

LES PERSONNES HANDICAPÉES ET AUX BESOINS SPÉCIAUX DANS LES PAYS DE L'OCI



ORGANISATION DE LA COOPÉRATION ISLAMIQUE
CENTRE DE RECHERCHES STATISTIQUES, ÉCONOMIQUES ET
SOCIALES ET DE FORMATION POUR LES PAYS ISLAMIQUES



LES PERSONNES HANDICAPÉES ET AUX BESOINS SPÉCIAUX DANS LES PAYS DE L'OCI



Organisation de la coopération islamique
**Centre de recherches statistiques, économiques et
Sociales et de formation pour les pays islamiques**



© Mai 2023 | Centre de recherches statistiques, économiques et sociales et de formation pour les pays islamiques (SESRIC)

Kudüs Cad. No: 9, Diplomatic Site, 06450 Oran, Ankara - Türkiye

Téléphone +90-312-468 6172

Internet www.sesric.org

E-mail pubs@sesric.org

Le matériel présenté dans cette publication est protégé par les droits d'auteur. Les auteurs autorisent de visionner, copier, télécharger et imprimer les données fournies par ce rapport tant que ces matériaux ne seront réutilisés, sous aucune condition, à des fins commerciales. 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.

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

ISBN: 978-625-7162-29-6

La traduction de ce rapport a été faite par M. Denis Rmouch et la couverture est conçue par le Département de la publication, SESRIC.

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

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	i
ACRONYMES	iii
AVANT-PROPOS	v
RÉSUMÉ ANALYTIQUE	1
1. INTRODUCTION	7
2. ÉTAT DES PERSONNES HANDICAPÉES ET AUX BESOINS SPECIAUX 11	
2.1. Éducation	14
2.2. Santé	18
2.3. Intégration économique	23
2.4. Gouvernance	27
2.5. Permettre un environnement porteur	36
2.6. Culture et Religion	40
3. PRINCIPAUX DÉFIS ET PROBLÈMES	45
3.1. Défis sociaux et économiques	46
3.2. Défis liés à la santé et au bien-être	52
3.3. Défis liés à la culture et aux valeurs	54
4. REPENSER LES APPROCHES POLITIQUES ET LEUR EFFICACITÉ	59
4.1. Diversité et inclusion	60
4.2. Perspective sexospécifique	62
4.3. Approche fondée sur le parcours de vie	64
4.4. Dignité humaine	66
4.5. Coopération multisectorielle	67
5. RECOMMANDATIONS POLITIQUES	71
ANNEXES	79
REFERENCES	88

ACRONYMES

ANASE	Association des nations asiatiques du Sud-Est
COMCEC	Comité permanent pour la coopération économique et commerciale de l'Organisation de la coopération islamique
COVID-19	Maladie de Coronavirus de 2019
OSC	Organisations de la société civile
EAC	Europe et Asie centrale
AESAL	Asie de l'Est et du Sud et Amérique latine
PIB	Produit intérieur brut
PDI	Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays
PDI	Personnes déplacées à l'intérieur du pays
OIT	Organisation internationale du travail
IPU	Union interparlementaire
BID	Banque islamique de développement
EVN	Espérance de vie à la naissance
TPPA	Taux de participation à la population active
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
MENA	Moyen-Orient et Afrique du Nord
MNCAH	Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
MYR	Ringgit malaisien
ONS	Office national de statistiques
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OCI	Organisation de la coopération islamique
ODD	Objectifs du développement durables
SESRIC	Centre de recherches statistiques, économiques et sociales et de formation pour les pays islamiques
PME	Petites et moyennes entreprises

SNSAR	Stratégie nationale pour la sécurité alimentaire et la résilience
ASS	Afrique Subsaharienne
ONU	Organisation des Nations Unies
ONU DAES	Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies
PNUD	Programme des Nations Unis pour le développement
PNUD	Programme des Nations Unis pour le développement
UNICEF	Fonds d'urgence des Nations Unies pour l'enfance
BM	Banque Mondiale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
AVI	Années de vie saine perdues en raison d'une incapacité

AVANT-PROPOS

Le concept de handicap a évolué au fil du temps, englobant à la fois des aspects sociaux et médicaux. Actuellement, environ 1,3 milliard de personnes dans le monde souffrent d'une forme ou d'une autre de handicap ou ont des besoins spéciaux, et on estime que 80 % d'entre elles résident dans les pays en développement, y compris les pays membres de l'OCI.

L'Islam met l'accent sur la justice, la compassion et la dignité humaine, soulignant l'égalité de valeur et les droits inhérents de tous les individus, quelles que soient leurs capacités, et appelle à l'élimination des obstacles qui entravent la participation des personnes handicapées à la société. Dans cette optique, ce rapport s'efforce de contribuer aux efforts des pays de l'OCI pour créer des sociétés inclusives qui donnent la priorité au bien-être et à l'autonomisation des personnes handicapées et ayant des besoins spéciaux, en plus d'améliorer leur participation sociale et économique et d'exploiter leur potentiel pour le développement socio-économique des pays membres de l'OCI.

L'édition 2023 du rapport ***“Personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans les pays membres de l'OCI”*** étudie l'état actuel des personnes handicapées et aux besoins spéciaux tout en soulignant les principaux défis et problèmes auxquels elles sont confrontées dans les pays de l'OCI. Les conclusions du rapport montrent que la prévalence du handicap dans les pays de l'OCI et dans d'autres parties du monde est attribuée au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies non transmissibles et à la multiplication des conflits et des catastrophes naturelles. En 2019, en moyenne, les pays de l'OCI ont perdu 9 272 années de vie en bonne santé pour 100 000 personnes en raison du handicap (AVI), reflétant une augmentation de 3,9 % depuis 2000, les maladies non transmissibles représentant la majorité (76 %) des handicaps.

Reconnaissant l'importance d'une approche globale et inclusive, le rapport salue les efforts déployés par plusieurs pays de l'OCI pour relever les défis auxquels sont confrontées les personnes handicapées. Le rapport note que la majorité des pays de l'OCI ont fait des progrès louables dans l'élaboration de lois et de règlements pour la protection et la promotion des droits des personnes handicapées aux besoins spéciaux. Par conséquent, les politiques et les programmes d'intégration du handicap, tels que les systèmes de quotas dans les établissements d'enseignement, les services médicaux et de réadaptation

gratuits, le financement des entrepreneurs handicapés, l'amélioration de l'accessibilité physique des établissements publics et l'interdiction de la discrimination fondée sur le handicap, sont en augmentation dans les pays de l'OCI.

Parallèlement aux efforts nationaux, les pays de l'OCI ont également élaboré un projet de plan d'action de l'OCI pour les personnes handicapées en 2019. Une fois adopté, ce plan d'action servira de document d'orientation pour stimuler les efforts au niveau de la coopération intra-OCI afin d'améliorer le bien-être des personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans les pays de l'OCI.

J'espère que ce rapport constituera une ressource précieuse pour les décideurs politiques des pays membres de l'OCI, leur permettant d'élaborer des politiques et des programmes inclusifs qui répondent aux besoins des personnes handicapées et aux besoins spéciaux. En favorisant un environnement qui promeut l'égalité des chances, les pays membres de l'OCI peuvent libérer l'immense potentiel et les contributions des personnes handicapées et aux besoins spéciaux au développement socio-économique et au bien-être de leurs sociétés.

Zehra Zümrüt SELÇUK

Directrice générale

SESRIC

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Ce rapport examine la situation des personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans les pays de l'OCI, dans le but d'améliorer leur bien-être, leur participation sociale et économique dans la société et leur contribution au développement socio-économique des pays de l'OCI. Le rapport examine les principaux défis et problèmes auxquels sont confrontées les personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans les pays de l'OCI et tente de réorienter les approches politiques en matière de handicap conformément au projet de plan d'action de l'OCI sur les personnes handicapées. Le rapport se termine par une série de recommandations politiques qui peuvent guider les décideurs politiques des pays de l'OCI lors de la formulation de politiques et de programmes sur le handicap afin de répondre aux besoins des personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans leurs pays.

État des personnes handicapées et aux besoins spéciaux

Dans tous les secteurs de la société, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont confrontées à un certain nombre de défis et d'obstacles qui limitent leur participation et entraînent leur exclusion socio-économique. L'exclusion d'un groupe de personnes aussi important a des répercussions négatives sur leur bien-être et entraîne également des pertes socio-économiques considérables. Par conséquent, il est essentiel de comprendre la situation des personnes handicapées pour identifier les sujets de préoccupation et les questions urgentes, ainsi que pour concevoir des politiques efficaces en vue de parvenir à un développement durable.

En 2019, les maladies non transmissibles (76 %) et les maladies transmissibles (17,7 %) ont causé une majorité de handicaps dans les pays de l'OCI. Dans les pays de l'OCI, le fardeau des incapacités dues à la maladie et aux blessures, exprimé en années de vie saine perdues en raison de l'invalidité (AVI) pour 100 000 personnes, a augmenté de 8 920 en 2000 à 9 272 en 2019, reflétant une augmentation relative de 3,9 %. En 2019, le taux des AVI pour 100 000 habitants pour l'OCI était de 9 272, ce qui signifie qu'en moyenne, chaque personne dans la population de l'OCI a perdu 0,09 année de vie en bonne santé en raison d'un handicap en 2019. Cependant, les tendances révèlent également que de fortes disparités existent entre les pays de l'OCI en termes des AVI.

Dans le domaine de l'éducation, les personnes handicapées ont des taux de fréquentation et d'achèvement des études inférieurs à ceux des personnes non handicapées dans plusieurs pays de l'OCI. Leur accès aux établissements de soins ou aux lieux de travail est également entravé dans de nombreux pays de l'OCI. Sur le marché du travail, les personnes handicapées souffrent d'un taux de chômage plus élevé et perçoivent des salaires inférieurs à ceux des personnes non handicapées. Dans plusieurs pays de l'OCI, les lois, les règlements et les structures de gouvernance ne sont pas adéquats pour protéger les personnes handicapées contre la pauvreté et la violence. L'inadéquation des systèmes de protection et de sécurité sociales, le manque de connaissances sur le handicap et les stigmates sont quelques-unes des principales raisons pour lesquelles les personnes handicapées sont confrontées à des difficultés socio-économiques. En outre, les valeurs culturelles et l'interprétation erronée des enseignements religieux jouent également un rôle majeur dans la formation des perceptions à l'égard des personnes handicapées et alimentent les stigmates et les préjugés dans de nombreux pays de l'OCI.

Afin de relever les défis multidimensionnels et interconnectés auxquels sont confrontées les personnes handicapées, plusieurs pays de l'OCI ont déployé d'importants efforts progressifs allant de l'élaboration de politiques, de programmes et de législations à la mise en œuvre de systèmes de quotas dans le secteur de l'emploi. La plupart de ces politiques et mesures ont eu un effet positif sur l'amélioration du niveau de vie des personnes handicapées en créant des emplois pour ces dernières et en améliorant leur accès aux biens et services essentiels.

Pourtant, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont toujours absentes de l'agenda politique de plusieurs pays de l'OCI. Pour remédier à cette absence, les pays de l'OCI doivent s'inspirer du projet de plan d'action de l'OCI sur les personnes handicapées pour relever les nombreux défis auxquels ces personnes sont confrontées dans leur vie socio-économique et accroître leur participation au développement de leurs sociétés.

Principaux défis et problèmes

Les défis qui affectent l'inclusion et la participation socio-économique des personnes handicapées et aux besoins spéciaux vont de l'accès limité à l'éducation à l'inadéquation des programmes de protection sociale destinés aux personnes handicapées et aux besoins spéciaux. Dans le secteur de l'éducation, les étudiants souffrant de handicaps et ayant des besoins spéciaux sont confrontés à des difficultés car le nombre d'écoles disposant d'installations accessibles, de technologies d'apprentissage assisté, de personnel formé pour enseigner les étudiants handicapés ou de programmes adaptés aux handicaps est remarquablement limité. Les obstacles à l'éducation des élèves handicapés

résultent d'une combinaison de circonstances familiales (contraintes financières ou attitudes négatives des parents à l'égard du handicap de leur enfant) et d'obstacles infrastructurels (distance jusqu'à l'école la plus proche et disponibilité de moyens de transport accessibles).

Dans l'emploi formel, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux rencontrent de multiples obstacles lorsqu'elles cherchent un emploi, notamment à cause de leur faible niveau d'éducation et de compétences, de compétences dépassées ou non pertinentes, de pratiques de recrutement discriminatoires, de la discrimination de l'employeur sur le lieu de travail (directe et indirecte), de l'inaccessibilité physique du lieu de travail, de l'absence de technologies d'assistance et d'aménagements appropriés sur le lieu de travail, du manque de soutien pour trouver un emploi et de l'inaccessibilité des transports. En conséquence, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont souvent amenées à travailler dans le secteur informel ou se lancer dans une carrière indépendante.

Lorsque les personnes handicapées et aux besoins spéciaux ne peuvent pas participer à la vie active et gagner un revenu, elles - et leurs ménages - sont susceptibles de " se retrouver dans une pauvreté multidimensionnelle, de rester dans la pauvreté plus longtemps et de connaître une pauvreté plus profonde " par rapport aux personnes non handicapées. Cependant, lorsqu'il s'agit d'accéder aux programmes de protection sociale, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont confrontées à un certain nombre de difficultés, notamment, mais pas exclusivement, la couverture inadéquate offerte aux personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans le cadre de divers programmes de protection sociale, l'absence de programmes ciblés pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux, le manque d'informations et de sensibilisation aux programmes de protection sociale et à leurs procédures de demande, et des processus d'évaluation du handicap vagues ou imprécis.

Sur le plan social, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont victimes d'exclusion en raison de difficultés telles que l'inaccessibilité des transports, l'absence d'initiatives communautaires ciblées et l'inaccessibilité des lieux communs tels que les gymnases, les restaurants, les parcs, etc. Le manque de représentation des personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans les médias les rend invisibles aux yeux du public, limite leur participation aux processus décisionnels, alimente la désinformation et les idées fausses sur les handicaps dans la société, et entrave leur accès aux biens et services publics tels que l'information publique, les services juridiques et la justice, etc. Lorsqu'il s'agit de participer aux processus politiques, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux se heurtent à des obstacles administratifs et juridiques (restrictions de la capacité juridique), à l'inaccessibilité aux processus politiques

et aux élections (physique, linguistique, informationnelle et infrastructurelle), ou au manque de financement pour les candidats politiques handicapés.

