régionales du handicap..... | 4 |
| 3. Troubles mentaux et personnes ayant des besoins spéciaux..... | 8 |
| 4. Handicap physique et personnes ayant des besoins spéciaux..... | 11 |
| 5. Services pour les personnes handicapées et ayant des besoins spéciaux..... | 15 |
| 6. Initiatives mondiales pour améliorer la situation des personnes handicapées et des personnes ayant des besoins spéciaux..... | 18 |
| 7. Remarques finales et recommandations politiques | 26 |
| Références | 30 |
| Annexe | 31 |

Résumé

Ce rapport examine l'état des personnes handicapées et leurs besoins spéciaux dans les pays de l'OCI dans une perspective comparative. Il examine les tendances mondiales et régionales et élabore sur les implications pour les pays de l'OCI. En tant que groupe, les pays de l'OCI accueillent des millions de personnes ayant des besoins spéciaux. Ces personnes ont besoin de services de santé de base, de services de réadaptation spécialisés et d'autres services communautaires, que ce soit pour le transport ou l'éducation. En raison du sous-investissement dans les systèmes de sécurité sociale, du nombre insuffisant de professionnels de la santé formés et d'unités de réhabilitation, un grand nombre de personnes handicapées dans les pays de l'OCI ne parviennent pas à accéder facilement à ces services. Pour répondre aux divers besoins des personnes handicapées, il faut mettre au point une approche holistique et un plan d'action au niveau de l'OCI qui puissent guider les pays de l'OCI à fournir ces services plus efficacement.



1. Introduction

Plus d'un milliard de personnes sont victimes d'une forme de handicap. En d'autres termes, 1 sur 7 personnes a un handicap dans le monde entier. Selon les estimations de l'OMS, en raison de la population vieillissante et des maladies chroniques répandues, le taux de prévalence global de personnes handicapées a augmenté de 10 % en 1970 à 15 % en 2011 (OMS et Banque mondiale, 2011). Environ 80% des personnes handicapées vivent dans les pays en développement, y compris les pays de l'OCI.

Le terme « besoins particuliers » est utilisé dans le diagnostic clinique et le développement fonctionnel pour décrire les personnes qui ont besoin d'aide pour des handicaps physiques ou psychologiques. Les types de besoins particuliers varient en gravité et en type. D'une part, les personnes atteintes d'autisme, de syndrome de Down et d'Alzheimer, par exemple, peuvent être considérées comme ayant des besoins particuliers. Toutefois, les besoins particuliers peuvent également inclure des fentes labiales et/ou palatines ou des membres manquants. D'autre part, les personnes en conflit ou soumises à un stress intense en raison d'une catastrophe naturelle peuvent avoir des besoins particuliers, notamment sous la forme d'un soutien psychologique.

L'article 1 de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) stipule que " les personnes handicapées comprennent celles qui présentent des déficiences physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables qui, en interaction avec divers obstacles, peuvent empêcher leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ". Compte tenu de ces définitions, les termes "personnes ayant des besoins spéciaux" et "personnes handicapées" peuvent être utilisés de façon interchangeable.¹

Le handicap et ses conséquences sur les individus et la société

En moyenne, les personnes handicapées, en tant que groupe, sont plus susceptibles de faire face à des résultats socioéconomiques défavorables que les personnes non handicapées, tels qu'un niveau d'éducation moins élevé, un état de santé plus dégradé, un emploi plus faible et des taux de pauvreté plus élevés.

L'analyse de l'Enquête mondiale sur la santé montre que si on compare les hommes et les femmes handicapés aux personnes non handicapées, ils sont deux fois plus susceptibles de constater que les établissements et les compétences des prestataires de soins de santé sont inadéquats, trois fois plus susceptibles de se voir refuser des soins et quatre fois plus exposés à

¹ Le présent rapport suit cette approche et utilise les deux termes de façon interchangeable.



être mal traités dans le système de soins de santé. De toutes les personnes handicapées, la moitié d'entre elles n'ont pas les moyens de payer les soins de santé nécessaires ; les personnes handicapées sont également 50 pour cent plus susceptibles de souffrir de dépenses sanitaires catastrophiques que les autres (OMS et Banque mondiale, 2011).

Le handicap peut également accroître le risque de pauvreté, en particulier en raison du manque de possibilités d'emploi et d'éducation, des salaires moins élevés et de l'augmentation du coût de la vie associée à un handicap (encadré 1). Selon la fiche d'information des Nations Unies (2015) sur le handicap, le fait d'avoir un handicap augmente le coût de la vie d'environ un tiers du revenu moyen. D'autre part, la pauvreté peut accroître le risque de handicap par la malnutrition, un accès inadéquat à l'éducation et aux soins de santé, conditions non sécuritaires de travail, un environnement pollué et le manque d'accès à l'eau potable et à l'assainissement.

Encadré 1: Les désavantages vécus par les personnes handicapées

- a. Problèmes de santé : Selon le groupe et le milieu, les personnes handicapées peuvent être plus vulnérables à des troubles secondaires évitables et à des comorbidités, à des troubles de santé mentale non traités
- b. Faibles niveaux d'instruction : Les enfants handicapés sont moins susceptibles de commencer l'école que leurs pairs non handicapés. Ils ont également des taux plus faibles pour rester à l'école et être promus, ainsi que moins de taux de transition vers un enseignement postsecondaire.
- c. Moins d'activité économique : Les taux d'emploi des personnes handicapées sont inférieurs à ceux des personnes non handicapées. Lorsque les personnes handicapées ont un emploi, elles gagnent souvent moins que leurs pairs non handicapés.
- d. Des taux élevés de pauvreté : En tant que groupe et dans tous les milieux, les personnes handicapées ont de mauvaises conditions de vie et moins de ressources. La pauvreté peut engendrer des handicaps, par le biais de la malnutrition, de mauvais soins de santé et de conditions de travail ou de vie précaires. Le handicap peut entraîner la pauvreté par la perte de revenus, due au manque d'emploi ou au sous-emploi, et par les coûts supplémentaires liés à la vie avec un handicap, tels que les frais médicaux supplémentaires, le logement, le transport.
- e. Indépendance limitée : Le recours à des solutions institutionnelles, le manque de vie communautaire, l'inaccessibilité des transports et autres équipements publics et les attitudes négatives rendent les personnes handicapées dépendantes des autres et isolées des opportunités sociales, culturelles et politiques générales.

Source: OMS et Banque mondiale, 2011, p. 263

Les facteurs clés qui causent le handicap peuvent être regroupés en deux grandes catégories : les facteurs internes et externes (environnementaux). Les facteurs internes comprennent tous les facteurs biologiquement et génétiquement héréditaires (codes ADN) qu'une personne n'a pas le pouvoir de les contrôler. Facteurs externes couvrent toutes les habitudes personnelles (p. ex., manger et dormir), les conditions de vie (par exemple, le logement et l'assainissement, les conditions de travail (p. ex. des blessures liées au travail, pollution de l'environnement de travail),



et les conditions sociales (par exemple, les catastrophes naturelles, les guerres, les conflits, les mauvais traitements et la violence).

Les personnes deviennent généralement handicapées en raison de l'effet combiné de facteurs internes et externes. Des facteurs externes affectent la qualité de vie des personnes ayant des besoins spéciaux et peuvent avoir un impact significatif sur la gravité de l'incapacité dont souffre une personne. De plus, l'environnement économique, législatif, physique et social d'un pays peut créer ou maintenir des obstacles à la participation des personnes handicapées à la vie économique, civique et sociale. Les obstacles comprennent notamment la difficulté d'accès aux bâtiments, aux transports, aux technologies de l'information et de la communication, l'inadéquation des normes, le manque de services de santé et de réadaptation et/ou le financement limité de ces services, et le manque de données et d'analyses pour des politiques efficaces, rentables et fondées sur des preuves (OMS et Banque mondiale, 2011). À cet égard, les décideurs ont la responsabilité d'améliorer la qualité de vie des personnes ayant des besoins spéciaux en concevant et en mettant en œuvre des politiques efficaces.

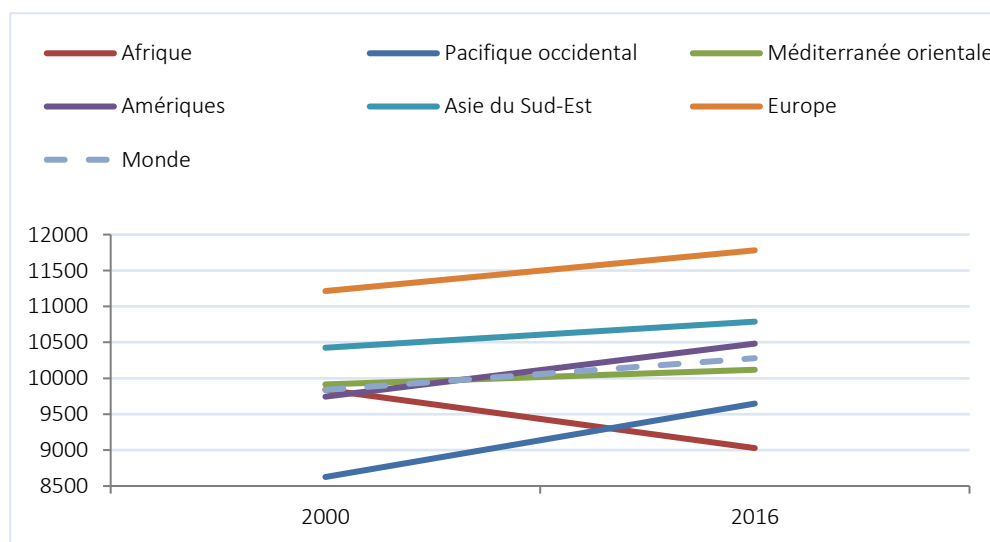


2. Tendances mondiales et régionales du handicap

Le fardeau que représente le handicap pour la société est en augmentation dans le monde entier : entre 1970 et 2011, le taux mondial de prévalence du handicap a augmenté de cinq pour cent (OMS et Banque mondiale, 2011). Chaque année, un nombre croissant de personnes sont devenues partiellement ou totalement incapables d'utiliser pleinement leur capacité physique et mentale pour s'engager dans des activités sociales et économiques quotidiennes.

Lorsque le fardeau est mesuré en termes d'années de vie en santé perdues en raison d'un handicap (AVI), il devient relativement facile de comprendre l'ampleur du fardeau. Il y a une nette tendance positive dans la moyenne mondiale des AVI qui est passée de 9 837 en 2000 à 10 279 en 2016 (pour 100 000 habitants) (graphique 1). La charge croissante que les maladies non transmissibles font peser sur les personnes handicapées est l'une des principales raisons qui peuvent expliquer cette tendance positive mondiale. Conformément à la tendance mondiale positive, les régions du Pacifique occidental, de la Méditerranée orientale, des Amériques, de l'Asie du Sud-Est et de l'Europe ont enregistré une augmentation de leur moyenne d'AVI entre 2000 et 2016. Seule la région de l'Afrique a connu une baisse du nombre moyen d'AVI au cours de la même période grâce aux efforts nationaux et internationaux visant à renforcer l'ensemble des systèmes de santé.

Graphique 1: Tendances mondiales et régionales en années de vie saine perdues en raison d'une incapacité (AVI) (pour 100 000 personnes), 2000-2016



Source: Référentiel de données de l'OMS, Estimations de l'OMS

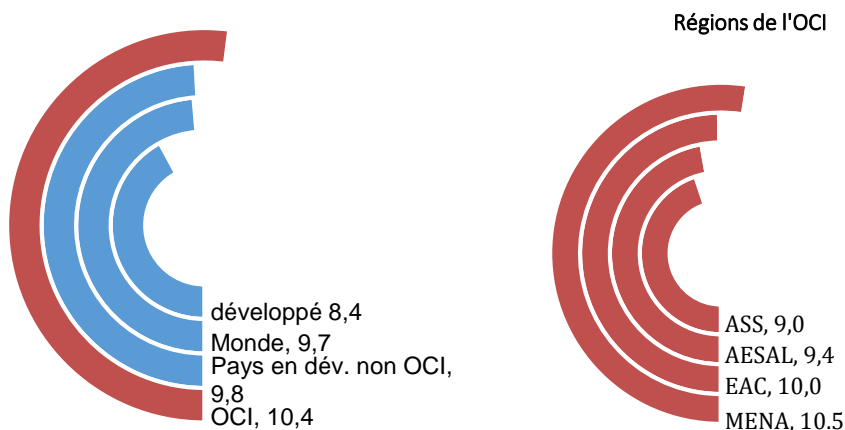




Les pays de l'OCI ne sont pas exempts des conséquences des handicaps. En moyenne, les pays de l'OCI ont perdu 10,4 années (pour 100 habitants) alors que la moyenne mondiale était de 9,7 en 2016 (graphique 2, à gauche). Les pays en développement non membres de l'OCI ont perdu en moyenne 9,8 années de vie saine (pour 100 habitants) en raison d'une incapacité qui était relativement inférieure à celle de la moyenne de l'OCI. En termes de performance individuelle des pays, la Somalie (15,0 ans) a été le pays de l'OCI le plus touché par le handicap en termes d'AVI en 2016. Au niveau régional de l'OCI, les régions MENA (10,5) et CEA (10,0) ont, en moyenne, eu des AVI relativement plus élevés que les moyennes des régions AESAL (9,4) et ASS (9,0) en 2016 (graphique 2, à droite).

D'autre part, le groupe des pays développés était un groupe de pays relativement moins touchés par les déficiences lorsqu'il est mesuré en termes d'AVI grâce à leur bon fonctionnement des systèmes de santé et à l'efficacité des méthodes de traitement, y compris une vaste gamme de mécanismes de réhabilitation. En moyenne, les pays développés n'ont perdu que 8,4 années de vie en bonne santé pour 100 personnes en 2016 en raison d'un handicap.

Graphique 2: Années de vie saine perdues en raison d'une incapacité (AVI) dans le monde (à gauche) et dans les régions de l'OCI (à droite) ; pour 100 personnes, 2016



Source: OMS et Banque mondiale.

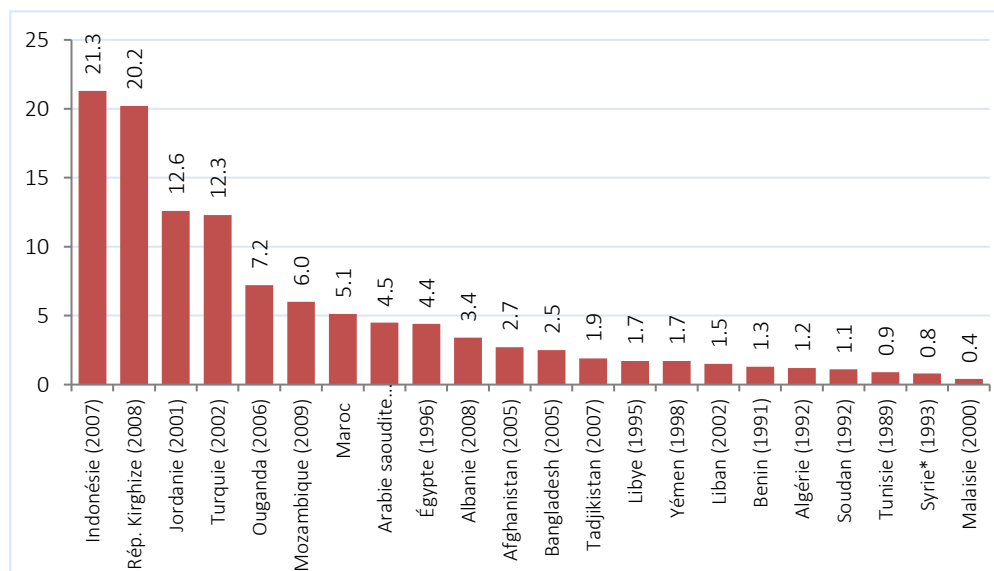
Remarque : ASS: Afrique Subsaharienne; AESAL: Asie de l'est et du sud et Amérique latine; EAC: Europe et l'Asie centrale, MENA: Moyen-Orient et Afrique du Nord.

Pour fournir efficacement les services nécessaires aux personnes handicapées, les pays doivent connaître le nombre exact de personnes handicapées. Toutefois, de nombreux pays n'ont pas collecté et communiqué des données sur le handicap de manière régulière et normalisée. Par conséquent, les données normalisées communiquées par les institutions internationales revêtent une importance particulière dans les analyses transnationales. L'OMS et la Banque mondiale (2011) ont fourni les estimations de la prévalence du handicap basées sur des enquêtes nationales dans 22 pays de l'OCI. Selon le graphique 3, parmi les données disponibles sur les pays



membres de l'OCI, l'Indonésie avait le taux de prévalence du handicap le plus élevé qui a été mesuré à 21,3 %. L'Indonésie était suivie de la République kirghize (20,2 %) et de la Jordanie (12,6 %). D'autre part, parmi les pays membres de l'OCI disposant de données disponibles, la Malaisie a enregistré le taux de prévalence du handicap le plus bas (0,4 pour cent). Ce tableau révèle que les taux de prévalence du handicap dans les pays membres de l'OCI sont loin d'être similaires et varient entre 0,4 pour cent et 21 pour cent. À cet égard, il est essentiel de concevoir et de mettre en œuvre des politiques spécifiques sur le handicap et les systèmes de santé pour répondre aux besoins des personnes handicapées vivant dans les pays membres de l'OCI.

Graphique 3: Estimations de la prévalence du handicap (%) dans les pays membres de l'OCI



Source: Banque mondiale, Rapport mondial sur le handicap 2011

L'apprentissage et l'innovation peuvent également avoir lieu dans les services et dans certaines branches de l'agriculture, car ils sont de plus en plus intensifs en capital et fondés sur les connaissances. Cependant, c'est encore une fois le secteur manufacturier qui produit toute une gamme d'intrants productifs pour l'agriculture (par exemple les produits chimiques, les engrais, les pesticides et les machines agricoles) et les services (par exemple le matériel de transport, les technologies informatiques et les entrepôts mécanisés) qui contribuent à accroître la productivité dans ces secteurs (CEA, 2016).

De toute évidence, le secteur des services domine de plus en plus la structure économique de nombreux pays en termes de production, d'emploi et de valeur ajoutée. Dans de nombreux pays en développement, la croissance des services, plutôt que de l'industrie manufacturière, est devenue une stratégie essentielle pour se diversifier et se libérer de la dépendance à l'égard des produits de base. Toutefois, il est important de noter que de nombreux services qui ont connu une croissance rapide au cours des dernières décennies dépendent fortement des entreprises manufacturières, telles que les communications, les banques, les assurances, les transports, la



conception et l'ingénierie. En outre, la plupart des services se caractérisent par une faible négociabilité. Cela signifie que les pays qui dépendent de leur secteur des services pour leur croissance économique finiront par se heurter aux contraintes de la balance commerciale (CEA, 2016). Bien que les services représentent les deux tiers de la production dans la plupart des économies développées, ils ne représentent encore qu'environ 20 à 25 % du commerce international (HSBC, 2015).





3. Troubles mentaux et personnes ayant des besoins spéciaux

La santé mentale est une composante intégrale et essentielle de la santé. Elle se définit comme un état de bien-être dans lequel chaque individu réalise son propre potentiel, peut faire face au stress normal de la vie, peut travailler de façon productive et fructueuse, et est capable de contribuer à sa communauté.

Bien que les problèmes mentaux et psychologiques soient courants chez toutes sortes de personnes dans le monde, de telles complications surviennent plus fréquemment chez certaines populations en raison de leur plus grande exposition et vulnérabilité à des circonstances sociales, économiques et environnementales défavorables. Les causes spécifiques des troubles psychologiques ne sont pas connues, mais il est évident que ces troubles ont des étiologies largement multifactorielles, impliquant des interactions complexes entre les facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux.