Dans le domaine de la santé, la disponibilité de services de santé de qualité pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux constitue un obstacle majeur aux soins de santé, notamment dans les zones rurales et reculées. Cela est particulièrement vrai pour les services liés aux déficiences mentales, intellectuelles et psychosociales. Les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont également confrontées à des difficultés d'accès aux établissements de santé en raison d'obstacles physiques, notamment l'inaccessibilité des bâtiments et des équipements médicaux, le manque de transports publics, l'utilisation inadéquate de la signalisation, l'inaccessibilité des salles de bain et des aires de stationnement, ainsi que l'insuffisance des infrastructures routières et informatiques. La disponibilité et l'accessibilité des services de santé liés au handicap sont également affectées par la prévalence des idées fausses et des préjugés sur le handicap dans la société. Dans les établissements de soins de santé, les préjugés médicaux font que les personnes handicapées et aux besoins spéciaux rencontrent des professionnels de la santé qui ne veulent pas ou ne sont pas en mesure de diagnostiquer et de traiter leurs problèmes de santé. Dans les pays en développement, les coûts prohibitifs des soins de santé sont une raison importante pour laquelle les besoins en soins de santé des personnes handicapées et à besoins spéciaux ne sont souvent pas atteints. L'incapacité d'une personne à payer pour les soins de santé de base et essentiels, le transport vers et depuis les établissements de santé, et son incapacité à se payer des technologies d'assistance et des thérapies de réadaptation ont un impact significatif sur l'étendue et l'exacerbation de son handicap.

Enfin, les idées culturelles fausses, les préjugés et la stigmatisation à l'égard des personnes handicapées et aux besoins spéciaux ne leur permettent pas de jouir des droits qui leur sont accordés par l'Islam et par les lois de leur pays. Les stigmates sociaux, les stéréotypes et les préjugés qui entourent les personnes handicapées et aux besoins spéciaux découlent souvent d'un manque de connaissances et de sensibilisation aux causes du handicap, d'idées fausses sur les causes du handicap dues à des croyances culturelles et religieuses, et d'idées fausses sur la nature des handicaps et les capacités des personnes handicapées et aux besoins spéciaux. Dans divers pays du monde, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont traitées comme si elles étaient physiquement et mentalement inférieures. Il y a aussi le fait que les croyances culturelles négatives des parents et des gardiens peuvent déterminer si les personnes handicapées et aux besoins spéciaux auront accès à des services vitaux tels que l'éducation, l'emploi, les soins de santé, etc. Le pire, c'est que les attitudes culturelles régressives sont souvent perpétuées ou renforcées par des

politiques juridiques discriminatoires et une représentation insensible des personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans les médias.

Repenser les approches politiques et leur efficacité

Partout dans le monde, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont continuellement confrontées à des désavantages sociaux et systémiques qui entraînent leur exclusion du développement de leur pays. Pour remédier à cette situation, le projet de plan d'action de l'OCI pour les personnes handicapées invite les décideurs politiques des pays de l'OCI à adopter une série de principes fondamentaux, notamment "la diversité, l'utilisation d'une approche sexospécifique, l'approche fondée sur le cycle de vie, l'inclusion, la dignité humaine et l'approche multisectorielle", lors de l'élaboration de politiques et de programmes en matière de handicap. L'adoption de ces principes généraux peut favoriser le bien-être des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, ainsi que le développement socio-économique des pays de l'OCI.

Par exemple, l'adoption des principes de "diversité" et d'"inclusivité" et l'utilisation d'une "lentille de genre" garantissent que les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont correctement représentées dans la sphère politique. Une plus grande représentation des personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans les dialogues politiques peut conduire à l'intégration des questions qui les concernent au quotidien. Lorsque ces questions sont intégrées, elles peuvent entraîner des changements dans l'opinion publique, les attitudes sociales, la volonté politique et même des instruments de gouvernance concrets tels que la budgétisation sensible aux personnes handicapées et aux besoins spéciaux, entre autres. De même, l'utilisation d'une approche basée sur le "parcours de vie" peut aider les pays de l'OCI à trouver des solutions aux problèmes dynamiques et en évolution rapide auxquels sont confrontées les personnes handicapées et aux besoins spéciaux aux différentes étapes de leur vie. L'utilisation d'une approche "multisectorielle" peut guider la coopération entre les décideurs politiques et les institutions des secteurs public et privé afin de relever une série de défis intersectoriels pour le bien-être des personnes handicapées et aux besoins spéciaux.

Recommandations politiques

Les conclusions de ce rapport indiquent que les pays de l'OCI, en tant que groupe, doivent donner la priorité aux questions relatives aux personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans leur agenda politique. Afin d'atténuer les difficultés rencontrées par les personnes handicapées et aux besoins spéciaux, ce rapport recommande aux pays de l'OCI de développer et de renforcer les législations et politiques nationales existantes en matière de

handicap, tout en tenant compte de l'intersection de facteurs tels que le genre et le handicap.

Il est recommandé aux pays de l'OCI de prendre des mesures pour identifier et éliminer les obstacles physiques et comportementaux auxquels les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont confrontées lors de l'accès aux biens et services publics, de fournir des connaissances et une formation aux personnes et institutions chargées de fournir des services aux personnes handicapées et aux besoins spéciaux (dans tous les secteurs), d'améliorer la couverture des programmes de protection sociale pour inclure ces personnes, de protéger leur droit à l'éducation, de veiller à ce que ces personnes ne soient pas exclues de la main-d'œuvre et de l'entrepreneuriat, et de rendre accessibles les informations sur les programmes et services publics. Il est également nécessaire que les pays de l'OCI investissent dans les TIC et les technologies numériques, les services de soins de santé conçus spécifiquement pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux, la recherche et le développement de technologies d'assistance.

Il est également important que les politiques et les programmes relatifs au handicap dans les pays de l'OCI soient formulés par le biais d'une collaboration multisectorielle entre les personnes handicapées et aux besoins spéciaux, les institutions publiques, les institutions privées et les organisations de la société civile. Les pays de l'OCI doivent utiliser les sources traditionnelles et non traditionnelles des médias pour sensibiliser aux handicaps, améliorer et investir dans la collecte de données et la recherche sur les handicaps. Enfin, les décideurs politiques des pays de l'OCI doivent s'engager activement dans les principales conventions et programmes internationaux visant le handicap et adopter sans tarder le projet de plan d'action de l'OCI sur les personnes handicapées.

1

INTRODUCTION

Ces dernières années, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux ont fait l'objet d'une prise de conscience croissante. Actuellement, les personnes handicapées représentent 16 % de la population mondiale, soit environ 1,3 milliard de personnes dans le monde. Sur ces plus d'un milliard de personnes, près de 190 millions sont des adultes souffrant de handicaps fonctionnels importants et environ 93 millions sont des enfants (WHO, 2023 ; UNICEF, 2020). Environ 80 % des personnes handicapées et aux besoins spéciaux vivent dans des pays en développement, dont plusieurs pays de l'OCI (WHO, World Bank 2020).

À un moment ou à un autre de sa vie, tout individu est susceptible d'être confronté à un handicap, soit directement (pour des raisons de santé ou de vieillesse), soit indirectement (un membre de sa famille ou un ami est handicapé). Les personnes handicapées sont des personnes qui présentent "des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables qui, en interaction avec diverses barrières, peuvent faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres" (Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (CRPD, Art. 1). Les personnes handicapées sont des personnes qui présentent "des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables qui, en interaction avec diverses barrières, peuvent faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres" (WHO, 2015).

Dans le discours politique général, le handicap est reconnu comme étant une question intersectorielle. Il s'agit d'une question de santé publique car les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont plus susceptibles de rencontrer des obstacles dans l'accès aux soins de santé, à la réadaptation et à d'autres services et soins d'assistance, ce qui a une incidence directe sur leur état de santé. Certains problèmes de santé mal traités peuvent également constituer des facteurs de risque pour d'autres problèmes de santé plus graves (WHO, 2015). Le handicap est également une question de droits de l'homme, car les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont plus susceptibles d'être victimes de stigmatisation et de stéréotypes, et d'être confrontées à des inégalités sur de multiples fronts tout au long de leur vie. Les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont également susceptibles de subir des abus, des violences, des atteintes à leur dignité et un manque de respect en raison de leur handicap.

La théologie et la jurisprudence islamiques ont une riche histoire en matière d'adaptation et de valorisation des personnes handicapées, enracinée dans la croyance islamique en la valeur inhérente et la dignité de tous les êtres humains. Les textes islamiques et les exemples historiques démontrent comment l'islam promeut l'inclusion et le soutien des personnes handicapées (Ghaly, 2009). En fait, les enseignements islamiques insistent particulièrement sur l'importance de traiter les personnes handicapées avec compassion, respect et équité, et de leur fournir un environnement favorable et inclusif (Al-Aoufi et al., 2012). Abu Huraira a rapporté les propos du Prophète Muhammad SAW : "En vérité, Allah ne regarde pas vos visages et vos biens, mais Il regarde votre coeur et vos oeuvres. (Sahih

Muslim – Livre 32 Hadith 6221). En outre, Rakhmat (2020) a fait valoir que, d'après ce texte, le prophète Muhammad (SAW) a été un pionnier des droits des personnes handicapées, en défendant les droits et les privilèges des personnes handicapées il y a 1 400 ans. Il a souligné que les handicaps ne définissent pas une personne et a encouragé la société à éliminer les stigmates et les mauvaises attitudes à l'égard des personnes handicapées. Les enseignements du prophète ont donné aux personnes handicapées un sentiment d'estime de soi et de confiance, en leur rappelant que leur handicap n'était pas une punition mais un moyen de se faire pardonner leurs péchés. Son message d'inclusion et d'acceptation reste d'actualité, et sa défense des droits des personnes handicapées est considérée comme un jalon important dans l'histoire des droits de l'homme.

Avant tout, le handicap est une question de développement dans les pays de l'OCI ou ailleurs, car la prévalence et la perpétuation du handicap dans les pays à revenu faible et moyen ont un impact négatif sur le développement humain et socio-économique de ces pays. Le développement humain et le handicap sont réciproques. D'une part, les désavantages socio-économiques auxquels sont confrontées les personnes handicapées et aux besoins spéciaux peuvent exacerber des facteurs tels que la pauvreté, la malnutrition, le fait de vivre et de travailler dans des environnements peu sûrs et les tensions psychologiques. D'autre part, le handicap - et les dépenses qui y sont liées - affecte le niveau de vie d'une personne, son accès à des installations appropriées et sûres telles que l'éducation, les soins de santé, l'emploi et la protection sociale.

C'est pourquoi les défis auxquels sont confrontées les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont mentionnés dans plusieurs documents stratégiques importants à l'échelle de l'OCI, y compris le programme d'action de l'OCI 2025, le programme d'action stratégique de l'OCI pour la santé 2014-2023 (OIC-SHPA) et le plan d'action de l'OCI pour la promotion de la femme (OPAAW) - entre autres. Le document stratégique central est le projet de plan d'action de l'OCI sur les personnes handicapées (2019), qui a été présenté pour délibération lors de la 1^{ère} conférence ministérielle de l'OCI sur le développement social, qui s'est tenue à Istanbul, Türkiye du 7 au 9 décembre 2019. Ce plan d'action vise à relever la myriade de défis auxquels sont confrontées les personnes handicapées dans leur vie socio-économique et à accroître leur participation au développement de leur société. Il identifie six domaines d'action pour examiner les problèmes immédiats rencontrés par les personnes handicapées et aux besoins spéciaux, mettre en œuvre des actions pour résoudre ces problèmes et revoir les politiques existantes destinées à ces segments de la société. Ces domaines sont l'éducation, la santé, l'intégration économique, la gouvernance, la mise en place d'un environnement favorable, la culture et l'islam.

En outre, le projet de plan d'action de l'OCI vise à stimuler la coopération entre les pays de l'OCI et à fournir des conseils aux décideurs politiques sur la manière d'intégrer les personnes handicapées dans le marché du travail, d'améliorer leurs résultats en matière d'éducation et de santé, d'améliorer leur niveau de vie sans

négliger les expériences nationales, les valeurs culturelles et islamiques et les développements internationaux dans ce domaine important. Il est impératif que les pays de l'OCI participent activement et assurent le suivi des conventions internationales qui concernent les personnes handicapées et aux besoins spéciaux, comme la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), la stratégie des Nations unies pour l'inclusion des personnes handicapées, le plan d'action mondial de l'OMS en faveur des personnes handicapées et le cadre d'inclusion et de responsabilisation des personnes handicapées de la Banque mondiale. Les objectifs de développement durable 1 à 10, 11, 13, 16 et 17 font tous référence au handicap sous plusieurs angles, notamment l'éducation, la croissance et l'emploi, les résultats en matière de santé, les inégalités, l'accès à la justice, la collecte de données ventilées par handicap et l'intégration des institutions et des sociétés.

L'intérêt croissant pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux est motivé par divers facteurs, tels que la nécessité de comprendre leurs expériences, afin d'identifier et de traiter les obstacles et les défis systémiques auxquels elles sont confrontées, de manière à ce qu'elles puissent participer pleinement à la vie de la société. En outre, il s'agit de mieux comprendre l'expérience humaine, notamment la manière dont les gens s'adaptent à l'adversité et établissent des liens significatifs avec les autres. En fin de compte, l'étude des personnes handicapées est essentielle pour construire un monde plus équitable et plus inclusif pour tous.

Dans ce contexte, l'édition 2023 du rapport *personnes handicapées et aux besoins spéciaux* vise à présenter une analyse comparative de la situation des personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans les pays de l'OCI. L'objectif principal de ce rapport est d'informer la politique du handicap dans les 57 pays de l'OCI. Le rapport commence par présenter le profil démographique des personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans les pays de l'OCI, examine les causes des handicaps et se concentre sur leur situation dans six domaines essentiels : (i) l'éducation, (ii) la santé, (iii) l'intégration économique, (iv) la gouvernance, (v) la création d'un environnement favorable et (vi) la culture et la religion (chapitre 2). Le rapport examine ensuite les principaux défis et problèmes auxquels sont confrontées les personnes handicapées et aux besoins spéciaux, classés en trois catégories : (i) défis sociaux et économiques, (ii) défis liés à la santé et au bien-être, et (iii) défis liés à la culture et aux valeurs (chapitre 3). Le chapitre 4 du rapport s'attache à repenser les approches politiques à l'égard des personnes handicapées et aux besoins spéciaux et à analyser l'efficacité de ces approches. Le rapport se termine par des recommandations politiques sur la manière d'améliorer le statut des personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans les pays de l'OCI et de faciliter la coopération aux niveaux national et intra-OCI (chapitre 5).

2

ÉTAT DES PERSONNES HANDICAPÉES ET AUX BESOINS SPECIAUX

En tant que groupe, les personnes handicapées sont plus susceptibles de souffrir de résultats socio-économiques défavorables que les personnes ne souffrant pas de handicaps (SESRIC, 2019a). Ils sont moins susceptibles de bénéficier d'opportunités adéquates en matière d'éducation, d'emploi et de services de santé. Dans ce contexte, il est essentiel de fournir une vue d'ensemble de la situation des personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans les pays de l'OCI afin d'identifier les domaines de préoccupation et d'éclairer la prise de décision pour concevoir des politiques efficaces dans ce domaine important. À cette fin, ce chapitre donne un aperçu de la situation des personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans les pays de l'OCI dans les six dimensions suivantes: éducation, santé, intégration économique, gouvernance, mise en place d'un environnement favorable, culture et islam, comme le propose le projet de plan d'action de l'OCI pour les personnes handicapées (SESRIC, 2019b).