Certains troubles mentaux peuvent être liés à des facteurs biologiques tels que le déséquilibre chimique, des facteurs génétiques, des dommages prénatals, une mauvaise alimentation ou l'exposition aux toxines. Facteurs psychologiques qui peuvent contribuer aux troubles mentaux et psychologiques, y compris les traumatismes psychologiques graves, tels que les abus émotionnels, physiques ou sexuels ou une perte précoce importante de membres de la famille. L'exposition à des facteurs de stress environnementaux, tels que les catastrophes naturelles et les crises provoquées par l'homme, peut également être l'une des principales causes de troubles mentaux associés à une augmentation du nombre de personnes ayant des besoins spéciaux.

Un trouble psychologique, aussi connu sous le nom de trouble mental, est un ensemble de symptômes comportementaux ou psychologiques qui ont des répercussions sur plusieurs aspects de la vie et qui créent de la détresse chez la personne qui éprouve ces symptômes (Cherry, 2016). En d'autres termes, les troubles mentaux affectent négativement le développement personnel, la qualité de vie et la capacité de participer pleinement à la vie socio-économique. De plus, des taux élevés de suicide sont généralement associés à des troubles mentaux comme la schizophrénie dépressive et à la dépendance à l'alcool et aux drogues (OMS, 2008). De mauvaises conditions mentales peuvent également favoriser la consommation d'alcool ou de substances qui pourraient entraîner une dépendance.



3.1. Principaux types de troubles mentaux

La santé mentale est un élément crucial du bien-être humain ; les troubles mentaux augmentent le risque de contracter d'autres maladies comme le VIH, les maladies cardiovasculaires, le diabète et vice-versa. Il existe différents types de troubles mentaux avec des causes et des groupes à risque différents, en fonction de l'âge ou du sexe. Ils comprennent le trouble bipolaire, la dépression, les crises psychotiques, la démence, les manifestations schizophréniques et les handicaps ou troubles intellectuels ou de développement comme l'autisme.

La dépression ou trouble dépressif unipolaire est l'une des principales causes de handicap mental. Selon les estimations de l'OMS, environ 300 millions de personnes dans le monde sont affectées par cette maladie.

La dépression présente des symptômes de base que tout le monde éprouve naturellement à certains moments de la vie, comme un sentiment de tristesse, de culpabilité, un manque de bonheur et d'intérêt pour la vie ainsi qu'une faible estime de soi. Cependant, si elle n'est pas traitée à temps, elle peut avoir un impact sur le sommeil, l'appétit, réduire la concentration et entraîner une fatigue inexplicable. Parfois, elle peut entraîner des douleurs physiques et des plaintes sans aucune raison physique. Dans sa forme la plus grave, la dépression peut mener au suicide (OMS, 2018a).

Selon les estimations de l'OMS, le trouble affectif bipolaire affecte environ 60 millions de personnes dans le monde. Ce trouble peut être caractérisé par des périodes d'humeur normale et des états mentaux normaux ainsi que par des épisodes maniaques. Les épisodes maniaques peuvent se manifester par une suractivité, une irritabilité excessive ou une humeur élevée et une estime de soi exagérée, ainsi que par une diminution des besoins de repos et de sommeil (OMS, 2018a).

La schizophrénie est un trouble mental grave qui affecte environ 23 millions de personnes dans le monde. Les psychoses, y compris la schizophrénie, sont caractérisées par des distorsions dans la pensée, la perception, les émotions, le langage, le sens de soi et le comportement. Les expériences psychotiques courantes comprennent les hallucinations (entendre, voir ou ressentir des choses qui n'existent pas) et les délires (fausses croyances ou suspicions fixes qui sont fermement ancrées même lorsqu'il existe des preuves du contraire). Ce trouble peut rendre difficile pour les personnes atteintes de travailler ou d'étudier normalement (OMS, 2018b). Les pays dont le revenu par habitant est plus élevé ont tendance à souffrir le plus de schizophrénie.

La démence est un terme médical qui fait référence au groupe de maladies associées au déclin de la pensée et d'autres capacités mentales comme la mémoire, la capacité de faire des calculs arithmétiques, la compréhension et autres. La déficience peut réduire considérablement la capacité de la personne à accomplir des activités quotidiennes simples. Selon l'OMS (2017), environ 50 millions de personnes dans le monde souffrent de démence. La forme la plus courante de démence est la maladie d'Alzheimer, suivie de la démence vasculaire. Les personnes atteintes doivent généralement souffrir de la déficience jusqu'à la fin de leur vie avec une détérioration progressive de leurs fonctions cognitives.





3.2. Politiques et législations en matière de santé mentale

Selon le SESRIC (2016), dans 58 pour cent des pays de l'OCI, il existe une politique de santé mentale. Ce pourcentage est comparable à celui des pays en développement non membres de l'OCI (58,5 %), mais il est inférieur à celui des pays développés où 100 % des pays ont une politique de santé mentale. De même, la législation sur la santé mentale est disponible dans 51 pour cent des pays de l'OCI, contre 53,7 pour cent dans les pays en développement non membres de l'OCI et 100 pour cent dans les pays développés. En termes de disponibilité d'un plan de santé mentale, 72 pour cent des pays de l'OCI ont un plan de santé mentale, contre 65,3 pour cent des pays en développement non membres de l'OCI et 100 pour cent des pays développés.

Ces chiffres impliquent que les pays de l'OCI disposent d'une grande marge de manœuvre pour améliorer la situation des personnes ayant des besoins spéciaux en élaborant des politiques, législations et plans efficaces. Il est important pour les pays de l'OCI d'allouer plus de ressources afin d'avoir plus d'établissements de santé mentale, d'augmenter le nombre de professionnels de la santé mentale et de fournir des services sociaux supplémentaires aux personnes ayant des besoins spéciaux. Dans ce contexte, l'OCI peut jouer un rôle important de plaidoyer en encourageant les pays de l'OCI qui n'ont pas de politique/législation/plan de santé mentale à développer de tels instruments. Et en améliorant la coopération entre les pays de l'OCI, des programmes de partage des expériences et de transfert des connaissances peuvent également être développés dans ce domaine.



4. Handicap physique et personnes ayant des besoins spéciaux

On estime que 15 % de la population mondiale souffre d'une forme quelconque d'invalidité ou de déficience. La majorité de ces incapacités prennent la forme d'incapacités physiques lorsque la capacité de santé physique d'une personne ne lui permet pas de participer pleinement aux activités socio-économiques quotidiennes sans aucun soutien. Le nombre de personnes handicapées augmente en raison de la croissance démographique, du vieillissement de la population, de l'émergence de maladies chroniques et des progrès médicaux qui préservent et prolongent la vie.

Les personnes ayant un handicap physique sont diverses et hétérogènes, tandis que les stéréotypes sur le handicap mettent l'accent sur les personnes en fauteuil roulant et quelques autres groupes "classiques" comme les aveugles et les sourds (OMS et Banque mondiale, 2011). L'invalidité englobe l'enfant né avec une maladie congénitale comme la paralysie cérébrale (un trouble qui entraîne une incapacité permanente de mouvement) ou le jeune soldat qui perd sa jambe à cause d'une mine terrestre, ou la femme d'âge moyen. Une personne âgée peut également être considérée comme une personne handicapée en raison de sa maladie respiratoire chronique qui l'empêche de participer pleinement et efficacement à la société sur un pied d'égalité avec les autres.

La grande majorité des personnes handicapées, soit environ 77 %, souffrent, d'une forme ou d'une autre, d'incapacité physique causée principalement par 145 catégories de maladies/troubles liés à des maladies cardiovasculaires ou à des déficiences des organes de perception. Les handicaps physiques sont principalement déclenchés par deux facteurs en général : les facteurs internes (c.-à-d. génétiques) et les facteurs externes (c.-à-d. à risque). Cependant, comme dans le cas des troubles mentaux, ces deux facteurs jouent très souvent un certain rôle dans la gravité des handicaps physiques (OMS et Banque mondiale, 2011).

Les causes externes les plus courantes de déficience physique et d'incapacité comprennent les maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer ; les blessures comme les accidents de la route, les conflits, les chutes, les mines terrestres et les autres maladies transmissibles. Il ne fait aucun doute, entre autres, que le vieillissement est l'un des

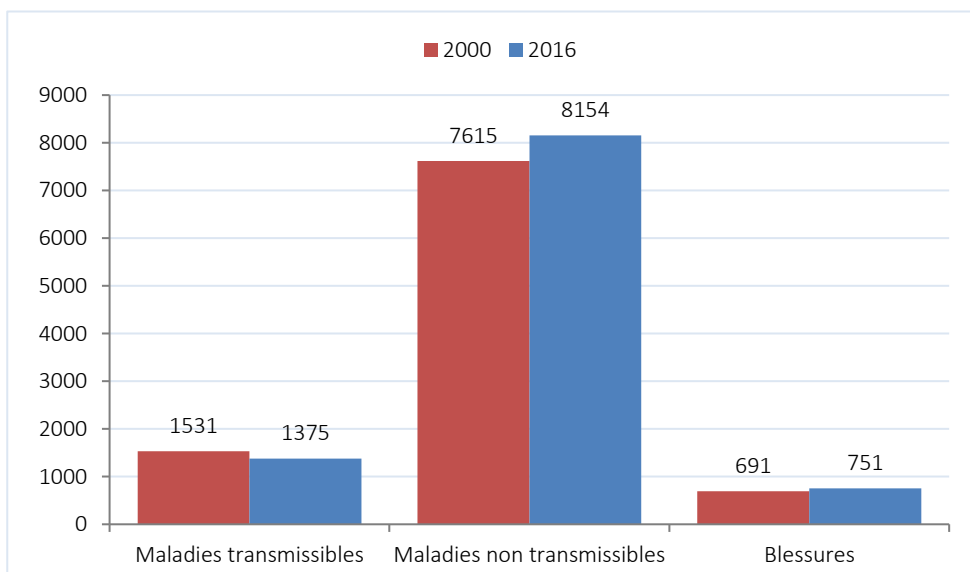




principaux facteurs à l'origine de la prévalence accrue des handicaps physiques dus à des facteurs tant internes qu'externes.

Le graphique 4 présente le nombre d'années de vie en santé perdues en raison d'une incapacité (pour 100 000 personnes) par cause et par groupe d'âge dans le monde. Tant en 2000 qu'en 2016, pour tous les âges, les maladies non transmissibles étaient la principale cause des AVI dans le monde. En moyenne, les maladies non transmissibles étaient responsables de 8 154 années de vies saines perdues à cause d'une incapacité (pour 100 000 personnes) en 2016. Viennent ensuite les maladies transmissibles (1 375 ans) et les blessures (751 ans) au cours de la même année. Au cours de la période 2000-2016, le nombre moyen d'AVI résultant de maladies non transmissibles et de blessures a augmenté. D'autre part, grâce aux efforts déployés aux niveaux mondial, régional et national pour lutter contre les principales maladies transmissibles, le nombre moyen d'AVI dus aux maladies transmissibles est passé de 1 531 en 2000 à 1 375 (pour 100 000 habitants) en 2016.

Graphique 4: Années de vie saine perdues en raison d'une incapacité (AVI) (pour 100 000 personnes) dans le monde, par cause, 2000 and 2016



Source: OMS, référentiel de données

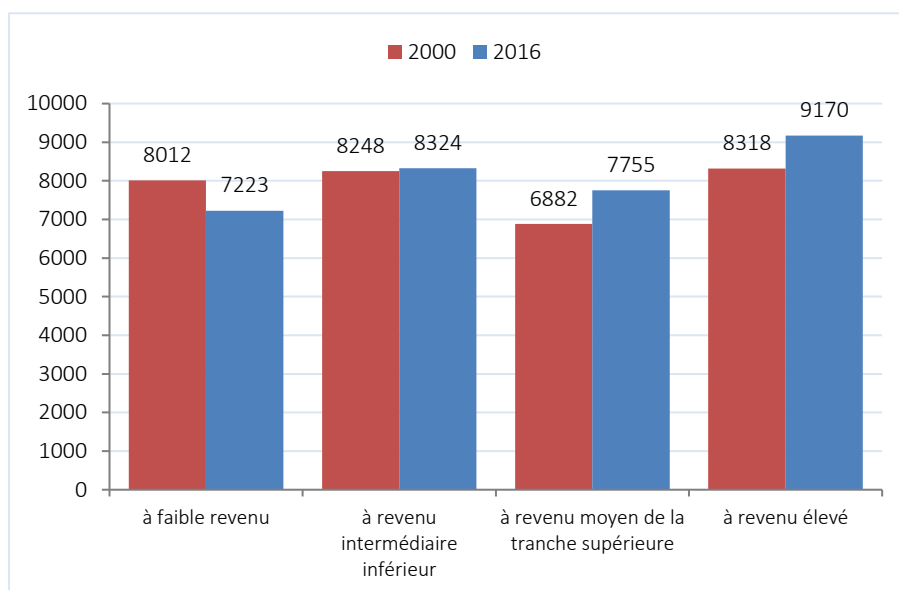
Néanmoins, il est important de noter que les différents groupes d'âge ne sont pas affectés au même niveau par les handicaps. Par exemple, chez les personnes de plus de 60 ou 70 ans, l'effet des maladies non transmissibles sur les AVI tend à augmenter en raison de certaines maladies chroniques dont elles souffrent. Étant donné que les différents groupes d'âge sont touchés à des degrés divers par les handicaps dans le monde, le niveau de revenu d'un pays (c'est-à-dire le niveau de développement) est également un déterminant important des AVI. Alors que la pauvreté et le handicap se renforcent mutuellement, de nombreuses personnes handicapées pauvres tombent dans un cercle vicieux dans les pays en développement, y compris de nombreux



pays de l'OCI où leur intégration sociale est impossible en raison du manque ou de la couverture limitée des mécanismes du filet de sécurité sociale.

À cet égard, le graphique 5 présente les AVI dans quatre groupes de pays à quatre revenus causés par des facteurs physiques (maladies) dans le monde en 2000 et 2016. En 2016, les pays à revenu intermédiaire inférieur souffraient davantage de handicaps physiques que les pays à revenu intermédiaire supérieur en termes d'AVI. D'autre part, les pays à faible revenu ont réussi à réduire leur nombre d'AVI de 8 012 en 2000 à 7 223 en 2016 (pour 100 000 habitants). Les pays à revenu moyen inférieur ont connu une légère augmentation (76 ans) de leur moyenne d'AVI au cours de la même période.

Graphique 5: Années de vie saine perdues en raison d'une incapacité (AVI) causée par des facteurs physiques (maladies) dans le monde, par groupe de revenu (pour 100 000 personnes), 2000 et 2016



Source: Calculs du personnel du SESRIC à partir du référentiel de données de l'OMS

Remarque 1: Le nombre d'années de vie saine perdues en raison d'une incapacité (AVI) causée par des facteurs physiques (maladies) est calculé en déduisant les incapacités causées par des troubles mentaux de toutes les causes de l'incapacité

Remarque 2: Les seuils de revenu de la Banque mondiale sont utilisés pour regrouper les pays dans le monde entier.

Les efforts nationaux et internationaux ainsi que les investissements consentis pour améliorer les systèmes de soins de santé dans les pays en développement pourraient être l'une des principales raisons des tendances négatives observées dans les AVI, notamment dans les pays à faible revenu. En outre, la détection des maladies et les mécanismes de notification de la charge de morbidité sont comparativement moins avancés dans certains pays en développement. À cet égard, il est incontestable que, dans certains pays en développement, les AVI pourraient être sous-estimés.





Selon le graphique 5, les pays à revenu intermédiaire supérieur et à revenu élevé ont perdu des années de vie saine perdues en raison d'une incapacité physique en 2016, comparativement à leurs moyennes de l'année 2 000. En 2016, la moyenne des AVI (pour 100 000 habitants) des pays à revenu moyen supérieur et des pays à revenu élevé a atteint 7 755 ans et 9 170 ans, respectivement. L'un des facteurs sous-jacents de cette situation observée dans les pays relativement plus riches est le "vieillissement de la population". Avec l'allongement de l'espérance de vie et la baisse des taux de fécondité, la population de ces pays tend à vivre plus longtemps, mais avec quelques handicaps principalement dus à des facteurs physiques, notamment des maladies chroniques non contagieuses. L'augmentation du fardeau des facteurs de risque tels que le manque d'activité physique et la prévalence de l'obésité a également contribué à la tendance positive observée dans les AVI des pays à revenu relativement élevé.

Dans l'ensemble, les pays membres de l'OCI ont besoin d'augmenter leurs budgets de santé afin de répondre pleinement aux demandes croissantes des personnes ayant des besoins spéciaux grâce aux progrès des technologies médicales. Par conséquent, le fardeau des handicaps physiques sur les personnes et la société (mesuré en termes d'AVI) diminuerait et les personnes ayant des besoins spéciaux pourraient mieux s'intégrer dans leurs sociétés respectives.



5. Services pour les personnes handicapées et ayant des besoins spéciaux

Les personnes handicapées peuvent avoir besoin d'une gamme de services - allant d'interventions relativement mineures et peu coûteuses à des interventions complexes et coûteuses. Ces personnes doivent surmonter des défis spécifiques pour accéder aux services de soins de santé (Encadré 2). Les données sur les besoins - satisfaits et non satisfaits - sont importantes pour élaborer des politiques et des programmes efficaces. En particulier, les besoins non satisfaits en matière de soutien peuvent être liés aux activités quotidiennes - comme les soins personnels, l'accès aux aides et à l'équipement, la participation à l'éducation, à l'emploi et aux activités sociales, et les modifications au domicile ou au lieu de travail.

Certaines études ont révélé d'importantes lacunes dans la prestation de services aux personnes handicapées. Les besoins non satisfaits tendent à être particulièrement élevés pour l'aide sociale, la réadaptation, les appareils et accessoires fonctionnels, l'éducation, la formation professionnelle et les services de conseil (OMS et Banque mondiale, 2011). Par exemple, une étude nationale sur le handicap au Maroc a estimé le besoin exprimé d'améliorer l'accès à une gamme de services (Secrétariat de la famille, 2006). Selon les résultats de l'étude, les personnes handicapées ont exprimé un besoin pressant d'un meilleur accès aux services de soins de santé (55,3 pour cent), aux médicaments (21,3 pour cent) et aux dispositifs techniques (17,5 pour cent), et d'une aide financière pour les besoins fondamentaux (52,5 pour cent).

Les décideurs politiques des pays de l'OCI peuvent bénéficier de services de réhabilitation et de réadaptation communautaires ainsi que d'appareils et accessoires fonctionnels afin d'améliorer la situation des personnes handicapées et d'encourager leur participation à la vie socioéconomique.

5.1. Réadaptation

La réadaptation est essentielle pour permettre aux personnes handicapées dont les fonctions sont limitées de rester ou de retourner chez elles ou dans leur communauté, de vivre de manière indépendante et de participer à l'éducation, au marché du travail et à la vie civile. L'accès à la réadaptation peut réduire les conséquences d'une maladie ou d'une blessure, améliorer la santé et la qualité de vie et réduire le recours aux services de santé. S'il n'existe pas de données





mondiales sur la nécessité de la réadaptation, le type et la qualité des mesures fournies ainsi que les estimations des besoins non satisfaits, les données nationales révèlent de grandes lacunes dans la fourniture de ces services et dans l'accès à ces derniers dans de nombreux pays à revenu faible ou moyen.