Une vue d'ensemble des personnes handicapées dans les pays de l'OCI

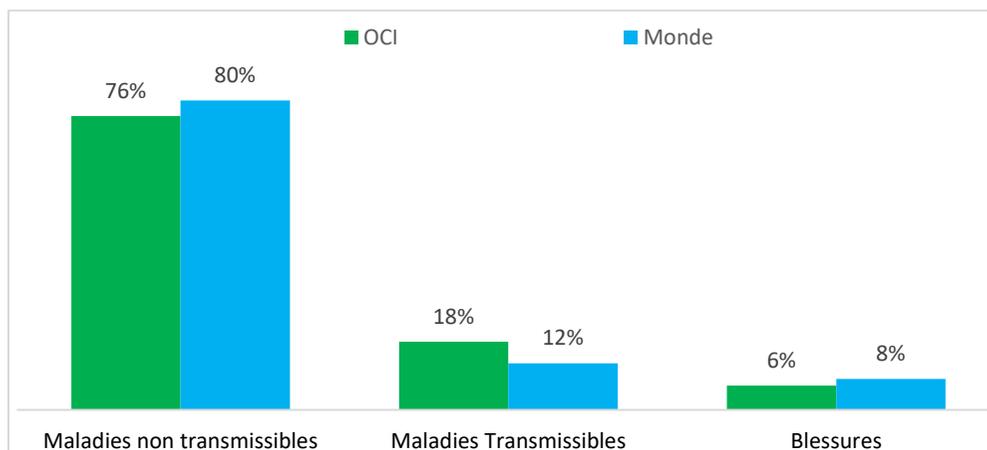
Comme indiqué dans le chapitre d'introduction du présent rapport, les personnes handicapées sont celles qui présentent des déficiences physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables. Une personne sur sept souffre d'une forme de handicap dans le monde. Certains groupes de personnes, comme les personnes âgées, les enfants et les femmes, sont touchés de manière disproportionnée par les handicaps en raison de leur vulnérabilité et de leur situation particulière. Selon les Nations unies (2020), on estime que 46 % des personnes âgées de 60 ans et plus souffrent d'un handicap. Une femme sur cinq est susceptible de connaître un handicap au cours de sa vie, tandis qu'un enfant sur dix est un enfant handicapé. Plus important encore, selon les estimations de l'OMS et de la Banque mondiale (2011), en raison du vieillissement de la population et de la généralisation des maladies chroniques, la prévalence mondiale du handicap est passée de 10 % en 1970 à 15 % en 2011.

Des déficiences physiques aux difficultés d'apprentissage, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux rencontrent souvent toute une série d'obstacles qui peuvent entraver leur capacité à participer pleinement à la société. En ce qui concerne la classification des handicaps par type, la grande majorité des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, soit environ 77 %, souffrent d'une forme de handicap physique causé par 145 catégories de maladies/troubles allant des maladies cardiovasculaires aux déficiences des organes des sens (UN, 2020). En d'autres termes, les types de handicaps les plus fréquents chez les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont les troubles mentaux, la vue, la mobilité (marcher et monter les escaliers), tandis que les handicaps liés à la communication sont les moins fréquents.

Les principaux déterminants du handicap peuvent être regroupés en deux grandes catégories : les facteurs internes et externes (environnementaux). Les facteurs internes qui comprennent tous les facteurs hérités biologiquement et génétiquement (codes du DNA). Les facteurs externes, qui comprennent les habitudes personnelles d'un individu (par ex., manger et dormir), les conditions de vie (par ex., logement et assainissement), les conditions de travail (par ex., blessures liées au travail, environnement de travail pollué) et les conditions sociales (par ex., catastrophes naturelles, guerres, conflits, abus et violences domestiques) (SESRIC, 2019a).

L'Organisation mondiale de la santé classe les principales causes de handicap selon une approche purement médicale en trois catégories : les maladies non transmissibles, les maladies transmissibles et les blessures. En 2019, 12 % de tous les handicaps dans le monde et 18% de tous les handicaps dans les pays de l'OCI ont été causés par des maladies transmissibles (graphique 2.1). Les blessures, en moyenne, étaient responsables de 6% des handicaps dans les pays de l'OCI et de 8% au niveau mondial. Les maladies non transmissibles représentaient une proportion nettement plus importante des handicaps, tant dans les pays de l'OCI (76%) que dans le monde (80%). Il est probable que les maladies non transmissibles seront à l'origine d'un nombre accru d'invalidités dans les pays de l'OCI à l'avenir, en raison d'une transition démographique due à l'augmentation de l'espérance de vie et à la réduction des taux de fécondité (SESRIC, 2019c).

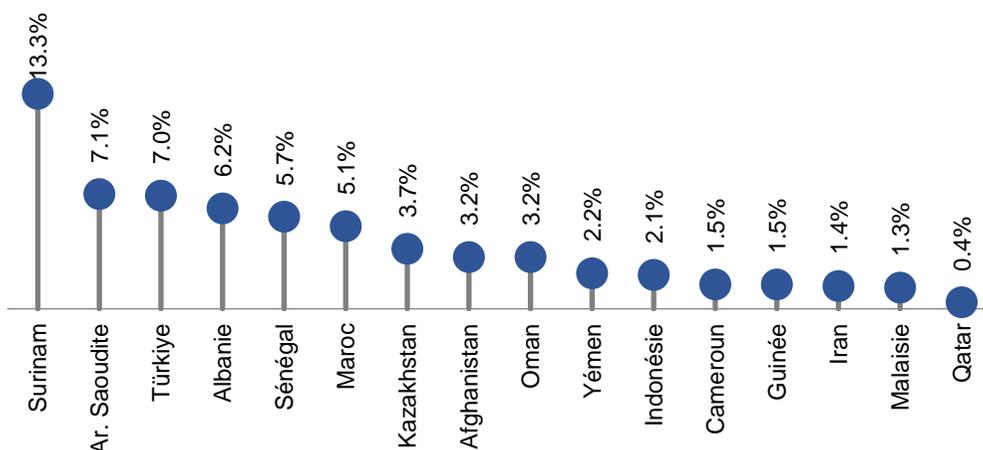
Graphique 2.1: Principales causes d'invalidité dans les pays de l'OCI et dans le monde, 2019



Source: Analyse du personnel du SESRIC basée sur l'OMS, ensemble de données des estimations de la santé mondiale. Note: Le graphique est calculé sur la base des AVI, couvre tous les groupes d'âge et les deux sexes.

La prévalence des handicaps dans les pays de l'OCI varie (graphique 2.2). Par exemple, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux représentent environ 13,3 % de la population au Suriname, suivi par l'Arabie saoudite (7,1 %) et la Türkiye (7 %) (graphique 2.2). En revanche, le pourcentage de la population handicapée au Qatar (0,4%), en Malaisie (1,3%), en Iran (1,4%), au Cameroun (1,5%) et en Guinée (1,5%) est inférieur à 2% de la population totale. Il est important de noter que l'identification des personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans les enquêtes sur les ménages a longtemps été un défi en raison de l'absence d'une définition uniforme du " handicap " ; chaque pays définit et détermine les handicaps différemment (UNESCO, 2018). Par conséquent, les données relatives à la prévalence du handicap doivent être interprétées avec prudence, notamment dans le cas de comparaisons entre pays.

Graphique 2.2: Prévalence des handicaps (% de la population totale), dernière année (2005-2018)



Source: Base de données des Nations Unies sur les statistiques du handicap (DISTAT). Note: L'ensemble de données couvre la période 2005-2018. Les données sont celles de l'année la plus récente.

2.1. Éducation

Au cours des dernières décennies, un nombre croissant de pays ont entrepris des efforts pour rendre leurs systèmes éducatifs inclusifs pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux, en supprimant les obstacles à leur éducation et en s'attaquant aux préjugés résultant du handicap dans le secteur de l'éducation. Les pays qui offrent des possibilités d'éducation équitables aux personnes handicapées et aux besoins spéciaux ont tendance à mieux exploiter leur potentiel. En revanche, les compétences que les personnes handicapées et aux besoins spéciaux acquièrent grâce à leur éducation leur permettent d'améliorer leur niveau de vie.

Reconnaissant l'importance de l'éducation pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux, l'objectif de développement durable (ODD) 4 appelle à "une éducation inclusive et de qualité pour tous". De même, l'article 24 de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) est consacré à l'éducation et énumère cinq stipulations visant à promouvoir une éducation égale et inclusive pour les personnes handicapées. Le projet de plan d'action de l'OCI sur les personnes handicapées identifie également l'éducation en tant que l'un des six principaux domaines de coopération et définit six objectifs stratégiques spécifiques pour les pays de l'OCI (encadré 2.1).

Encadré 2.1: Objectifs stratégiques sur l'éducation dans le projet de plan d'action de l'OCI pour les personnes handicapées.

Dans le domaine de l'éducation, le projet de plan d'action de l'OCI sur les personnes handicapées propose les objectifs stratégiques suivants pour guider les décideurs politiques des pays de l'OCI sur la manière de mieux intégrer les personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans la société :

OS 1.1: Améliorer l'accessibilité et l'abordabilité des établissements et des programmes d'enseignement

OS 1.2: Former les fournisseurs de services et les familles aux besoins spéciaux des personnes handicapées dans les établissements d'enseignement.

OS 1.3: Sensibiliser à l'importance des services de l'éducation pour les personnes handicapées

OS 1.4: Investir dans les services de réadaptation et de soins particuliers dans les établissements d'enseignement

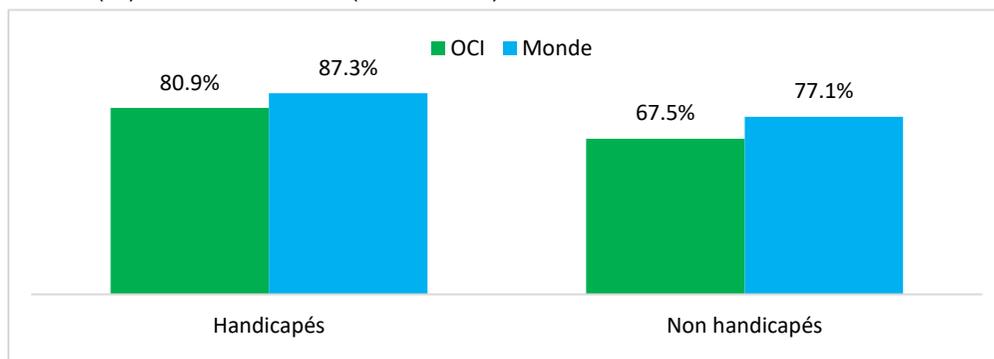
OS 1.5: Assurer l'accès à l'éducation dans les zones rurales et urbaines

OS 1.6: Promouvoir la coopération intra-OCI

Source: OCI et SESRIC (2019)

Malgré l'impact positif que l'éducation peut avoir sur la vie des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, il est plus probable qu'elles soient exclues du secteur de l'éducation formelle. L'UNESCO (2018) constate qu'à l'échelle mondiale, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux âgées de 15 à 29 ans sont moins susceptibles d'avoir été scolarisées que les personnes non handicapées. La situation est particulièrement préoccupante dans un certain nombre de pays de l'OCI où le taux de scolarisation, quel que soit le statut du handicap, est inférieur à la moyenne mondiale. De plus, la proportion de fréquentation scolaire des personnes handicapées et aux besoins spéciaux (67,5%) dans les pays de l'OCI est également bien inférieure à celle des personnes non handicapées (80,9%), et ce pour les deux sexes (graphique 2.3).

Graphique 2.3: Proportion de personnes âgées de 15 à 29 ans fréquentant l'école (%), dernière année (2006-2015)



Source: IPUMS-International et SWTS, l'ensemble de données couvre la période 2006-2015. Note: La moyenne mondiale représente la moyenne de 49 pays et l'échantillon de l'OCI ne comprend que 14 pays de l'OCI.

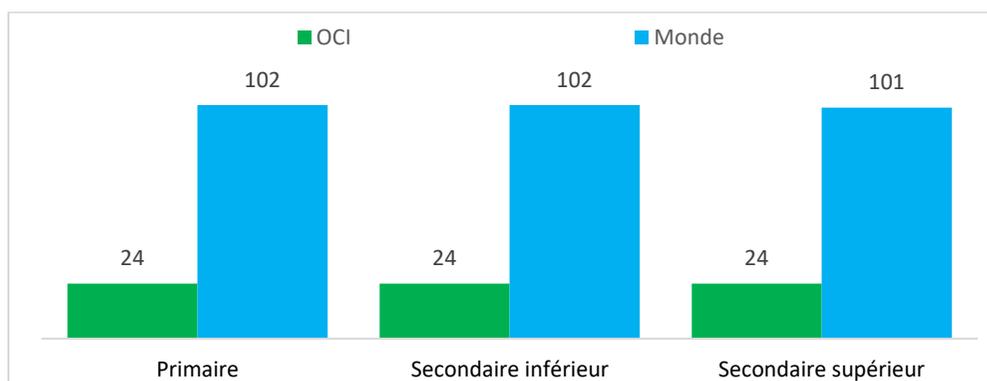
L'accès limité à l'éducation et aux écoles pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux affecte non seulement leurs résultats scolaires, mais accroît également leur dépendance vis-à-vis des autres tout au long de leur vie. Une étude de cas menée en Gambie montre que l'accès limité à l'éducation pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux se traduit par l'exclusion de la possibilité de saisir des opportunités d'emploi spécifiques et a augmenté leur dépendance à l'égard des autres (par exemple, les gardiens, la famille ou la société), ce qui renforce les croyances négatives préexistantes à leur sujet (Bah, 2016).

En plus d'avoir des taux de fréquentation scolaire plus faibles, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux ont également tendance à avoir des taux d'achèvement de la scolarité plus faibles. Le rapport de l'UNICEF sur "La situation des enfants dans le monde" (2013) fait état de taux estimés d'achèvement de l'école primaire chez les garçons et les filles handicapés de 51 % et 42 %, respectivement. Cela signifie que près de la moitié des élèves handicapés inscrits dans les écoles primaires ne parviennent pas à terminer leur scolarité. Les données de trois pays de l'OCI (les Maldives, l'Ouganda et la Gambie) confirment également cette conclusion (DHS & UN, 2018). Aux Maldives, par exemple, 97,7 % des étudiants non handicapés (âgés de 15 à 17 ans) ont terminé leur éducation primaire, alors que seulement 78,8 % des étudiants handicapés de la même cohorte ont terminé leur éducation primaire. En Ouganda, 34,2% des étudiants handicapés ont terminé leur éducation primaire, contre 39,5% des étudiants non handicapés. En Gambie, 62,2% des étudiants non handicapés ont terminé leur éducation primaire, contre seulement 56,6% des étudiants handicapés. En conséquence directe des faibles taux

d'achèvement de l'école primaire, les enfants handicapés ont moins de chances d'être alphabétisés et de poursuivre des études supérieures à un stade ultérieur.