Encadré 2: Obstacles aux soins de santé pour les personnes handicapées et ayant des besoins spéciaux

Les personnes handicapées se heurtent généralement aux obstacles suivants lorsqu'elles tentent d'accéder aux services de soins de santé, y compris les services de réadaptation et les soins spéciaux :

- a) **Coûts prohibitifs** L'accessibilité financière des services de santé et des transports est la principale raison pour laquelle les personnes handicapées ne reçoivent pas les soins de santé dont elles ont besoin dans les pays à faible revenu - 32 à 33 % des personnes non handicapées n'ont pas les moyens de se faire soigner, contre 51 à 53 % des personnes handicapées.
- b) **Disponibilité limitée des services** : Le manque de services appropriés pour les personnes handicapées constitue un obstacle important aux soins de santé. Par exemple, des recherches menées dans les États indiens de l'Uttar Pradesh et du Tamil Nadu ont révélé qu'après le coût, le manque de services dans la région était le deuxième obstacle le plus important à l'utilisation des établissements de santé.
- c) **Obstacles physiques** : L'accès inégal aux bâtiments (hôpitaux, centres de santé), l'inaccessibilité de l'équipement médical, la mauvaise signalisation, les portes étroites, les marches intérieures, les installations sanitaires inadéquates et les aires de stationnement inaccessibles créent des obstacles aux installations sanitaires. Par exemple, les femmes à mobilité restreinte sont souvent incapables d'accéder au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus parce que les tables d'examen ne sont pas réglables en hauteur et que l'équipement de mammographie ne peut accueillir que les femmes qui sont capables de se lever.
- d) **Compétences et connaissances inadéquates des agents de santé** : Les personnes handicapées étaient plus de deux fois plus susceptibles de déclarer qu'elles trouvaient que les compétences des fournisseurs de soins de santé ne répondaient pas à leurs besoins, quatre fois plus susceptibles de déclarer avoir été mal traitées et près de trois fois plus susceptibles de déclarer s'être vues refuser des soins.

Source: Adapté de l'OMS (2018c) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>

5.2. Réadaptation à base communautaire

La réadaptation à base communautaire (RBC) a été lancée par l'OMS à la suite de la Déclaration d'Alma-Ata en 1978 dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes handicapées et de leurs familles, de répondre à leurs besoins fondamentaux et de garantir leur inclusion et leur participation. Bien qu'il s'agisse au départ d'une stratégie visant à accroître l'accès aux services de réadaptation dans les milieux aux ressources limitées, la RBC est une approche multisectorielle visant à améliorer l'égalisation des chances et l'inclusion sociale des personnes handicapées tout en combattant le cycle perpétuel de la pauvreté et du handicap. La RBC est mise en œuvre grâce





aux efforts combinés des personnes handicapées, de leurs familles et de leurs communautés, ainsi que des services gouvernementaux et non gouvernementaux pertinents en matière de santé, d'éducation, de formation professionnelle, de services sociaux et autres. La RBC a été pratiquée dans plus de 90 pays dans le monde.²

5.3. Appareils et accessoires fonctionnels

La technologie d'assistance constitue l'outil, et souvent la première étape de toutes les prochaines étapes, pour faire en sorte que les personnes handicapées soient des bénéficiaires et des contributeurs égaux de tout processus de développement. Dès 1990, les Règles des Nations Unies ont identifié l'accès aux produits d'assistance comme une condition préalable à l'égalité des droits et des chances et ont exhorté les pays du monde entier à prendre des mesures positives pour rendre ces appareils disponibles à un coût abordable. La Convention relative aux droits des personnes handicapées a reconnu l'accès à la technologie d'assistance comme un droit de l'homme et a appelé à une coopération internationale pour améliorer cet accès (article 32).

Malgré tous les efforts nationaux et internationaux, seuls 5 à 15 % (environ 1 personne sur 10) de la population en détresse ont accès à des produits fonctionnels - p. ex. fauteuils roulants, cannes, prothèses et orthèses, lunettes, appareils de basse vision, appareils auditifs et autres aides pour faire face au déclin fonctionnel. Même la production de produits d'assistance importants comme les prothèses auditives répond à peine à 10 % des besoins mondiaux, et moins de 3 % dans les pays en développement (OMS, 2006). Dans les pays en développement, la qualité de la production est généralement faible et souvent limitée. Un autre problème que les pays en développement, y compris de nombreux pays membres de l'OCI, connaissent dans ce domaine est le manque de personnel formé pour gérer la fourniture de tels dispositifs et technologies, en particulier au niveau des provinces et des districts. D'autre part, dans de nombreux pays en développement, y compris les pays membres de l'OCI, il est possible d'avoir accès à des appareils et accessoires fonctionnels, mais les coûts associés sont prohibitifs pour les personnes ayant des besoins spéciaux découlant principalement de systèmes de sécurité sociale inefficaces.

L'écart actuel dans l'accès aux produits d'assistance sera amplifié à l'avenir par l'immense croissance démographique prévue, d'autant plus que le nombre de personnes âgées dans le monde passera de 841 millions en 2013 (11,7 pour cent de la population mondiale) à plus de 2 milliards (21,1 pour cent) en 2050. Par conséquent, à l'avenir, on s'attend à ce que la demande d'appareils et accessoires fonctionnels augmente de façon remarquable.

À cet égard, les pays de l'OCI doivent prendre en considération ces changements démographiques et changer la façon dont les produits ou dispositifs d'assistance - appelés collectivement technologie d'assistance - traditionnellement perçus, conçus, produits, fabriqués, distribués, entretenus et financés.

² Cependant, il n'existe pas de base de données centralisée sur les responsables de la mise en œuvre et des activités de RBC.





6. Initiatives mondiales pour améliorer la situation des personnes handicapées et des personnes ayant des besoins spéciaux

Cette section passe en revue certaines initiatives mondiales (par exemple, plans d'action, stratégies, projets) qui visent à améliorer la situation des personnes handicapées et des personnes ayant des besoins spéciaux.

6.1. La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées

La Convention sur les droits des personnes handicapées (CDPH) énonce les obligations juridiques pour les États à promouvoir et protéger les droits des personnes handicapées. Elle ne crée pas de nouveaux droits. Selon l'article 1 de la Convention, les personnes handicapées comprennent celles qui présentent des déficiences physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables qui, en interaction avec divers obstacles, peuvent entraver leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.

La Convention énonce les droits civils, culturels, politiques, sociaux et économiques des personnes handicapées. En d'autres termes, la Convention confère une reconnaissance universelle de la dignité des personnes handicapées. La Convention marque un " changement de paradigme " dans les attitudes et les approches à l'égard des personnes handicapées. À cet égard, conformément à la Convention :

- a) Les personnes handicapées ne sont plus un objet à fixer par le biais d'un traitement médical, mais un sujet de droits avec des choix quant à la manière dont elles veulent vivre et aux traitements qu'elles souhaitent utiliser, le cas échéant ;
- b) Les personnes handicapées ne sont plus des objets de charité du bien-être social - un fardeau pour la société - mais des membres actifs de la société avec tant de chose à apporter à la société ; et
- c) Les personnes handicapées devraient avoir la possibilité de défendre leurs droits (mécanismes de plaintes, défense des droits, etc.) et de changer la société pour qu'elle devienne plus capable.

La Convention relative aux droits des personnes handicapées est entrée en vigueur le 3 mai 2008. Les pays qui ont signé la Convention conviennent de promouvoir, protéger et assurer la pleine et



égale jouissance des droits de l'homme et des libertés fondamentales des personnes handicapées et le respect rapide de leur dignité inhérente.

En octobre 2018, 162 pays à travers le monde avaient signé la Convention (beaucoup d'entre eux ont terminé le processus de ratification). 40 pays membres de l'OCI ont achevé le processus de signature et de ratification de la Convention. 10 pays de l'OCI, à savoir l'Afghanistan, Djibouti, la Gambie, l'Iran, l'Irak, le Koweït, la Mauritanie, la Palestine, l'Arabie Saoudite et le Turkménistan n'ont ni signé, ni ratifié la Convention. Toutefois, ces pays sont en voie d'adhérer à la Convention relative aux droits des personnes handicapées (voir annexe).

Au cours du processus de mise en œuvre de la Convention, de nombreux pays à travers le monde, y compris les Membres de l'OCI, ont besoin de formation, de renforcement des capacités, de sensibilisation, de collecte et de validation des bonnes pratiques et de gestion des connaissances. Ils ont également besoin d'intégrer le handicap dans toutes les activités de développement. Il est également très important d'inclure les personnes handicapées en tant que parties prenantes pour une mise en œuvre réussie de la Convention à toutes ses étapes.

6.2. Plan d'action mondial pour les personnes handicapées 2014-2021

La 67^{ème} Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution approuvant le Plan d'action mondial de l'OMS pour les personnes handicapées 2014-2021 : Une meilleure santé pour toutes les personnes handicapées. Le plan d'action donne un élan majeur à l'amélioration de la qualité de vie du milliard de personnes handicapées dans le monde. Le Plan d'action mondial en faveur des personnes handicapées 2014-2021 fournit une ligne directrice et un cadre universels aux États membres, y compris les membres de l'OCI, sur la manière de renforcer et d'étendre la réadaptation, l'adaptation, les technologies d'assistance, l'assistance et les services de soutien et la réadaptation communautaire.

Le plan d'action est basé sur les recommandations du rapport mondial de l'OMS et de la Banque mondiale sur le handicap et s'aligne sur la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH). Il a été élaboré en consultation avec les pays membres, les organismes des Nations Unies et les partenaires nationaux et internationaux, y compris les organisations de personnes handicapées.

Partout dans le monde, plus souvent que leurs pairs non handicapés, les personnes handicapées ne reçoivent pas les soins de santé dont elles ont besoin et sont en mauvaise santé. Les personnes handicapées sont deux fois plus susceptibles de trouver les compétences et les installations des prestataires de soins de santé inadéquates ; près de trois fois plus susceptibles de se voir refuser des soins de santé ; et quatre fois plus susceptibles d'être mal traitées. Le Plan d'action mondial de l'OMS pour les personnes handicapées 2014-2021 vise à remédier à ces disparités.