En ce qui concerne l'action positive dans le secteur de l'éducation, on observe une tendance positive dans le monde entier lorsqu'il s'agit de garantir le droit à l'éducation des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, ou de les protéger contre la discrimination liée au handicap dans le secteur de l'éducation. La proportion de pays disposant d'une loi ou d'une politique garantissant le droit des enfants handicapés à recevoir une éducation est passée de 62 % en 2013 à 88 % en 2018 (UN, 2018). Dans ce contexte, le graphique 2.4 montre que les législations nationales de 102 pays dans le monde interdisent largement la discrimination basée sur le handicap dans l'enseignement primaire et secondaire inférieur, alors que 101 pays le font dans l'enseignement secondaire supérieur. Les législations nationales de 24 pays de l'OCI sur 54 pays membres avec des données disponibles interdisent aussi explicitement la discrimination basée sur le handicap dans les trois niveaux d'éducation, à savoir le primaire, le secondaire inférieur et le secondaire supérieur pour les étudiants handicapés. À cette fin, les pays de l'OCI devraient déployer davantage d'efforts pour interdire la discrimination liée au handicap sur le plan juridique.

Graphique 2.4: Pays de l'OCI ayant une interdiction générale de la discrimination liée au handicap dans l'éducation dans leurs législations nationales



Source: Centre d'analyse de la politique mondiale. Données sur le handicap publiées en juin 2019. Les 24 pays de l'OCI sont les suivants : Afghanistan, Albanie, Algérie, Azerbaïdjan, Bangladesh, Bénin, Côte d'Ivoire, Égypte, Indonésie, Jordanie, Kazakhstan, Koweït, Kirghizstan, Liban, Malaisie, Maroc, Mauritanie, Arabie saoudite, Sierra Leone, Tadjikistan, Tunisie, Turquie, Ouganda et Émirats arabes unis.

Au niveau individuel, plusieurs pays de l'OCI ont adopté des lois, des politiques et des directives pour promouvoir l'inclusion des étudiants handicapés dans le secteur de l'éducation. Par exemple, l'Irak a élaboré le "Projet national d'intégration éducative globale", qui vise à améliorer la qualité de l'enseignement dispensé aux enfants handicapés (UN, 2018). Dans certains pays de l'OCI, l'art, comme le théâtre, la musique et le dessin, est également utilisé comme méthode

pédagogique pour l'éducation inclusive du handicap.¹ Certains pays de l'OCI, comme le Bangladesh, utilisent un système de quotas pour accroître la participation des personnes handicapées et aux besoins spéciaux aux programmes d'enseignement et de formation techniques et professionnels (EFTP). De tels programmes sont connus non seulement pour augmenter le taux de fréquentation scolaire des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, mais aussi pour améliorer leurs compétences (voir encadré 2.2).

Encadré 2.2: L'intégration des personnes handicapées dans le système d'éducation et de compétences du Bangladesh

Au Bangladesh, environ 3,2 millions de jeunes souffrent d'une forme de handicap. Ces jeunes ont besoin d'aide pour accéder aux opportunités d'emploi. Le gouvernement du Bangladesh a formulé une "politique nationale de développement des compétences" (PNDC) en 2011 avec le soutien de l'OIT, qui place l'inclusion du handicap au centre du processus de réforme des compétences. Les recommandations du PNDC comprennent l'établissement d'un quota d'admission de cinq pour cent pour les personnes handicapées dans tous les établissements d'enseignement et de formation techniques et professionnels (EFTP), la fourniture d'allocations, d'installations d'hébergement et de transport si nécessaire, et la conception d'aménagements raisonnables et d'instituts de formation accessibles. Avec le soutien de ce programme, des milliers de jeunes handicapés et aux besoins spéciaux ont acquis de nouvelles compétences et connaissances qui leur permettent d'entrer sur le marché du travail.

Source: ILO (2017)

2.2. Santé

Les personnes handicapées sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé et de bien-être (UN, 2018). La fourniture d'une large gamme de services de soins de santé et la facilité d'accès à ces services sont d'une importance capitale pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans les pays de l'OCI et ailleurs. L'insuffisance des services de soins de santé peut souvent entraîner une charge plus lourde pour les personnes, les sociétés, ainsi que les services publics. Afin de souligner l'importance des services de santé pour le développement durable, un certain nombre de cibles des ODD (par exemple la cible 3.4 et la cible 3.8) visent à assurer la fourniture inclusive de services de santé à tous les membres de la société, y compris les personnes handicapées et aux besoins spéciaux. L'importance du secteur de la santé pour les personnes handicapées est également reflétée dans l'article 25 de la CDPH qui renforce le droit des personnes handicapées à atteindre le meilleur niveau de soins de santé possible sans préjudice.

¹ Par exemple, en Égypte, un projet a permis à des étudiants handicapés et non handicapés de discuter sur ce qui se présentera dans la vie en 2050 à l'aide de dessins (UN, 2018).

Les années perdues en raison de l'invalidité (AVI) sont une mesure de la charge de morbidité et de mortalité pesant sur une population, qui prend en compte le nombre d'années vécues avec une incapacité ou dans un état de mauvaise santé. L'OMS exprime généralement son taux pour 100 000 habitants afin de représenter le nombre d'années de vie en bonne santé perdues en raison d'un handicap pour 100 000 individus de la population. Il s'agit d'une mesure standard qui permet de comparer la charge de morbidité entre des populations de tailles différentes.

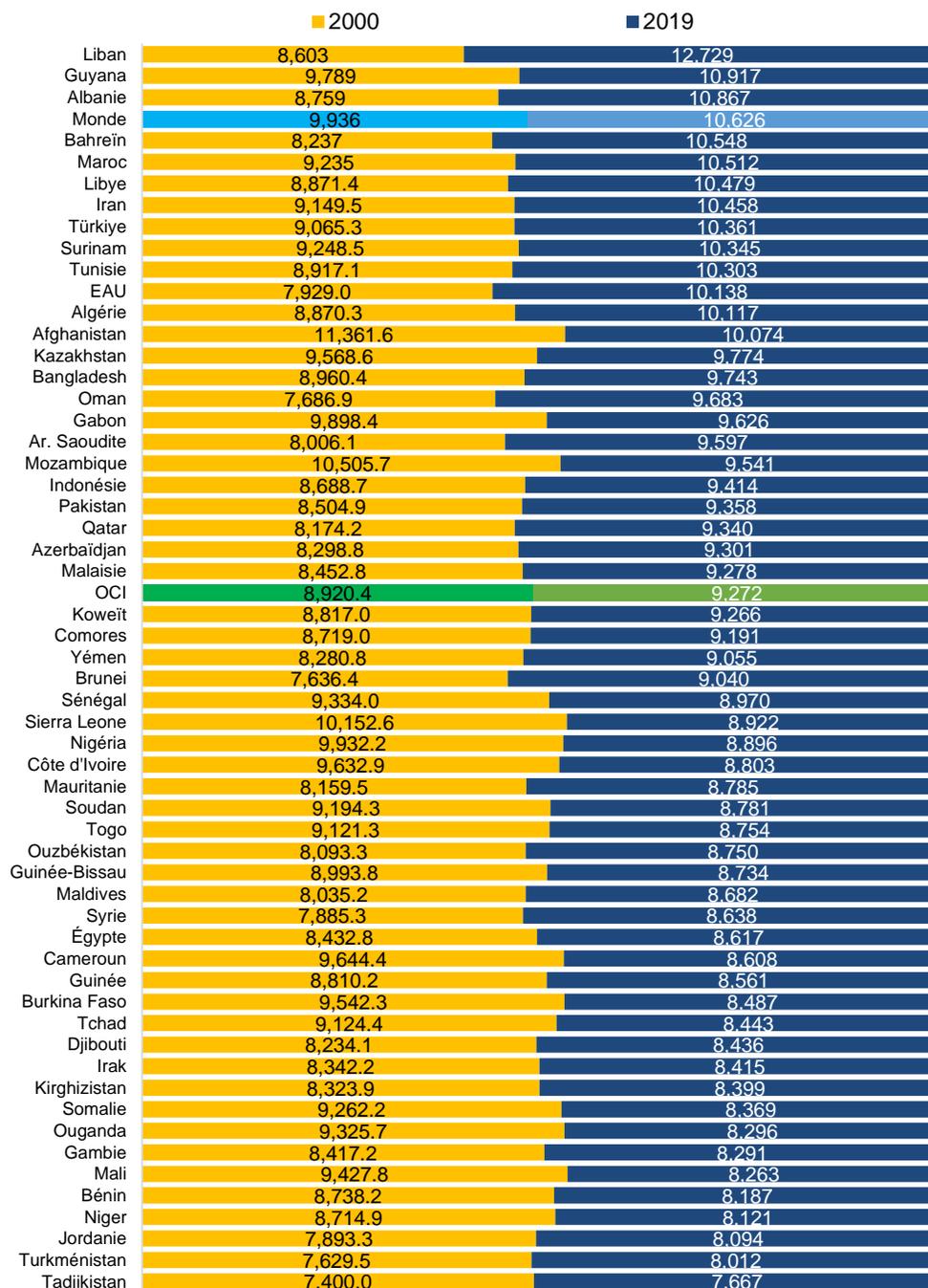
Le graphique 2.5 compare les AVI en 2000 et 2019 pour donner un aperçu de la façon dont la charge de morbidité et de blessure a changé au fil du temps au niveau mondial, dans l'OCI et dans chaque pays de l'OCI. Au cours de cette période, les AVI pour 100 000 personnes ont augmenté de 9 936 à 10 626 dans le monde, alors que dans les pays de l'OCI, ils ont augmenté de 8 920 à 9 272, reflétant une augmentation relative de 6,9 % dans le monde et de 3,9 % dans les pays de l'OCI. En 2019, le taux des AVI pour 100 000 habitants était de 10 626 dans le monde et de 9 272 dans l'OCI, ce qui signifie qu'en moyenne, chaque personne dans le monde et dans l'OCI perd 0,1 et 0,09 année de vie en bonne santé en raison de l'invalidité. Le taux des AVI pour 100 000 habitants était supérieur à 10 000 dans 13 pays de l'OCI, à savoir le Liban, la Guyane, l'Albanie, le Bahreïn, le Maroc, la Libye, l'Iran, la Türkiye, le Suriname, la Tunisie, les Émirats arabes unis, l'Algérie et l'Afghanistan.

En outre, entre 2000 et 2019, les AVI pour 100 000 habitants ont diminué dans 26 pays de l'OCI. Les pays de l'OCI qui ont réussi à réduire le plus les AVI sont le Mali, la Sierra Leone, l'Afghanistan, le Burkina Faso, l'Ouganda, le Cameroun et le Nigeria au cours de la période considérée. Cependant, les AVI ont augmenté dans 36 pays de l'OCI. Parmi ces pays de l'OCI, au Liban, au Bahreïn, aux Émirats arabes unis, à Oman, en Albanie, en Arabie Saoudite, au Brunei, en Libye et en Tunisie, il a augmenté de plus de 15,5 % au cours de la même période.

Les diminutions dans 26 pays de l'OCI peuvent indiquer qu'il y a eu des améliorations dans les interventions de soins de santé et de santé publique, conduisant à une meilleure gestion et prévention des maladies et des blessures. D'autre part, les augmentations observées dans 36 pays peuvent suggérer l'émergence de nouveaux problèmes de santé ou le fait que les interventions existantes ne sont pas suffisamment efficaces pour faire face à la charge de morbidité et de mortalité. D'autres facteurs, tels que le vieillissement des populations ou l'évolution des facteurs de risque pour la santé (par exemple, l'obésité, le tabagisme), peuvent également contribuer à l'augmentation des AVI.

Les personnes handicapées rencontrent toute une série d'obstacles lorsqu'elles tentent d'accéder aux soins de santé. Ces obstacles comprennent, sans s'y limiter, les coûts prohibitifs, la disponibilité limitée des services, les obstacles physiques, les compétences et les connaissances inadéquates des agents de santé et le manque de sensibilisation aux services (SESRIC, 2019a). Les données de plusieurs pays de l'OCI confirment ce constat (UN, 2018).

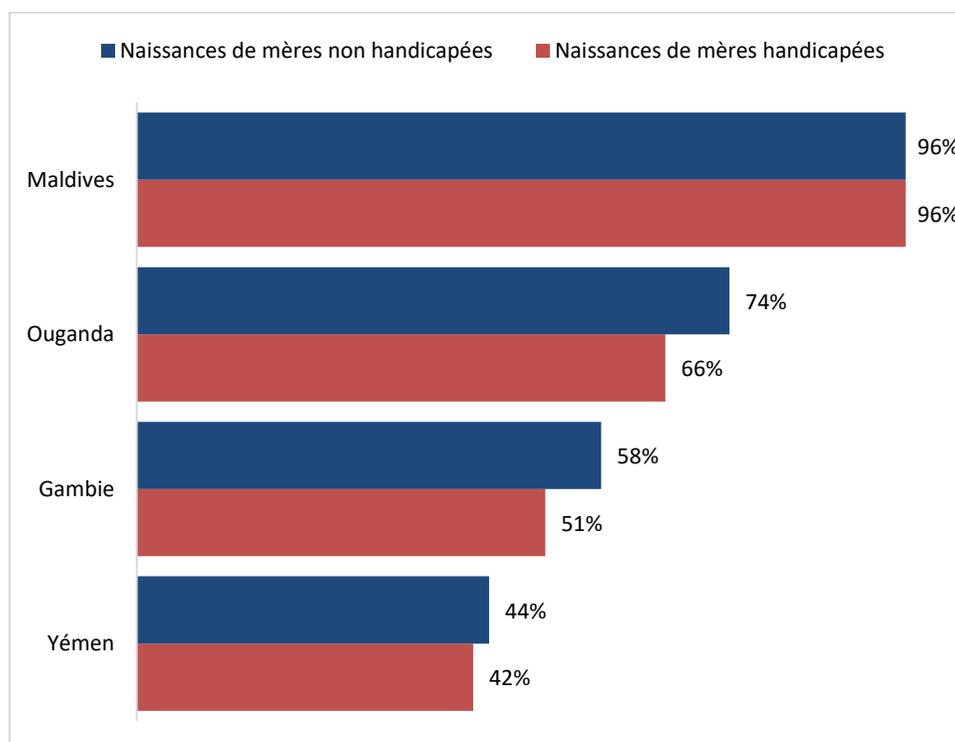
Graphique 2.5: Années perdues en raison de l'invalidité (AVI) dans les pays de l'OCI (par 100.000 habitants), 2000 vs. 2019



Source: OMS, ensemble de données sur les estimations de la santé mondiale qui couvre 56 pays de l'OCI.

Les besoins en soins de santé des personnes handicapées et aux besoins spéciaux ne sont souvent pas satisfaits en raison d'une combinaison de facteurs tels que l'indisponibilité des services et le manque de personnel qualifié dans les institutions publiques, notamment dans les zones rurales et reculées. Le SESRIC (2015) a constaté que les pays de l'OCI étaient à la traîne par rapport aux pays en développement non membres de l'OCI, tant en ce qui concerne la disponibilité des établissements de santé maternelle que le nombre d'employés travaillant dans ces établissements. Des données provenant de trois pays de l'OCI (Ouganda, Gambie et Yémen) indiquent qu'en moyenne, les accouchements de mères handicapées ont moins de chances d'être assistés par un agent de santé qualifié par rapport aux accouchements de mères non handicapées (graphique 2.6). L'écart le plus important a été constaté en Ouganda (de 8%) - où 66% des naissances de mères handicapées ont été assistées par du personnel de santé qualifié, contre 74% des naissances de mères non handicapées. Aux Maldives, presque toutes les naissances de mères handicapées (99% et 96%, respectivement) ont été assistées par un agent de santé qualifié.

Graphique 2.6: Pourcentage de naissances vivantes assistées par du personnel de santé qualifié dans certains pays de l'OCI, 2014



Source: Rapport des Nations unies sur le handicap et le développement (2018)

Au cours des dernières décennies, plusieurs pays de l'OCI ont déployé des efforts considérables pour améliorer la santé et le bien-être des personnes handicapées et aux besoins spéciaux (SESRIC, 2019c). Les efforts déployés au niveau national comprennent des réformes substantielles des soins de santé et des plans visant à accroître l'offre de services de réadaptation et d'appareils fonctionnels pour les personnes handicapées. En Ouganda, par exemple, les disparités entre les personnes handicapées et non handicapées ont diminué grâce à l'adoption de diverses lois et politiques nationales sur le handicap, notamment la loi sur le Conseil national pour le handicap de 2003, la loi sur les personnes handicapées et la politique nationale sur le handicap de 2006. C'est grâce à ces efforts nationaux considérables que le pourcentage de naissances vivantes de mères handicapées assistées par un agent de santé qualifié a doublé entre 2006 et 2016 et que l'utilisation de contraceptifs chez les femmes handicapées mariées a doublé en Ouganda (UN, 2018).

Le ministère de la santé et de la prévention des Émirats arabes unis a commencé à délivrer une carte médicale aux personnes handicapées, qui permet à son titulaire de bénéficier de services médicaux gratuits auprès du ministère. De même, le plan de développement national de la Gambie (2018-2021) comprend diverses dispositions pour les personnes handicapées, telles que la mise en place de programmes et de services de réhabilitation et d'habitation inclusifs (Nabaneh, 2019). Ces services sont essentiels pour permettre aux personnes handicapées de vivre de manière indépendante, de recevoir une éducation appropriée et de participer au marché du travail et à la vie civique.

Au niveau de l'OCI, le Programme d'action stratégique de l'OCI en matière de santé 2014-2023 (OIC-SHPA), adopté en 2013, comprend plusieurs dispositions et objectifs visant à améliorer les services de soins de santé disponibles pour les groupes vulnérables, notamment les personnes handicapées dans les pays de l'OCI. Le programme d'action OCI-2025, adopté en 2016, comporte également un objectif spécifique (objectif 2.13.5) sur l'amélioration des services destinés aux personnes aux besoins spéciaux dans les pays de l'OCI. De même, le projet de plan d'action de l'OCI sur les personnes handicapées identifie également la santé comme l'un des six principaux domaines de coopération et met en avant six objectifs stratégiques dans ce domaine pour les pays de l'OCI (SESRIC, 2019b ; encadré 2.3).

Encadré 2.3: Objectifs stratégiques sur la santé dans le projet de plan d'action de l'OCI pour les personnes handicapées.

Dans le domaine de la santé, le projet de plan d'action de l'OCI sur les personnes handicapées propose les objectifs stratégiques suivants pour guider les décideurs politiques des pays de l'OCI sur la manière de mieux intégrer les personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans la société :

OS 2.1: Améliorer la prévention des maladies et du handicap

OS 2.2: Investir dans des services de réhabilitation et de soins de longue durée

OS 2.3: Améliorer les mécanismes publics y compris les systèmes de sécurité sociale

OS 2.4: Assurer l'accès aux services de santé

OS 2.5: Promouvoir le développement, la production et l'utilisation d'appareils et accessoires fonctionnels

OS 2.6: Promouvoir la coopération intersectorielle et intra-OCI

Source: OCI et SESRIC (2019)

2.3. Intégration économique

L'autonomisation économique est largement reconnue comme un instrument clé pour renforcer l'autonomie des personnes handicapées et faciliter leur pleine participation à la société. L'intégration économique des personnes handicapées et aux besoins spéciaux est essentielle à leur intégration sociale (UN, 2013). L'autonomisation économique des personnes handicapées est possible lorsqu'elles ont accès à l'emploi et aux opportunités économiques. L'exclusion des personnes handicapées et aux besoins spéciaux du secteur économique constitue non seulement une violation de leurs droits économiques, mais entraîne également une perte de talents potentiels pour les entreprises et rend le secteur économique moins diversifié (ILO & Fondation ONCE, 2021).

Dans diverses stratégies de développement internationales et régionales, plusieurs mesures universellement acceptées qui favorisent la participation économique des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, améliorent leur accès à un emploi décent et réduisent la pauvreté sont mises en évidence et préconisées. La cible 8.5 des ODD, par exemple, met l'accent sur le plein emploi productif des personnes handicapées. Dans une optique similaire, l'article 27 de la CDPH énonce des principes relatifs au droit au travail et à l'emploi des personnes handicapées. Au sein des instances de l'OCI, la stratégie du marché du travail de l'OCI 2025 et le projet de plan d'action de l'OCI sur les personnes handicapées identifient un certain nombre d'objectifs stratégiques visant à

accroître l'employabilité des personnes handicapées et à relever une série de défis économiques auxquels elles sont confrontées (encadré 2.4) (OCI, 2018 ; SESRIC, 2019b).

Encadré 2.4: Objectifs stratégiques en matière d'intégration économique dans le projet de plan d'action de l'OCI pour les personnes handicapées.

Dans le domaine d'intégration économique, le projet de plan d'action de l'OCI sur les personnes handicapées propose les objectifs stratégiques suivants pour guider les décideurs politiques des pays de l'OCI sur la manière de mieux intégrer les personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans la société :

OS 3.1: Développer et adopter des systèmes de travail alternatifs

OS 3.2: Encourager l'intégration économique des personnes handicapées

OS 3.3: Renforcer le développement des compétences des personnes handicapées en fonction des besoins du marché du travail

OS 3.4: Promouvoir une coordination efficace entre les principales parties prenantes et renforcer la coopération intra-OCI

OS 3.5: Améliorer la portée et la fourniture des services de sécurité sociale

OS 3.6: Faire face à la discrimination au travail

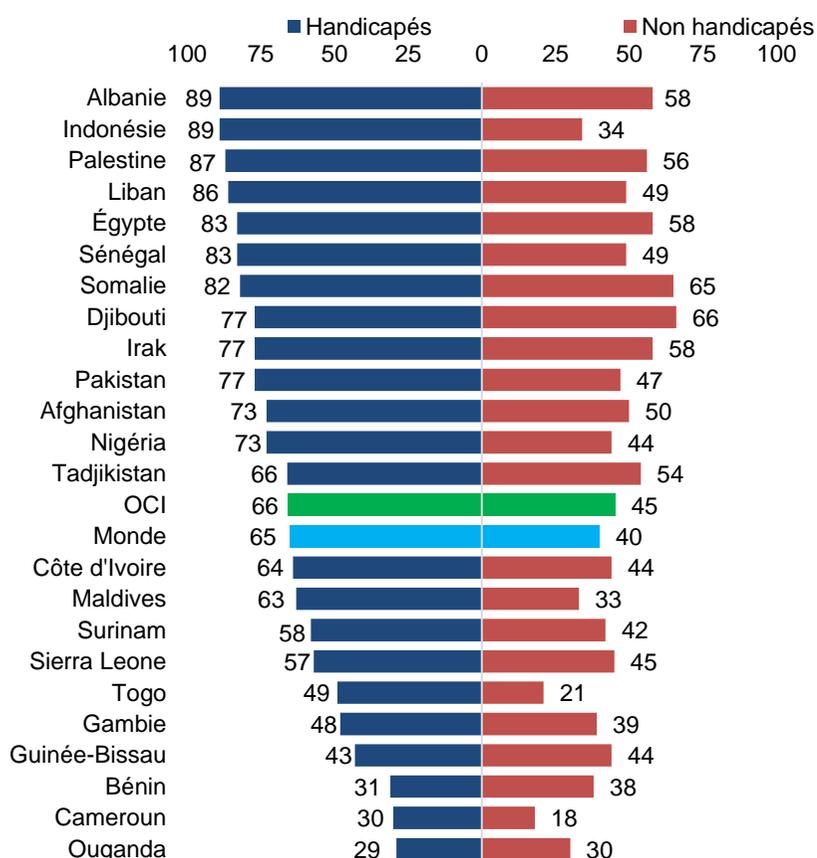
Source: OCI et SESRIC (2019)

Il existe un certain nombre de désavantages qui affectent les personnes handicapées et aux besoins spéciaux qui tentent d'entrer sur le marché du travail ou d'entreprendre une activité économique. Elles sont susceptibles d'être économiquement inactives pendant une plus longue période sur le marché du travail en raison des difficultés liées à la recherche d'un emploi, de souffrir de taux de chômage plus élevés et de percevoir des salaires relativement inférieurs à ceux des personnes non handicapées (WHO & World Bank, 2011).

Selon l'ONU (2018), entre 2006 et 2016, le ratio emploi/population (pour les personnes âgées de 15 ans et plus) chez les personnes non handicapées était de 60 % - sur la base des données de 91 pays. Pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux, ce ratio n'était que de 36 %, ce qui indique une grande disparité. Cela indique que le pourcentage de personnes handicapées actives sur le marché du travail est particulièrement faible. Sept personnes handicapées sur dix dans le monde sont économiquement inactives, ce qui signifie qu'elles ne sont ni employées ni au chômage, alors que seules quatre personnes non handicapées sur dix entrent dans cette catégorie (ILO, 2022). De même, un ensemble de données de 61 pays (dont 23 pays de l'OCI) montre qu'au niveau mondial, 65 % des personnes handicapées sont économiquement inactives, contre 40 % des personnes non handicapées. Cependant, au niveau de l'OCI, la

moyenne des 23 pays avec des données disponibles montre que la proportion de la population économiquement inactive des personnes handicapées (65,8%) et non handicapées (45,3%) est plus élevée que les moyennes mondiales. Dans sept pays de l'OCI, dont l'Albanie, l'Indonésie, la Palestine, le Liban, l'Égypte, le Sénégal et la Somalie, la proportion de personnes handicapées économiquement inactives est supérieure à 80 % (graphique 2.7).

Graphique 2.7: Population économiquement inactive par statut de handicap (%), dernière année (2012-2021)

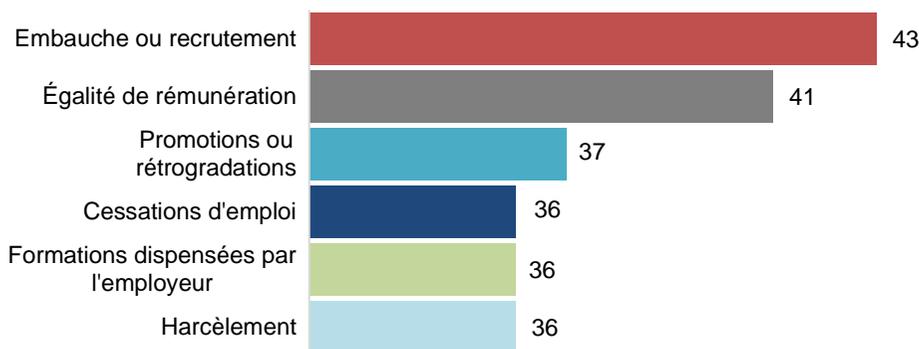


Source : Base de données ILOSTAT sur les indicateurs du marché du travail relatifs au handicap (DLMI).

Dans plusieurs pays en développement, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux qui ont un emploi sont plus susceptibles d'être confrontées à certaines vulnérabilités dans leur emploi. Ces vulnérabilités peuvent prendre la forme d'une rémunération inadéquate, d'un manque de lieux de travail accessibles et de conditions de travail difficiles ou dangereuses qui sapent les droits fondamentaux des personnes handicapées et aux besoins spéciaux (ILO & Foundation ONCE, 2021). Coleman et al. (2013) identifient en outre " un

environnement de travail inadapté, un manque d'éducation ou de compétences pour l'emploi, un manque de transport vers et depuis le lieu de travail " comme des facteurs ayant un impact défavorable sur les personnes handicapées et aux besoins spéciaux. En plus de ces facteurs, la discrimination sur le lieu de travail et la stigmatisation ou les attitudes négatives associées à la productivité et à la fonctionnalité des personnes handicapées et aux besoins spéciaux peuvent nuire à leur intégration économique (SESRIC, 2019a). Toutefois, pour tenter de mettre fin à la discrimination professionnelle en raison du handicap, un nombre important de pays de l'OCI ont adopté des mesures législatives globales qui protègent contre les pratiques discriminatoires et offrent des opportunités équitables aux personnes handicapées dans le domaine de l'emploi. Selon un ensemble de données du Centre de politique mondiale publié en 2019, 43 pays de l'OCI sur 55 pays membres disposant de données disponibles ont ajouté de telles clauses dans leurs législations sur l'emploi, interdisant explicitement la discrimination au cours du processus d'embauche ou de recrutement. De même, 41 pays de l'OCI disposent de garanties statutaires pour un salaire équitable, indépendamment de l'état d'invalidité. En outre, 37 pays de l'OCI ont des règles dans leurs législations nationales interdisant les promotions ou les rétrogradations discriminatoires basées sur le handicap, tandis qu'un autre groupe de 36 pays ont séparément des interdictions explicites contre le harcèlement, l'accès aux formations fournies par l'employeur et les licenciements (graphique 2.8).

Graphique 2.8: Mesures législatives sur l'interdiction de la discrimination liée au handicap sur le marché du travail, (nombre de pays de l'OCI), à partir de juin 2019



Source: Centre d'analyse de la politique mondiale. Données sur le handicap publiées en juin 2019. Note: Les interdictions de discrimination liée au handicap en matière d'embauche, de rémunération, de formation, de promotion et de rétrogradation comprennent (l'interdiction spécifique au handicap, l'interdiction générale, l'interdiction générale et les garanties d'égalité de rémunération pour les personnes handicapées), voir annexe I.