La vision du plan d'action est un monde dans lequel toutes les personnes handicapées et leurs familles vivent dans la dignité, avec des droits et des chances égaux, et sont capables de réaliser leur plein potentiel. L'objectif global est de contribuer à la réalisation d'une santé, d'un





fonctionnement, d'un bien-être et de droits de l'homme optimaux pour toutes les personnes ayant un handicap. Le plan d'action comprend trois objectifs :

- Éliminer les obstacles et améliorer l'accès aux services et programmes de santé ;
- Renforcer et étendre la réadaptation, l'habitation, la technologie d'assistance, les services d'aide et de soutien et la réadaptation communautaire ;
- Renforcer la collecte de données pertinentes et comparables sur le handicap à l'échelle internationale et soutenir la recherche sur le handicap et les services connexes.

Les indicateurs de succès fixés pour chaque objectif peuvent être utilisés pour aider à suivre et à mesurer les progrès accomplis dans la réalisation de l'objectif du plan.

La nouvelle résolution exhorte les États membres à mettre en œuvre les actions proposées en les adaptant aux priorités nationales et aux circonstances nationales spécifiques. Il invite les partenaires internationaux et nationaux à prendre note du plan d'action et de ses objectifs, et demande au Secrétariat de l'OMS de fournir des orientations, de la formation et de l'appui technique et de présenter des rapports sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du plan d'action (OMS, 2015).

6.3. Conférence mondiale sur le handicap et Charte

Le 24 juillet 2018, certains 700 dirigeants d'organisations de personnes handicapées, de gouvernements, d'organismes donateurs et d'entreprises technologiques se sont réunis à Londres pour le tout premier Sommet mondial sur le handicap 2018. Accueilli par le Gouvernement du Royaume-Uni et organisé conjointement par l'Alliance internationale pour les personnes handicapées et le Gouvernement du Kenya, le Sommet visait à :

- Augmenter l'attention mondiale et se concentrer sur un domaine négligé ;
- Faire entendre de nouvelles voix et adopter de nouvelles approches pour renforcer l'engagement ;
- Mobiliser de nouveaux engagements mondiaux et nationaux sur le handicap ; et,
- Présenter les meilleures pratiques et les données probantes du monde entier.

La " Charte pour le changement " est l'héritage officiel du [Sommet mondial sur le handicap](#) qui s'est tenu le 24 juillet à Londres, et vise à garantir un consensus mondial sur une question longtemps négligée et à soutenir les droits des personnes handicapées à travers le monde. La " Charte pour le changement " a été signée par un certain nombre d'organes officiels et de gouvernements des pays de l'OCI concernés, notamment l'Afghanistan, le Cameroun, le Bangladesh, la Jordanie, le Mozambique, la Somalie, l'Ouganda, l'Irak, la République kirghize, le Liban, le Nigeria, le Pakistan, la Palestine, le Sénégal, la Sierra Leone et l'Ouganda.



6.4. Coopération mondiale en matière de technologie d'assistance

Lors d'une manifestation parallèle à la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur le handicap et le développement, tenue à New York (États-Unis d'Amérique) le 23 septembre 2013, les principales parties prenantes ont demandé à l'OMS d'élaborer et de coordonner une initiative mondiale visant à réaliser les obligations découlant de la Convention relative aux droits des personnes handicapées en matière d'accès aux technologies d'assistance (article 32 en particulier).

En réponse à cela, l'OMS a organisé une réunion des principales parties prenantes à Genève les 3 et 4 juillet 2014 et a lancé une initiative mondiale : la Coopération mondiale sur les technologies d'assistance (GATE) en partenariat avec les parties prenantes qui représentent les organisations internationales, les organismes donateurs, les organisations professionnelles, les universitaires et les groupes d'utilisateurs.

GATE permettrait de répondre aux besoins croissants des personnes ayant des besoins spéciaux en matière de technologies et de services spécifiques. La vision de l'initiative GATE est d'avoir un monde où chaque fille et chaque garçon, chaque femme et chaque homme dans le besoin a accès à des produits d'assistance de haute qualité et abordables pour mener une vie saine, productive et digne.

Encadré 3: Charte pour le changement du Sommet mondial sur le handicap

Nous nous réunissons ici à Londres et dans le monde entier pour atteindre un objectif commun : garantir les droits, les libertés, la dignité et l'inclusion pour toutes les personnes handicapées.

Des progrès importants ont été réalisés au cours de la décennie écoulée depuis l'adoption de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH). Mais nous devons faire plus. Nous devons nous efforcer d'obtenir de réels changements grâce à la mise en œuvre de la Convention et à la réalisation des objectifs de développement durable pour les personnes handicapées.

Alors aujourd'hui, nous nous engageons à :

1. Catalyser la volonté politique et le leadership pour transformer nos promesses en changement ; dans les plans à long terme dans lesquels nous investissons, mettons en œuvre et révisons.
2. Promouvoir le leadership et la représentation diversifiée de toutes les personnes handicapées pour qu'elles soient à l'avant-plan du changement ; en tant que leaders, partenaires et porte-paroles. Cela comprend la participation active et la consultation étroite avec les personnes handicapées de tous âges.
3. Éliminer la stigmatisation et la discrimination au moyen de lois et de politiques qui font une différence, en favorisant un leadership significatif et en s'attaquant constamment aux attitudes et pratiques néfastes. Toutes les personnes méritent la dignité et le respect.





4. Progresser et soutenir les actions en faveur d'une éducation inclusive de qualité pour les personnes handicapées, avec les ressources nécessaires pour mettre en pratique les plans : chaque enfant a le droit d'apprendre dès sa naissance.
5. Ouvrir la voie à l'autonomisation économique et à l'inclusion financière pour que les personnes handicapées puissent jouir d'un travail décent et atteindre l'indépendance financière. Il s'agira de créer des emplois plus nombreux et de meilleure qualité, de fournir une protection sociale, d'assurer la formation professionnelle nécessaire, de rendre les lieux de travail accessibles et d'embaucher les personnes handicapées.
6. Révolutionner la disponibilité et l'accessibilité financière des technologies d'assistance appropriées, y compris numériques, qui permettront aux personnes handicapées de participer et de contribuer pleinement à la société.
7. Modifier les pratiques afin de rendre toute l'action humanitaire pleinement inclusive et accessible aux personnes handicapées. Nous intégrerons l'inclusion dans tous les secteurs de la réduction des risques de catastrophe et de l'aide humanitaire, et nous mettrons en œuvre nos engagements dans la Charte " Intégration des personnes handicapées dans l'action humanitaire ".
8. 'N'abandonnez personne' et placez en priorité le plus éloigné derrière vous. Nous défendrons les droits des personnes handicapées les plus sous-représentées et marginalisées, de tous âges, confrontées à toute forme de discrimination multiple, et notamment les femmes et les jeunes filles avec un handicap.
9. Recueillir et utiliser de meilleures données et preuves pour comprendre et aborder l'ampleur et la nature des défis auxquels font face les personnes handicapées, à l'aide d'outils éprouvés, y compris les ensembles de questions du Washington Group Disability.
10. Tenez-vous responsables, nous et les autres, des promesses que nous avons faites ici aujourd'hui. Nous convenons que nos engagements individuels seront examinés, évalués et publiés régulièrement et que les résultats seront publiés en ligne.

L'initiative GATE n'a qu'un seul objectif : améliorer l'accès à des produits d'assistance de haute qualité et abordables dans le monde entier. Pour y parvenir, l'initiative GATE se concentrera sur quatre activités interdépendantes (4P) :

1. **Politique** : Cadre stratégique national sur les technologies d'assistance (ATPF)
2. **Produits** : Liste des produits fonctionnels prioritaires (APL)
3. **Personnel** : Programme complet de formation aux technologies d'assistance (ATTP)
4. **Provision** : Modèle de prestation de services à guichet unique (ATSP)

GATE a le potentiel d'ouvrir aux enfants handicapés les portes de l'accès à l'éducation et aux adultes la possibilité de gagner leur vie, surmonter la pauvreté, participer à toutes les activités sociales et vivre dans la dignité, ce qui sont certains des objectifs clés des objectifs mondiaux du développement. Les technologies d'assistance, les technologies de l'information et de la communication (TIC), les technologies accessibles, la conception universelle, l'accessibilité ou l'environnement favorable sont toutes interdépendantes et constituent des conditions préalables à l'intégration du handicap dans les priorités de développement. Investir dans la





technologie pour la rendre disponible et abordable est certainement une étape pratique pour établir la "Promesse de la technologie pour réaliser le développement durable pour tous".

6.5. Plan d'action global en santé mentale 2013-2020

Le 27 mai 2013, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, qui, avec la résolution qui l'accompagne - une première dans l'histoire de l'OMS - constitue une reconnaissance officielle de l'importance de la santé mentale. C'est aussi un engagement des États membres de l'OMS pour prendre des mesures spécifiques afin d'améliorer la santé mentale et de contribuer à la réalisation d'un ensemble d'objectifs mondiaux convenus.

La vision du plan d'action est d'avoir "un monde dans lequel la santé mentale est valorisée, promue et protégée, où les troubles mentaux sont prévenus et où les personnes atteintes de ces troubles peuvent exercer l'ensemble des droits de l'homme et accéder à des soins de santé et à une aide sociale de qualité, culturellement adaptés, en temps opportun, afin de promouvoir leur rétablissement, tout ceci pour atteindre le meilleur niveau possible de santé et participer pleinement à la société et au travail, sans discrimination et stigmatisation".

S'appuyant sur des travaux antérieurs et sur un processus de consultation auquel ont participé 135 États membres, 60 centres collaborateurs et centres universitaires de l'OMS, 76 organisations non gouvernementales (ONG) et 17 autres organisations et experts individuels, un consensus a été atteint sur les principales mesures à prendre pour chacun des quatre objectifs énumérés ci-dessous :

Objectif 1: Renforcer un leadership et une gouvernance efficaces en matière de santé mentale.

Objectif mondial 1.1 : 80 % des pays auront élaboré ou mis à jour leurs politiques/plans en matière de santé mentale conformément aux instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme (d'ici 2020).

Objectif mondial 1.2 : 50 % des pays auront élaboré ou mis à jour leur législation en matière de santé mentale conformément aux instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme (d'ici à 2020).

Objectif 2: Offrir des services de santé mentale et de soins sociaux complets, intégrés et adaptés aux besoins dans les milieux communautaires.