Afin d'améliorer l'intégration économique des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, de nombreux pays de l'OCI ont lancé un large éventail d'initiatives. Ces initiatives comprennent, entre autres, le fait de leur réserver un système de quotas, des systèmes d'emploi centralisés et la subvention des primes de sécurité sociale. Par exemple, en 2014, le ministère du Travail et du Développement social en Arabie saoudite a lancé le programme Tawafuq "Autonomisation pour l'emploi des personnes handicapées" qui vise à fournir un terrain fertile pour construire et promouvoir des opportunités d'emploi inclusives pour ces personnes. En 2016, ce programme a aidé 62 728 personnes handicapées à trouver un emploi auprès de 31 790 entreprises, environ 17 400 personnes handicapées ont reçu des subventions du gouvernement, et le nombre d'employés handicapés dans le secteur privé est passé de 15 500 en 2011 à 62 728 en 2016 (Zero Project, 2017).

De même, en Türkiye, une loi spéciale sur le travail garantit des conditions de travail égales et plus sûres aux personnes handicapées. La loi prévoit trois choses: (i) elle donne pour instruction aux organisations du secteur privé comptant 50 employés ou plus d'employer des personnes handicapées, (ii) elle établit que le nombre de personnes handicapées embauchées ne peut être inférieur à 3 % du total des employés, et (iii) elle impose que le recrutement de personnes handicapées se fasse par l'intermédiaire de l'organisation publique pour l'emploi de Türkiye. Ce faisant, la loi vise à minimiser les obstructions que les personnes handicapées et aux besoins spéciaux rencontrent tout au long du processus de recherche d'emploi et à faire correspondre les employeurs avec ces demandeurs d'emploi (SESRIC, 2017).

Afin de soutenir les efforts entrepreneuriaux des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, le ministère indonésien des affaires sociales a lancé le groupe d'entreprises communes (Kelompok Usaha Bersama) et l'entreprise économique productive (Usaha Ekonomi Produktif). Ces deux initiatives offrent un microfinancement aux entrepreneurs handicapés. Dans le sud de Sulawesi, en Indonésie, le bureau local du ministère de l'industrie a financé une formation professionnelle pour les personnes handicapées sur la façon de traiter les algues (Adioetomo et al., 2014).

2.4. Gouvernance

La gouvernance fait référence aux programmes, politiques et systèmes qui fournissent des services aux individus au niveau local, national ou international. Les structures de gouvernance jouent un rôle important pour garantir et améliorer le bien-être des personnes handicapées dans les pays de l'OCI et ailleurs. Des structures de gouvernance qui fonctionnent bien, notamment des lois, des règlements, des institutions et des mécanismes, contribuent à protéger les droits des personnes handicapées et aux besoins spéciaux et à accroître leur participation à la vie socio-économique.

Les principaux documents stratégiques mondiaux visant les personnes handicapées appellent à la protection des droits et au respect de la dignité des personnes handicapées. Plusieurs articles de la CDPH (articles 15, 16, 17, 21 et 29) portent sur l'amélioration de la gouvernance. Le programme de développement durable des Nations unies, dans le cadre de la cible 1.3 de l'ODD, souligne également l'importance des systèmes et mesures de protection sociale nationaux pour le bien-être matériel des personnes handicapées. Le projet de plan d'action de l'OCI sur les personnes handicapées reconnaît le rôle de la gouvernance dans l'amélioration du niveau de vie des personnes handicapées et identifie la gouvernance comme l'un de ses six principaux domaines d'action (encadré 2.5).

Encadré 2.5: Objectifs stratégiques sur la gouvernance dans le projet de plan d'action de l'OCI pour les personnes handicapées.

Dans le domaine de la gouvernance, le projet de plan d'action de l'OCI sur les personnes handicapées propose les objectifs stratégiques suivants pour guider les décideurs politiques des pays de l'OCI sur la manière de mieux intégrer les personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans la société :

OS 4.1: Réviser les régimes de sécurité sociale

OS 4.2: Accroître la participation des personnes handicapées aux processus politiques

OS 4.3: Renforcer et créer des organisations gérées par et pour les personnes handicapées.

OS 4.4: Augmenter les affectations budgétaires destinées spécifiquement aux initiatives et aux programmes destinés aux personnes handicapées

Source: OCI et SESRIC (2019)

En ce qui concerne les instruments mondiaux qui protègent et promeuvent les droits des personnes handicapées, la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) de 2006 et son protocole facultatif de 2008 sont les principales conventions internationales. Actuellement, 47 pays de l'OCI ont déjà signé la convention de 2006 et 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 pas encore signé la convention, mais y ont adhéré. En général, 44 pays de l'OCI ont ratifié cette convention au niveau national, 10 pays de l'OCI y ont adhéré et trois pays de l'OCI (Cameroun, Liban et Tadjikistan) parmi les signataires de cette convention n'y ont pas adhéré et ne l'ont pas ratifiée dans leurs législatures nationales². Dans le même temps, 20 des 57 pays de l'OCI n'ont pas signé, adhéré ou ratifié le Protocole facultatif de 2008 à la Convention. Ces pays sont l'Albanie, le Bahreïn,

² Les informations relatives à la signature, à l'adhésion et à la ratification de la CDPH et de son protocole facultatif sont en date du 29 décembre 2022 (<https://indicators.ohchr.org/>).

le Brunei Darussalam, les Comores, l'Égypte, la Guyane, l'Indonésie, l'Iran, l'Irak, le Koweït, le Kirghizstan, la Libye, la Malaisie, les Maldives, Oman, le Pakistan, la Somalie, le Suriname, le Tadjikistan et l'Ouzbékistan.

Les systèmes et programmes de protection sociale sont l'un des principes clés de la structure de gouvernance. Cependant, "seulement 27% de la population totale du monde bénéficie d'une couverture sociale adéquate et plus de la moitié de la population totale n'a aucune couverture" (ILO, 2021). Selon le Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019 de l'OIT, l'étendue de la couverture des programmes de protection sociale ancrés dans la législation nationale dans 49 pays de l'OCI est assez variée (tableau 2.1). Par exemple, seuls 10 pays de l'OCI disposent de programmes de protection sociale "complets" offrant une couverture dans huit domaines : maladie, maternité, vieillesse, survivants, invalidité/invalidité, enfant/famille, accidents du travail et chômage. Six autres pays de l'OCI offrent une couverture de protection sociale "presque complète" dans sept domaines. Alors qu'une majorité de 22 pays de l'OCI offrent une couverture "intermédiaire" dans 5 ou 6 dimensions et 11 pays de l'OCI offrent une couverture "limitée" dans 1 à 4 dimensions.

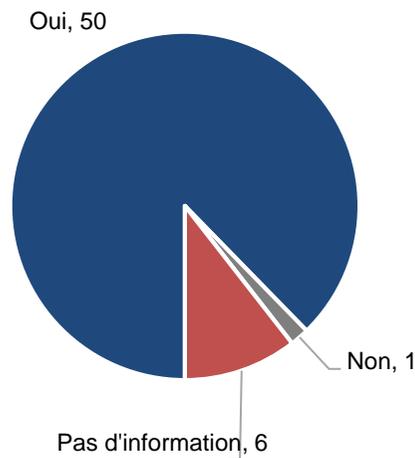
Tableau 2.1: Couverture des programmes légaux de sécurité sociale dans les pays de l'OCI*, 2017-2019

Nombre et politique Domaines couverts	Pays
Complet (10)	Albanie, Algérie, Azerbaïdjan, Iran, Kazakhstan, Liban, Maroc, Tunisie, Turkménistan, Ouzbékistan
Presque complet (6)	Égypte, Guinée, Irak, Pakistan, Tadjikistan, Türkiye
Intermédiaire (22)	Arabie saoudite, Bahreïn, Bangladesh, Bénin, Brunei Darussalam, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Djibouti, Gabon, Guyane, Indonésie, Jordanie, Koweït, Kirghizstan, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Sénégal, Tchad, Togo.
Limité (11)	Gambie, Libye, Malaisie, Nigeria, Oman, Qatar, Sierra Leone, Soudan, Syrie, Ouganda, Yémen
Pas d'information (8)	Afghanistan, Comores, Guinée-Bissau, Maldives, Palestine, Somalie, Suriname, Émirats arabes unis

Source: Ensemble de données du Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019 de l'OIT. *L'échelle de couverture est la suivante : Complet = huit domaines couverts, Presque complet = sept domaines couverts, Intermédiaire = cinq ou six domaines couverts, et Limité = entre un et quatre domaines couverts, voir annexe II.

Les programmes de protection sociale revêtent une importance particulière pour le bien-être des personnes handicapées et aux besoins spéciaux. Ces programmes les aident en couvrant leurs frais médicaux, en leur proposant des appareils d'assistance, en leur apportant une aide au revenu (par exemple, transferts directs en espèces, subventions, exonérations fiscales), etc. (World Bank, 2016). Cependant, comme mentionné ci-dessus, la disponibilité d'une protection sociale adéquate est rare dans le monde. Selon la plateforme de protection sociale de l'OIT, seuls 33,5 % des personnes gravement handicapées dans le monde percevront des prestations de protection sociale en 2020. Pourtant, le Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019 de l'OIT indique que 50 pays de l'OCI ont un programme de protection sociale statutaire qui couvre le handicap/l'invalidité parmi d'autres dimensions, un pays de l'OCI (Djibouti) ne fournit aucun programme de protection sociale statutaire qui couvre le handicap/l'invalidité. Aucune information n'a été fournie pour six pays de l'OCI (Afghanistan, Comores, Palestine, Somalie, Suriname et Émirats arabes unis) concernant la mise à disposition d'un programme de protection sociale statutaire qui couvre le handicap/l'invalidité (graphique 2.9).

Graphique 2.9: Nombre de pays de l'OCI avec un programme statutaire de protection sociale pour le handicap/l'invalidité, 2017-2019



Source: Ensemble de données du Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019 de l'OIT.

Une ventilation des types de programmes de protection sociale pour les personnes gravement handicapées³ dans les pays de l'OCI révèle que la majorité des pays de l'OCI (44) disposent actuellement d'une assurance sociale contributive pour les personnes gravement handicapées. Cinq pays de l'OCI (Brunei Darussalam, Gambie, Indonésie, Malaisie et Ouganda) proposent également des fonds de prévoyance contributifs pour les personnes gravement handicapées et seul le Nigeria propose une cotisation obligatoire sur un compte individuel. Le problème des régimes d'assurance sociale contributifs est qu'ils s'adressent principalement aux personnes qui ont eu un emploi stable ou régulier ou une activité indépendante tout au long de leur vie active.

En ce qui concerne les régimes non contributifs, 10 pays de l'OCI ont des régimes non contributifs, dont deux seulement (Albanie et Azerbaïdjan) offrent une assistance universelle non contributive aux personnes sévèrement handicapées et huit pays de l'OCI (Bangladesh, Irak, Kazakhstan, Kirghizstan, Mozambique, Tadjikistan, Turkménistan et Ouzbékistan) offrent une assistance sociale non contributive sous condition de ressources aux personnes sévèrement handicapées.

Trois pays de l'OCI (Djibouti, Guinée-Bissau et Maldives) n'ont aucun type de programme de protection sociale pour les personnes gravement handicapées ancré dans leurs législations et enfin, cinq pays, à savoir l'Afghanistan, les Comores, la Palestine, la Somalie et le Suriname n'ont aucune information disponible concernant un quelconque programme (tableau 2.2). L'aide sociale sous condition de ressources est accordée aux personnes handicapées et aux besoins spéciaux dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil. Elle est compliquée car elle peut empêcher les personnes appartenant à des groupes désavantagés (tels que les réfugiés et les migrants handicapés) de bénéficier d'une aide sociale appropriée. Les familles de personnes handicapées doivent souvent faire face à des dépenses supplémentaires liées aux soins médicaux, à la thérapie, à l'équipement spécialisé et à d'autres besoins liés au handicap.

Les programmes de protection sociale peuvent jouer un rôle important en atténuant ces difficultés financières et en soutenant les familles de personnes handicapées. Cependant, selon l'ensemble des données de l'OIT (2023), en ce qui concerne la couverture effective des plannings/programmes de protection sociale pour les personnes handicapées, seuls 38 pays de l'OCI fournissent des prestations en espèces pour les personnes gravement handicapées.

³ Le Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019 de l'OIT définit le handicap grave comme "l'équivalent d'une cécité, du syndrome de Down, d'une tétraplégie, d'une dépression grave ou d'une psychose active", conformément à la définition avancée par l'Organisation mondiale de la santé et la Banque mondiale dans leur Rapport mondial sur le handicap de 2011.

Tableau 2.2: Pays de l'OCI avec différents types de programmes de protection sociale pour les personnes gravement handicapées, 2017-2019.

Catégorie	Programme	Pays
Programmes contributifs	Assurance sociale (45)	Albanie, Algérie, Azerbaïdjan, Bahreïn, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Égypte, Gabon, Gambie, Guinée, Guyane, Indonésie, Iran, Iraq, Jordanie, Kazakhstan, Koweït, Kirghizistan, Liban, Libye, Malaisie, Mali, Maroc, Mauritanie, Mozambique, Niger, Oman, Pakistan, Qatar, Arabie Saoudite, Sénégal, Sierra Leone, Soudan, Syrie, Tadjikistan, Togo, Tunisie, Türkiye, Turkménistan, Émirats arabes unis, Ouzbékistan, Yémen.
	Fonds de pension (5)	Brunei Darussalam, Gambie, Indonésie, Malaisie, Ouganda.
	Compte individuel obligatoire (1)	Nigéria
Régimes non contributifs	Assistance universelle (2)	Albanie, Azerbaïdjan
	Assistance sociale* (8)	Bangladesh, Irak, Kazakhstan, Kirghizstan, Mozambique, Tadjikistan, Turkménistan, Ouzbékistan
Pas de programme ancré dans la législation	Pas de programme (3)	Djibouti, Guinée-Bissau, Maldives.
Aucune mention	(5)	Afghanistan, Comores, Palestine, Somalie, Suriname

Source: Ensemble de données du Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019 de l'OIT. Les données datent de 2015 ou de la dernière année disponible. * Les programmes d'aide sociale non-contributive dans ces pays de l'OCI sont soumis à des conditions de ressources.

En outre, des données provenant de neuf pays en développement montrent qu'en moyenne, 76 % des personnes handicapées qui avaient besoin de services d'aide sociale ne peuvent pas en bénéficier (UN, 2018). Les services sociaux et les appareils d'assistance fournis par les pouvoirs publics jouent un rôle déterminant pour répondre aux besoins des personnes handicapées et aux besoins spéciaux. Néanmoins, l'expérience de deux pays de l'OCI montre que ces services, lorsqu'ils sont disponibles, sont loin d'être adéquats. Au Mozambique et au Cameroun, plus de 77 % des personnes handicapées qui ont besoin de produits d'assistance (par exemple, des fauteuils roulants, des aides visuelles, etc.) ont indiqué qu'elles ne disposaient pas de ces produits (UN, 2018).

Les raisons courantes de l'accessibilité limitée des services sociaux (par exemple, les prestations d'invalidité, les appareils fonctionnels, etc.) sont l'allocation limitée (inadéquation entre la demande et l'offre), le manque de connaissances sur les procédures de demande, l'absence de documentation, le manque d'accessibilité des bureaux publics, le manque de clarté du processus d'évaluation du handicap, ainsi que les préjugés et les stigmates envers les personnes handicapées et aux besoins spéciaux (UN, 2018).

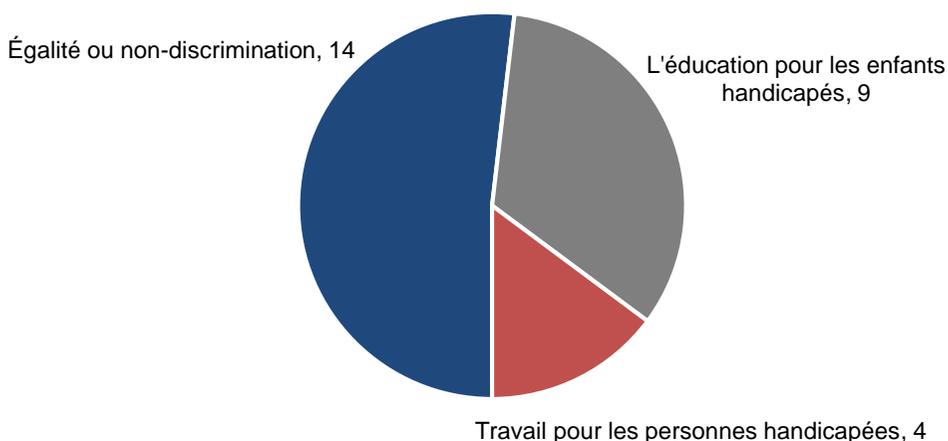
Afin de s'attaquer aux barrières complexes et interdépendantes qui affectent le niveau de vie des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, il est essentiel que les pays de l'OCI établissent des structures de gouvernance efficaces comprenant des stratégies, des plans et des réglementations nationaux détaillés en matière de handicap. Dans de nombreux cas, les pays de l'OCI doivent revoir leurs structures de gouvernance existantes et les aligner sur les stratégies ratifiées au niveau international, telles que le CPRD, afin de promouvoir la participation pleine et effective des personnes handicapées à la société, notamment par la protection et la promotion de leurs droits politiques, économiques, sociaux et culturels.

L'adoption et l'application de lois et de politiques interdisant la violence, la maltraitance et la négligence à l'égard des personnes handicapées restent un objectif difficile à atteindre dans les pays en développement.⁴ Comme le montre le graphique 2.10, seuls 14 des 56 pays de l'OCI pour lesquels des données sont disponibles garantissent explicitement aux personnes handicapées le droit à l'égalité ou à la non-discrimination dans leur constitution, alors que dans neuf pays de l'OCI, les constitutions nationales garantissent explicitement le droit à

⁴ Par exemple, un ensemble de données provenant des États-Unis montre que les personnes handicapées sont quatre à dix fois plus susceptibles d'être victimes de violence, d'abus ou de négligence que les personnes non handicapées (CDC, 2021).

une éducation équitable pour tous les enfants handicapés. Quatre des pays de l'OCI garantissent explicitement la participation des personnes handicapées à la main-d'œuvre dans leurs constitutions. En revanche, sur la base du même ensemble de données, la majorité des pays de l'OCI garantissent explicitement les droits constitutionnels des personnes handicapées, même si ces lois ne sont pas spécifiques aux personnes handicapées. Par exemple, 38 pays de l'OCI garantissent explicitement les droits constitutionnels à la non-discrimination ou à l'égalité, bien qu'ils ne soient pas spécifiques aux personnes handicapées, 32 pays garantissent explicitement le droit à l'éducation pour les enfants handicapés, mais ne sont pas spécifiques au handicap, et 28 pays garantissent explicitement le droit au travail pour les adultes handicapés, mais ne sont pas spécifiques au handicap.

Graphique 2.10: Nombre de pays de l'OCI ayant garanti les droits constitutionnels des personnes handicapées



Source: Centre d'analyse de la politique mondiale. Données sur le handicap publiées en juin 2019.

De même, le tableau 2.3 montre que les pays de l'OCI doivent déployer des efforts supplémentaires en ce qui concerne les structures de gouvernance en formulant des stratégies, des politiques ou des lois. En janvier 2023, seuls 11 pays de l'OCI ont des politiques nationales concernant les personnes handicapées et aux besoins spéciaux, 13 pays de l'OCI ont des stratégies ou des plans d'action au niveau national, et il existe des lois et des règlements qui font référence aux personnes handicapées dans 37 pays de l'OCI.

Tableau 2.3: Pays de l'OCI avec des stratégies, des politiques ou des lois concernant les personnes handicapées et les besoins spéciaux, 2023

Stratégies, politiques ou lois	Pays
Lois/Réglementations (37)	Afghanistan, Albanie, Algérie, Azerbaïdjan, Bahreïn, Bangladesh, Brunei Darussalam, Burkina Faso, Cameroun, Gabon, Guyana, Indonésie, Iraq, Jordanie, Koweït, Kirghizstan, Liban, Libye, Malaisie, Maroc, Mauritanie, Mozambique, Nigeria, Oman, Pakistan, Palestine, Qatar, Arabie saoudite, Sénégal, Sierra Leone, Soudan, Tchad, Tunisie, Türkiye, Émirats arabes unis, Ouzbékistan, Yémen.
Stratégies/Plans d'action (13)	Afghanistan, Albanie, Bahreïn, Bangladesh, Jordanie, Liban, Mozambique, Pakistan, Palestine, Syrie, Türkiye, Émirats arabes unis, Yémen
Politiques nationales (11)	Afghanistan, Bangladesh, Gambie, Iran, Kirghizstan, Malaisie, Maldives, Maroc, Nigeria, Soudan, Émirats arabes unis

Source: MiNDbank de l'Organisation mondiale de la santé, au 11 janvier 2023. Pour une liste complète des pays de l'OCI, voir l'Annexe III.

Il est difficile pour un gouvernement de répondre pleinement aux besoins des personnes handicapées et aux besoins spéciaux sans le soutien de la société civile, des organisations non gouvernementales (ONG) et du secteur privé. La coopération multisectorielle est essentielle pour élargir la portée des politiques et des programmes, en particulier dans les régions défavorisées (par exemple, les zones rurales, les camps, les bidonvilles, etc.) Dans certains cas, la famille et les ONG prennent une importance accrue en fournissant des services essentiels aux personnes handicapées et aux besoins spéciaux lorsque les structures de gouvernance s'avèrent inefficaces. Par exemple, dans une enquête menée en Gambie, seuls 27 % des répondants ont déclaré que les institutions gouvernementales devraient être les prestataires de services désignés ; alors que 73 % des répondants ont collectivement déclaré que les ONG, les individus, les familles/communautés et d'autres organisations devraient être les prestataires de services désignés pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux (Bah, 2016). Dans ce contexte, les décideurs politiques devraient prendre en compte les besoins et les attentes de ces groupes lors du développement ou de la refonte des structures de gouvernance.

Actuellement, plusieurs pays de l'OCI disposent de structures de gouvernance et de programmes propices au bien-être des personnes handicapées et aux besoins spéciaux. Au Guyana, la loi de 2010 sur les personnes handicapées vise à accorder certains droits aux personnes handicapées, à promouvoir et à protéger leur pleine et égale jouissance de leurs droits, à faciliter l'application de

leurs droits, à assurer le bien-être et la réadaptation des personnes handicapées, à organiser l'enregistrement des personnes handicapées, à créer la Commission nationale sur les handicaps et à adopter d'autres dispositions pertinentes (Persons with Disabilities Act, 2010).

L'Égypte a créé le Conseil national du handicap en 2012 pour assurer la coordination entre les différents ministères. Le Conseil est chargé de l'élaboration des politiques, de la supervision et du contrôle des performances du gouvernement et des agences concernées en ce qui concerne la fourniture de services aux personnes handicapées. Le Conseil est également responsable de l'élaboration d'un plan national pour le handicap. En outre, l'Égypte a également lancé le programme Karama, un programme de transferts monétaires inconditionnels ciblant les familles pauvres et les personnes handicapées. En 2020, plus de 838 000 personnes handicapées ont bénéficié de ce programme (World Bank, 2020).

2.5. Permettre un environnement porteur

L'environnement socio-économique des personnes handicapées et aux besoins spéciaux peut favoriser leur inclusion et permettre leur participation à la société. La mise en place d'un environnement favorable pour eux comprend des interventions importantes visant à améliorer la disponibilité, l'accès et le caractère abordable des routes, des bâtiments, des transports, des technologies de l'information et de la communication (TIC). Toutes ces dimensions sont interconnectées, ce qui nécessite l'utilisation d'une approche holistique et multisectorielle (SESRIC, 2019b). Sans une approche holistique et multisectorielle, il est difficile pour tout gouvernement de s'attaquer aux obstacles auxquels sont confrontées les personnes handicapées et aux besoins spéciaux, ou de parvenir à un développement durable.

Divers documents stratégiques internationaux et régionaux sur le handicap reconnaissent l'importance de fournir un environnement favorable aux personnes handicapées. En particulier, la CDPH comporte un certain nombre d'articles (par exemple, les articles 9, 18, 19 et 20) qui visent à accroître la participation socio-économique des personnes handicapées en leur fournissant un environnement favorable. Dans la même optique, le programme de développement durable des Nations unies souligne qu'un environnement favorable aux personnes handicapées peut aider les pays à atteindre le développement durable et à réaliser une croissance inclusive pour tous. Plusieurs cibles des ODD - notamment dans le cadre de l'objectif 11 (par exemple 11.2, 11.3 et 11.7) - sont liées à l'amélioration de l'accessibilité des personnes handicapées en leur fournissant un environnement plus favorable, (UN, 2018). Le nouvel agenda urbain des Nations unies aborde également le droit à un logement et à un niveau

de vie adéquats, l'accès aux infrastructures physiques et sociales de base, y compris des terrains, des logements et des TIC abordables, des espaces publics et des transports accessibles, ainsi que l'autonomisation et la participation des personnes handicapées (UN, 2016).

Le projet de plan d'action de l'OCI sur les personnes handicapées identifie le fait de "permettre un environnement favorable " comme étant l'un des principaux domaines d'action et met en avant quatre objectifs stratégiques et 16 points d'action dans le but "d'améliorer à la fois les conditions physiques et sociales qui sont importantes pour les personnes handicapées " (encadré 2.6) (SESRIC, 2019b).

Encadré 2.6: Objectifs stratégiques relatifs à la mise en place d'un environnement favorable dans le projet de plan d'action de l'OCI pour les personnes handicapées.

Pour assurer un environnement favorable, le projet de plan d'action de l'OCI sur les personnes handicapées propose les objectifs stratégiques suivants pour guider les décideurs politiques des pays de l'OCI sur la manière de mieux intégrer les personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans la société :

OS 5.1: Élaborer des politiques et des règlements efficaces pour assurer un environnement favorable aux personnes handicapées

OS 5.2: Éliminer les obstacles dans l'environnement physique, y compris les bâtiments et les routes, pour faciliter la mobilité des personnes handicapées.

OS 5.3: Promouvoir l'utilisation de technologies et de méthodes qui répondent aux besoins des personnes handicapées dans les milieux publics et privés.

OS 5.4: Soutenir un environnement socialement favorable pour que les personnes handicapées puissent mener leur vie quotidienne sans stéréotypes, discrimination ou préjugés.

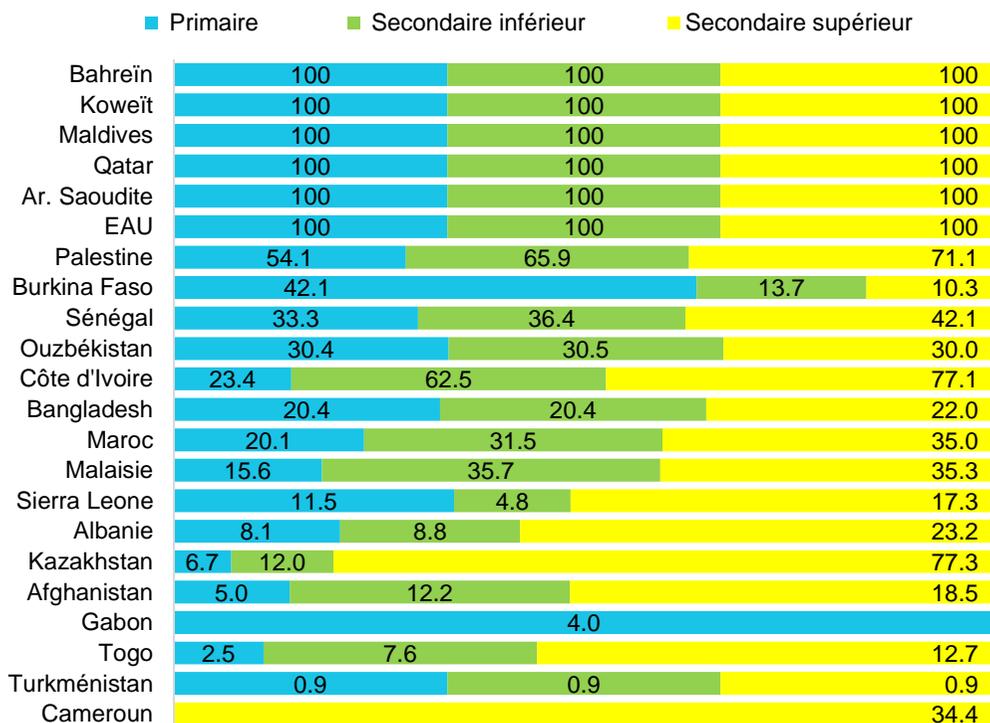
Source: OCI et SESRIC (2019)

Les défis auxquels sont confrontées les personnes handicapées sont multidimensionnels et intersectionnels, à la maison et sur le lieu de travail. Une part importante des logements et des hébergements, par exemple, n'est pas conçue et construite en tenant compte de l'accessibilité et des besoins des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, notamment dans les pays en développement. Selon l'ONU (2018), 55 % des personnes handicapées en moyenne ont indiqué que leur logement était obstructif et 45 % ont eu besoin de modifications à leur domicile pour augmenter l'accessibilité en 2015. Au niveau de chaque pays, 28 % des personnes gravement handicapées au Cameroun ont déclaré avoir des problèmes pour utiliser les toilettes dans leur logement en 2016 (UN, 2018).