Objectif mondial 2 : La couverture des services pour les troubles mentaux graves aura augmenté de 20 % d'ici 2020.

Objectif 3: Mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention en santé mentale.

Objectif mondial 3.1 : 80 % des pays auront au moins deux programmes nationaux multisectoriels de promotion et de prévention en santé mentale (d'ici 2020)].

Objectif mondial 3.2 : Le taux de suicide dans les pays sera réduit de 10% (d'ici 2020).





Objectif 4: Renforcer les systèmes d'information, les données probantes et la recherche en santé mentale.

Objectif mondial 4 : 80 % des pays recueilleront et communiqueront régulièrement au moins un ensemble d'indicateurs de base de santé mentale tous les deux ans dans le cadre de leurs systèmes nationaux d'information sanitaire et sociale (d'ici 2020).

Chacun des quatre objectifs comporte une ou deux cibles spécifiques, qui constituent la base d'une action collective mesurable et de la réalisation des objectifs mondiaux par les pays. Un ensemble d'indicateurs de base relatifs à ces objectifs ainsi qu'à d'autres mesures ont été élaborés et sont recueillis périodiquement dans le cadre du projet d'Atlas de la santé mentale. Les données pertinentes sur les indicateurs de base devraient être recueillies auprès de tous les pays pour suivre les progrès nationaux, régionaux et mondiaux, et faire l'objet d'un rapport à l'Assemblée mondiale de la santé en 2015, 2018 et 2021. Selon l'OMS, la mise en œuvre du plan d'action sera confrontée à des défis ; en particulier, des années ou des décennies d'investissements insuffisants dans les ressources humaines et financières pour les soins de santé mentale doivent être rapidement inversés.

La mise en œuvre du plan d'action permettra aux personnes souffrant de troubles mentaux de :

- Trouver qu'il est plus facile d'accéder aux services de santé mentale et aux services sociaux ;
- Se voir offrir un traitement par des agents de santé dûment qualifiés dans un cadre général de soins de santé ; le Programme d'action de l'OMS sur les lacunes en matière de santé mentale (mhGAP) et ses outils fondés sur des données probantes peuvent faciliter ce processus ;
- Participer à la réorganisation, à la prestation et à l'évaluation des services de sorte que les soins et les traitements soient mieux adaptés à leurs besoins ; et
- Accroître l'accès aux prestations d'invalidité du gouvernement, aux programmes de logement et de moyens de subsistance, et mieux participer au travail, à la vie communautaire et aux affaires civiques.

6.6. Programme d'action sur combler les lacunes en matière de santé mentale

Les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues sont très répandus et représentent un fardeau à l'échelle mondiale. L'écart entre ce qui est nécessaire de toute urgence et ce qui est disponible pour réduire la charge est très large. Il est nécessaire d'agir pour réduire le fardeau et renforcer la capacité des pays à relever ce défi croissant. Le Programme d'action sur combler les lacunes en matière de santé mentale (mhGAP) est le plan d'action de l'OMS visant à développer les services pour les troubles mentaux, neurologiques et de toxicomanie dans les pays à revenu faible et moyen inférieur. Les conditions prioritaires





abordées par mhGAP sont : la dépression, la schizophrénie et autres troubles psychotiques, le suicide, l'épilepsie, la démence, les troubles dus à la consommation d'alcool, les troubles dus à la consommation de drogues illicites et les troubles mentaux chez les enfants. Le paquet mhGAP comprend des interventions de prévention et de prise en charge pour chacune de ces conditions prioritaires. La réussite de la mise à l'échelle est la responsabilité conjointe des gouvernements, des professionnels de la santé, de la société civile, des communautés et des familles, avec l'appui de la communauté internationale. L'essence du mhGAP est de construire des partenariats pour une action collective (OMS, 2008).

6.7. Projet d'atlas de la santé mentale

Le projet d'atlas de la santé mentale du Département de la santé mentale et de la toxicomanie de l'OMS est conçu pour collecter, compiler et diffuser des données sur les ressources en santé mentale dans le monde. Les ressources comprennent les politiques, les plans, le financement, la prestation des soins, les ressources humaines, les médicaments et les systèmes d'information en santé mentale. Ces ressources sont nécessaires pour fournir des services et des soins aux personnes souffrant de troubles mentaux.

Les objectifs du projet sont de sensibiliser le public et les professionnels aux insuffisances des ressources et des services de santé mentale existants et aux grandes inégalités dans leur répartition aux niveaux national et mondial, et de fournir des informations utiles pour planifier l'amélioration des ressources en santé mentale.

Le rapport du projet d'atlas de la santé mentale a été publié pour la première fois en 2001 et l'information a été mise à jour en 2005, 2011 et 2014. En 2014, au total, 171 des 194 États Membres de l'OMS ont été en mesure de remplir au moins partiellement le questionnaire Atlas, ce qui représente un taux de participation de près de 90%. Selon la base de données sur la santé mentale de l'OMS (2014), 15 pays membres de l'OCI (Cameroun, Comores, Gabon, Gabon, Guinée-Bissau, Kazakhstan, Kirghizistan, Liban, Libye, Mauritanie, Niger, Ouzbékistan, Palestine, Tunisie, Tchad, Turquie et Mauritanie) n'ont pas soumis à l'OMS le questionnaire Atlas pour 2014.





7. Remarques finales et recommandations politiques

Le handicap est extrêmement diversifié et on estime qu'il affecte une personne sur sept dans le monde entier. Certaines données indiquent que le handicap affecte de manière disproportionnée les femmes, les personnes âgées et les pauvres. On estime que les pays en développement accueillent 80 % des personnes handicapées dans le monde. Des millions de personnes avec des besoins spéciaux vivant dans ces pays n'ont pas accès aux soins de santé, aux services de réadaptation et aux appareils et accessoires fonctionnels. Par exemple, dans les pays en développement, la production d'appareils auditifs ne répond qu'à 3 % des besoins des pays en développement.

Les pays membres de l'OCI ne sont pas à l'abri de ces faits sous-adjacents et accueillent des millions de personnes avec des besoins spéciaux qui ont besoin de services de santé de base, de services de réhabilitation spécialisés et autres services communautaires allant des transports à l'éducation. Bien qu'il n'existe pas de statistiques standard comparables sur les services disponibles pour les personnes avec des besoins spéciaux, un examen de certains indicateurs a révélé un sous-investissement dans les services sociaux et de santé dans plusieurs pays de l'OCI qui affecte directement la qualité de vie des personnes avec des besoins spéciaux. Par exemple, en 2013, en moyenne, la part des dépenses gouvernementales en santé représentait 7,9 % des dépenses gouvernementales totales dans le groupe de l'OCI où la moyenne mondiale a été mesurée à 15,6 % la même année. À cet égard, il est juste de prétendre que de nombreuses personnes handicapées vivant dans la région de l'OCI ne peuvent pas subvenir à leurs besoins particuliers pour une raison ou une autre (par exemple, sous-investissement dans la sécurité sociale, nombre insuffisant de professionnels de santé formés et unités de réhabilitation etc).

À la lumière de ce qui précède, les pays membres de l'OCI devraient répondre d'urgence aux besoins des personnes handicapées et aux besoins spéciaux :

Créer des mécanismes pour recevoir les commentaires des personnes ayant des besoins spéciaux

: L'élimination des obstacles et l'amélioration de l'accès aux services de santé exigent la participation des personnes handicapées, qui sont les plus familières avec ces obstacles et les plus touchées par eux. Il est important de s'assurer que l'information sur la santé est diffusée dans un format convenablement accessible et que les modes de communication répondent aux besoins des personnes handicapées (comme le langage gestuel). Certaines personnes handicapées peuvent également avoir besoin d'aide pour faire valoir leur droit à la santé et à l'égalité d'accès aux services de santé.



Améliorer les résultats pour la santé : Il est essentiel d'investir dans les services de soins de santé conçus pour les personnes handicapées en améliorant l'accès à des services de soins de santé de qualité et abordables, qui utilisent au mieux les ressources disponibles. À cet égard, il est essentiel que les pays membres de l'OCI évaluent les politiques et les services existants, identifient les priorités pour réduire les inégalités en matière de santé et planifient des améliorations pour l'accès et l'inclusion. Il serait très utile d'apporter des changements pour se conformer à la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH). Il est important de rendre les services de soins de santé abordables pour les personnes handicapées afin de garantir que les personnes handicapées soient pleinement couvertes par les systèmes de sécurité sociale dont elles n'ont plus besoin de penser aux paiements directs. Afin d'améliorer l'accessibilité des établissements de soins de santé, il est essentiel de réaménager l'aménagement physique des cliniques et de former les professionnels de la santé pour qu'ils soient mieux formés aux besoins particuliers des personnes handicapées.

Collecte d'informations et de données fiables : Sans données et statistiques fiables et actualisées sur les personnes handicapées, conformes aux normes mondiales, il est presque impossible d'élaborer des politiques efficaces. Dans ce contexte, la collecte d'informations et de données sur les personnes ayant des besoins spéciaux aiderait les pays de l'OCI à faire des interventions politiques opportunes et efficaces ainsi qu'à améliorer les capacités de suivi et à permettre une évaluation des besoins. À cette fin, les pays membres de l'OCI doivent accorder une attention particulière aux lignes directrices internationales sur la collecte, le traitement et la communication des données afin d'élaborer des politiques efficaces fondées sur des données probantes pour répondre aux besoins particuliers des personnes handicapées.

Effectuer plus de recherches : Le manque de données probantes et de recherches appropriées sur les besoins, les obstacles et les résultats pour la santé des personnes handicapées limite la capacité des décideurs d'élaborer des solutions stratégiques. Sans des recherches et des analyses analytiques novatrices, il n'est pas possible de découvrir les inconvénients des politiques existantes, les composantes manquantes et les initiatives inefficaces conçues pour les personnes ayant des besoins spéciaux. À cet égard, les pays membres de l'OCI doivent investir dans des institutions de recherche, des universités et des centres spécialisés qui mènent des activités de recherche et produisent des statistiques sur les personnes avec des besoins spécifiques.

Sensibilisation : Il est important de changer la perception de la société à l'égard des personnes handicapées afin de relever certains défis auxquels elles sont confrontées et d'améliorer leur intégration dans la vie socio-économique.

Mise en œuvre de programmes de formation : L'élaboration de programmes de formation et l'introduction de cours sur les personnes ayant des besoins spéciaux dans les programmes d'enseignement contribueraient à éliminer tout préjugé à l'égard des personnes ayant des besoins spéciaux. De tels programmes contribueraient également à promouvoir et à protéger leurs droits et leur dignité.

Réduction des facteurs de risque : La mise en œuvre de politiques visant à réduire les facteurs de risque contribuant en particulier aux handicaps qui surviennent pendant la grossesse et l'enfance





devrait faire partie intégrante des stratégies nationales en matière de handicap. De telles politiques seraient plus importantes, surtout dans le cas des mariages précoces et risqués où les risques associés sont relativement plus élevés. Les programmes de conseil familial, y compris le dépistage prénuptial de maladies telles que l'anémie et la thalassémie, pourraient être efficaces pour réduire la prévalence des handicaps. Dans ce contexte, les pays membres de l'OCI doivent prendre les mesures nécessaires pour promouvoir l'intervention précoce et l'identification du handicap, en particulier pendant la grossesse et pour les enfants.

Encourager les programmes de réadaptation à base communautaire : La promotion et l'encouragement de programmes de réadaptation à base communautaire aideraient les membres de toute société à mieux comprendre les personnes ayant des besoins spéciaux et à les aider à s'intégrer et à s'intégrer dans la vie socioéconomique.

Mise au point d'une technologie d'assistance : Les pays de l'OCI doivent développer de nouveaux mécanismes et revoir les mécanismes existants pour améliorer l'accès des personnes ayant des besoins spéciaux aux technologies d'assistance, y compris aux prothèses, fauteuils roulants, moyens facilitant la conduite des véhicules et autres dispositifs

Assurer une coordination efficace : Il est essentiel d'assurer une coordination efficace entre toutes les parties prenantes dans la conception et la mise en œuvre des politiques relatives au handicap. Une telle coordination permettrait d'éviter les doubles emplois et d'améliorer l'efficacité des politiques.

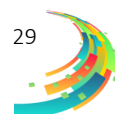
Regarder à travers le prisme du genre : Les pays de l'OCI doivent accorder une attention particulière à l'égalité des sexes et aux femmes handicapées dans l'élaboration de toutes les mesures et politiques visant les personnes avec des besoins particuliers. C'est important lorsque, dans certains pays, les femmes sont victimes de désavantages sociaux, culturels et économiques.

Élaborer des plans et stratégies nationaux : L'élaboration de plans et stratégies nationaux en associant les ministères concernés (par exemple, la santé, les femmes, les affaires familiales, le travail, les transports et les communications), le secteur privé et la société civile contribueraient à améliorer la qualité de vie des personnes handicapées dans les pays membres.

Élaboration d'un plan d'action de l'OCI : Il est important pour les pays membres de l'OCI de mettre en œuvre et de suivre activement d'autres initiatives internationales sur le handicap telles que le Plan d'action mondial de l'OMS en faveur des personnes handicapées et les ODD qui comportent plusieurs objectifs concernant les personnes avec des besoins spéciaux. Au cours de la dernière décennie, l'OCI a également développé avec succès le Programme d'action stratégique de l'OCI pour la santé 2014-2023 (OCI-SHPA) dans le domaine de la santé et le Plan d'action de l'OCI pour la promotion de la femme (OPAAW) en matière d'égalité des sexes et des droits des femmes avec la participation des pays membres et autres acteurs internationaux. À la lumière des initiatives internationales sur le handicap et en tenant compte des ODD, le Programme d'action décennal de l'OCI : 2016-2025, et l'expérience de l'OCI en matière d'élaboration de plans d'action (par exemple, OPAAW, OIC-SHPA), il serait essentiel d'élaborer un plan d'action de l'OCI sur les personnes avec des besoins spéciaux. Le Secrétariat général de l'OCI, les institutions concernées de l'OCI et les États membres doivent élaborer un tel plan afin de fournir une orientation



appropriée et de dresser la liste des points d'action en vue d'améliorer le bien-être des personnes avec des besoins spéciaux vivant dans les États membres. Lors de l'élaboration d'un tel plan d'action, il est extrêmement important de bénéficier de l'expérience des institutions internationales (ONU, OMS, Banque mondiale), des initiatives nationales des pays membres de l'OCI ainsi que des organisations de la société civile travaillant dans ce domaine.





Références

Cherry, K. (2016). The Origins of Psychology: A Brief History of Psychology through the Years.

Secretariat of Family. (2006). The National Survey on Disability: Results Synthesis. Childhood and Disabled Persons, Kingdom of Morocco, 2006. Rabat, Secretariat of Family, Morocco.

SESRIC. (2016). Key Challenges of Youth in OIC Countries. Ankara. Disponible à l'adresse suivante: <http://www.sesric.org/publications-detail.php?id=391>

Organisation des Nations Unies. (2015). Factsheet on Disability. Disponible à l'adresse suivante: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/resources/factsheet-on-persons-with-disabilities.html>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2006). Disability and Rehabilitation WHO Action Plan 2006-2011. Disponible à l'adresse suivante: http://www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_2006to2011.pdf?ua=1

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2008). Mhgap Mental Health Gap Action Programme: Scaling Up Care For Mental, Neurological, and Substance Use Disorders. Disponible à l'adresse suivante: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2014). Mental Health Atlas Project. Disponible à l'adresse suivante: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlasmh/en/

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2015). Global Disability Action Plan 2014-2021. Disponible à l'adresse suivante: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199544/1/9789241509619_eng.pdf?ua=1

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2017). Dementia: Factsheet. Disponible à l'adresse suivante: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2018a). Depression: Factsheet. Disponible à l'adresse suivante: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2018b). Schizophrenia: Factsheet. Disponible à l'adresse suivante: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2018c). Disability and health: Fiche d'information disponible à l'adresse suivante: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2011). World Report on Disability. Disponible à l'adresse suivante: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf?ua=1



Annexe

Statut des pays membres de l'OCI sur la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH)

| Pays | Date de signature | Date de ratification / d'adhésion (a) |
|-------------------|-------------------|---------------------------------------|
| Afghanistan | | 18-09-12 (a) |
| Albanie | 22-12-09 | 11-02-13 |
| Algérie | 30-03-07 | 04-12-09 |
| Azerbaïdjan | 09-01-08 | 28-01-09 |
| Bahreïn | 25-06-07 | 22-09-11 |
| Bangladesh | 09-05-07 | 30-11-07 |
| Bénin | 08-02-08 | 05-07-12 |
| Brunei Darussalam | 18-12-07 | 11-04-16 |
| Burkina Faso | 23-05-07 | 23-07-09 |
| Cameroun | 01-10-08 | |
| Tchad | 26-09-12 | |
| Comores | 26-09-07 | 16-06-16 |
| Côte d'Ivoire | 07-06-07 | 10-01-14 |
| Djibouti | | 18-06-12 (a) |
| Égypte | 04-04-07 | 14-04-08 |
| Gabon | 30-03-07 | 01-10-07 |
| Gambie | | 06-07-15 (a) |
| Guinée | 16-05-07 | 08-02-08 |
| Guinée-Bissau | 24-09-13 | 24-09-14 |
| Guyana | 11-04-07 | 10-09-14 |
| Indonésie | 30-03-07 | 30-11-11 |
| Iran | | 23-10-09 (a) |
| Irak | | 20-03-13 (a) |
| Jordanie | 30-03-07 | 31-03-08 |
| Kazakhstan | 11-12-08 | 21-04-15 |
| Koweït | | 22-08-13 (a) |
| Kirghizstan | 21-09-11 | |





| Pays | Date de signature | Date de ratification / d'adhésion (a) |
|---------------------|-------------------|---------------------------------------|
| Liban | 14-06-07 | |
| Libye | 01-05-08 | 13-02-18 |
| Malaisie | 08-04-08 | 19-07-10 |
| Maldives | 02-10-07 | 05-04-10 |
| Mali | 15-05-07 | 07-04-08 |
| Mauritanie | | 03-04-12 (a) |
| Maroc | 30-03-07 | 08-04-09 |
| Mozambique | 30-03-07 | 30-01-12 |
| Niger | 30-03-07 | 24-06-08 |
| Nigeria | 30-03-07 | 24-09-10 |
| Oman | 17-03-08 | 06-01-09 |
| Pakistan | 25-09-08 | 05-07-11 |
| Qatar | 09-07-07 | 13-05-08 |
| Arabie saoudite | | 24-06-08 (a) |
| Sénégal | 25-04-07 | 07-09-10 |
| Sierra Leone | 30-03-07 | 04-10-10 |
| Somalie | 02-10-18 | |
| Palestine | | 02-04-14 (a) |
| Soudan | 30-03-07 | 24-04-09 |
| Surinam | 30-03-07 | 29-03-17 |
| Tadjikistan | 22-03-18 | |
| Togo | 23-09-08 | 01-03-11 |
| Tunisie | 30-03-07 | 02-04-08 |
| Turquie | 30-03-07 | 28-09-09 |
| Turkménistan | | 04-09-08 (a) |
| Ouganda | 30-03-07 | 25-09-08 |
| Émirats arabes unis | 08-02-08 | 19-03-10 |
| Ouzbékistan | 27-02-09 | |
| Yémen | 30-03-07 | 26-03-09 |

Source: Base de données du Bureau des affaires juridiques des Nations Unies (OLA) <http://untreaty.un.org/ola>.

PERSPECTIVES DE L'OCI



SESRIC

Kudüs Cad. No: 9, Diplomatik Site, 06450 ORAN, Ankara, Turquie
Téléphone : (90-312) 468 61 72-76 Fax: (90-312) 468 57 26
Email: ocankara@sesric.org Web: www.sesric.org