Dans de nombreux pays en développement, dont plusieurs pays de l'OCI, l'obstruction de l'environnement physique de travail et l'inaccessibilité des

transports sont le résultat de facteurs tels que l'insuffisance des investissements dans les infrastructures spécifiques au handicap et le manque de réglementations visant à protéger les droits des personnes handicapées et aux besoins spéciaux. Cette inadéquation s'étend également au secteur de l'éducation puisque la plupart des 22 pays de l'OCI disposant de données de l'année dernière concernant la proportion d'écoles ayant accès à des infrastructures et du matériel adaptés pour les étudiants handicapés affichent des pourcentages inférieurs dans les trois catégories d'établissements d'enseignement. Seuls six pays de l'OCI, à savoir le Bahreïn, le Koweït, les Maldives, le Qatar, l'Arabie Saoudite et les Émirats Arabes Unis ont un accès à 100 % à ces installations et matériels d'infrastructure adaptés pour les étudiants handicapés et aux besoins spéciaux dans les écoles primaires, secondaires inférieures et secondaires supérieures (graphique 2.11).

Graphique 2.11: Proportion d'écoles ayant accès à des infrastructures et du matériel adaptés pour les élèves handicapés, par niveau d'éducation (%), 2020*



Source: The UNESCO Institute for Statistics (UIS) database. *Les données pour chaque indicateur sont celles de la dernière année disponible entre 2016 et 2020.

De même, une étude basée sur une enquête menée dans huit pays en développement révèle qu'en moyenne, 32 % des personnes handicapées ont déclaré que leur lieu de travail était obstructif et 36 % ont déclaré que les

transports dans leur pays étaient inaccessibles aux personnes handicapées. (UN, 2018).⁵ Cette étude a porté sur deux pays de l'OCI (Cameroun et Mozambique). Au Cameroun, 50 % des personnes handicapées trouvaient leur environnement de travail physique obstructif et 64 % trouvaient les transports inaccessibles dans leur pays. Au Mozambique, 18% des personnes handicapées trouvaient leur environnement de travail physique obstructif et 33% trouvaient leurs services de transport inaccessibles.

Dans le monde entier, les pays utilisent un certain nombre d'instruments politiques pour créer des environnements favorables aux personnes handicapées et aux besoins spéciaux et améliorer leur accès aux espaces et services publics. Ces instruments politiques comprennent, entre autres, des législations et des réglementations positives, des technologies d'assistance, des programmes de formation pour les praticiens, des solutions TIC et des investissements pour rendre les infrastructures physiques adaptées au handicap. Les technologies d'assistance, en particulier, sont importantes car elles permettent aux personnes handicapées et aux besoins spéciaux de mener une vie saine, indépendante et digne, tout en améliorant leur participation à l'éducation, au marché du travail et à la vie civique (SESRIC, 2019a). Une bonne utilisation des technologies d'assistance peut également entraîner des avantages socio-économiques plus larges. Par exemple, l'utilisation de fauteuils roulants manuels peut améliorer la mobilité des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, ce qui leur permet d'accéder à l'éducation et à l'emploi, tout en réduisant les coûts des soins de santé associés à l'immobilité, comme la réduction des risques d'escarres et de contractures (WHO, 2018).

Dans les pays développés, les normes réglementaires applicables aux systèmes de transport, aux unités de logement et aux autres espaces publics visent à améliorer l'accessibilité des personnes handicapées et aux besoins spéciaux. Pourtant, les normes réglementaires similaires sont sporadiques dans les pays en développement. La prise de conscience de l'importance des mesures permettant de créer un environnement favorable aux personnes handicapées et aux besoins spéciaux est relativement récente dans le monde en développement. C'est également le cas dans plusieurs pays de l'OCI. L'Ouganda, par exemple, a adopté la politique nationale sur le handicap en 2006, les normes d'accessibilité en 2010 et la loi sur le contrôle des bâtiments en 2013. Ces trois règlements visent à améliorer le bien-être des personnes handicapées et à améliorer l'accessibilité des espaces publics pour les personnes handicapées (Zero Project, 2018b).

⁵ Ces huit pays sont le Cameroun, le Chili, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, le Népal, l'Afrique du Sud et le Sri Lanka.

Aux Émirats arabes unis, l'Émirat de Dubaï a commencé à mettre en œuvre la stratégie et le plan d'action de Dubaï en matière d'accessibilité universelle en 2017. Ce plan vise à rénover les bâtiments, les infrastructures et les installations existants afin de garantir un environnement physique sans obstacles et totalement inclusif pour les personnes handicapées (Zero Project, 2018a). En 2019, le gouvernement de la Malaisie a créé une unité dédiée sous le ministère des Communications et du Multimédia qui se concentre sur l'inclusion numérique des personnes handicapées, en aidant les personnes handicapées à bénéficier de l'utilisation de la technologie et en augmentant leur accès aux TIC (Malaymail, 2019)

En 2017, l'Autorité monétaire palestinienne a publié l'instruction n° 8 qui ordonne l'adaptation des bâtiments des banques en fonction des besoins des personnes handicapées. Cette instruction vise à garantir le droit des personnes handicapées à accéder aux établissements bancaires et de crédit et à leur permettre d'effectuer leurs opérations bancaires de la même manière que les autres citoyens (CRPD Palestine Report, 2019). Selon le rapport 2020 de la CDPH sur le Mozambique, ces dernières années, le gouvernement mozambicain a contrôlé et évalué 634 bâtiments publics, dont des écoles, des hôpitaux et des bureaux de l'administration publique, afin de s'assurer qu'ils répondent aux spécifications techniques énoncées dans la réglementation sur l'accessibilité pour les personnes handicapées. Dans les cas où les bâtiments ne répondaient pas aux normes réglementaires, le gouvernement a recommandé des mesures correctives pour rectifier la situation (CRPD Mozambique Report, 2020).

2.6. Culture et Religion

Dans pratiquement toutes les communautés dans le monde, la culture et la religion interagissent lorsqu'il s'agit de façonner les attitudes et les perspectives de la société à l'égard du handicap, des personnes handicapées et aux besoins spéciaux. Dans de nombreux pays de l'OCI, les cultures locales et l'Islam jouent un rôle déterminant dans la façon dont les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont traitées. L'Islam considère tous les êtres humains comme la meilleure des créations de Dieu - quelles que soient leurs conditions physiques - comme l'indique le verset 4 de la sourate At-Tin. Le Saint Coran, les leçons du Prophète Muhammad (p.b.u.h) et la loi islamique ne font aucune discrimination à l'encontre d'un individu en fonction de sa race, de son ethnie ou de ses capacités physiques et psychologiques. Les personnes handicapées ne sont pas considérées comme imparfaites ou défectueuses dans l'islam (Rakhmat, 2017). En fait, le terme "handicap" n'est pas utilisé dans le Coran ; le terme "personnes défavorisées" est plutôt utilisé pour désigner les personnes aux besoins spéciaux (Bazna & Hatab, 2005).

Au niveau individuel, l'islam offre aux personnes handicapées et aux besoins spéciaux une certaine indulgence dans l'accomplissement d'obligations religieuses spécifiques en considération de leur handicap (Rakhmat, 2017). Au niveau sociétal, l'islam protège et promeut l'égalité de dignité, de statut et de droits des personnes handicapées dans les domaines spirituel et juridique (IPHRC, 2021). L'islam considère également que la société est responsable de la prise en charge des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, alors que, culturellement, cette responsabilité incombe en grande partie aux familles et aux communautés (Hasnain et al., 2008).

Dans les pays en développement, il existe une prise de conscience croissante du fait que le handicap est un problème social, économique et développemental. Cependant, les stigmates, les stéréotypes et les préjugés qui entourent les personnes handicapées et aux besoins spéciaux persistent. En Afrique subsaharienne, par exemple, le manque de sensibilisation et de connaissances sur les causes des handicaps et leurs résultats est le principal facteur de perpétuation de la stigmatisation des personnes handicapées et aux besoins spéciaux (Mostert, 2016). En Ouganda, une étude menée par Aley a révélé que les attitudes très majoritairement négatives à l'égard de ces personnes découlent de " croyances traditionnelles néfastes et d'idées fausses sur les causes et la nature du handicap et sur les rôles et les droits que les personnes handicapées peuvent avoir dans la société " (Aley, cité dans Rohweder, 2018). Les perceptions culturelles erronées concernant les handicaps et les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont particulièrement répandues dans les sociétés où les croyances culturelles sont intimement liées aux pratiques religieuses.

Les croyances culturelles négatives sur les causes du handicap sont souvent alimentées par trois croyances prédominantes : (i) la "malédiction ancestrale" ou les "péchés des parents" (principalement des mères) sont responsables des handicaps (Rohweder, 2018) ; (ii) les entités surnaturelles (mauvais esprits, démons, etc.) et la sorcellerie sont responsables des handicaps, et (iii) le handicap est une forme de punition infligée par Dieu. En Gambie, par exemple, une enquête menée par Bah (2016) a révélé que 24 % des personnes interrogées pensaient que "le handicap est une punition de Dieu", 22 % que "le handicap est le résultat de la sorcellerie" et 21 % que "le handicap est un mauvais présage".

Les préjugés, la stigmatisation et les perceptions culturelles erronées concernant les causes des handicaps et les capacités des personnes handicapées et aux besoins spéciaux peuvent avoir des répercussions importantes sur leur vie. Par exemple, diverses études menées au Cameroun, en Guinée, au Niger, au Sénégal, en Sierra Leone, au Togo et en Ouganda constatent que le manque de

connaissances et de compréhension des causes des handicaps peut conduire les familles à commettre l'infanticide de nouveau-nés handicapés, les pères à abandonner la mère et l'enfant, le recours à des cures alternatives forcées ou violentes pour le handicap, les restrictions forcées ou involontaires de la mobilité et de la participation, et l'ostracisme des personnes handicapées (Rohweter, 2018). Des attitudes régressives peuvent empêcher les familles d'envoyer leurs enfants handicapés à l'école dans certains pays de l'OCI (Hasnain et al., 2008). Certaines familles peuvent également rejeter les services de réadaptation ou de traitement pour leurs enfants handicapés, croyant que les enfants handicapés sont en fait un test de Dieu (Diken, 2006).

Toutefois, il n'est pas facile de changer les attitudes à l'égard des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, qui sont profondément ancrées dans les pratiques et les croyances culturelles. Les politiques et initiatives gouvernementales ne peuvent être efficaces que si elles atteignent la base et sont suffisamment inclusives pour couvrir différents segments de la société, comme ceux qui vivent dans les zones rurales ou les bidonvilles. La lutte contre les idées fausses, la stigmatisation ou les préjugés à l'égard des personnes handicapées et aux besoins spéciaux nécessite des efforts tels que le lancement de vastes campagnes de sensibilisation, la conception de programmes impliquant les chefs religieux locaux et les organisations de la société civile, et la mise en œuvre de programmes d'apprentissage pour les adultes et les parents. Il est essentiel que les enseignements de l'Islam soient intégrés dans le discours médiatique sur les handicaps, dans les programmes d'enseignement et dans d'autres politiques et programmes. Il est également important que les gardiens formels et informels des secteurs public et privé reçoivent une formation sur le handicap afin d'atténuer leurs idées fausses et leurs préjugés culturels sur les personnes handicapées et aux besoins spéciaux.

Pour les décideurs des pays de l'OCI, la boîte à outils de l'ONU sur le handicap en Afrique : Culture, croyances et handicap peuvent être particulièrement utiles (encadré 2.7). La boîte à outils a été développée pour combattre les conséquences sociales des croyances néfastes concernant le handicap et pour identifier des actions concrètes pour les surmonter dans le contexte de l'Afrique (UN, 2016a).

Encadré 2.7: Une boîte à outils sur le handicap pour l'Afrique : Culture, croyances et handicap

Une boîte à outils sur le handicap pour l'Afrique par les Nations Unies vise à fournir des outils pratiques pour aborder diverses questions liées au handicap aux responsables gouvernementaux, aux membres du parlement, aux fonctionnaires et aux agents publics, ainsi qu'aux organisations de la société civile. Le module "Culture, croyances et handicap" énumère les cinq mesures et recommandations suivantes pour lutter contre la stigmatisation, les stéréotypes et les mauvaises pratiques :

- (1) Autonomiser les personnes handicapées
- (2) Développer des campagnes communautaires de sensibilisation et d'éducation
- (3) Mettre en œuvre des programmes de sensibilisation aux droits des personnes handicapées dans les écoles.
- (4) Renforcer la documentation et les rapports sur les violations des droits de l'homme à l'encontre des personnes handicapées qui sont ancrées dans la stigmatisation et les croyances coutumières, et
- (5) Entreprendre des réformes législatives et politiques pour lutter contre la stigmatisation.

Source: UN (2016a)

Le projet de plan d'action de l'OCI pour les personnes handicapées identifie également la "culture et l'islam" comme l'un des principaux domaines d'action, reconnaissant ainsi l'influence de la culture et de la religion sur les sociétés. Ce document énumère quatre objectifs stratégiques et 42 points d'action dans le but de "transformer le contexte social pour qu'il soit plus accueillant et neutre envers les personnes handicapées" (encadré 2.8) (SESRIC, 2019b).⁶

Dans plusieurs pays de l'OCI, une série de politiques et d'initiatives s'attaquent aux défis multiformes auxquels sont confrontées les personnes handicapées et aux besoins spéciaux, et éliminent la discrimination fondée sur le handicap qui découle des normes culturelles, des stéréotypes ou des préjugés. Par exemple, en 2019, l'Arabie saoudite a apporté des modifications à sa législation en matière de travail afin d'interdire la discrimination fondée sur le handicap, le sexe et l'âge. De même, au Bahreïn, plusieurs lois et résolutions officielles indiquent l'engagement du gouvernement à soutenir et à donner aux personnes handicapées et aux besoins spéciaux les moyens de vivre une vie décente sans aucune forme de discrimination (E-Government, 2019). Le Nigeria s'est efforcé

⁶ Les conventions internationales telles que la CDPH contiennent également des dispositions relatives à la lutte contre la discrimination fondée sur le handicap et à la protection des personnes handicapées.

de fournir des informations précises sur les enseignements de l'islam concernant les personnes handicapées et aux besoins spéciaux et de sensibiliser les familles et la société au sujet de leurs devoirs envers ces dernières (UN, 2016a).

Encadré 2.8: Objectifs stratégiques concernant la culture et l'islam dans le projet de plan d'action de l'OCI pour les personnes handicapées.

Dans le domaine de la culture et l'islam, le projet de plan d'action de l'OCI sur les personnes handicapées propose les objectifs stratégiques suivants pour guider les décideurs politiques des pays de l'OCI sur la manière de mieux intégrer les personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans la société :

OS 6.1: Combattre la stigmatisation et la discrimination envers les personnes handicapées dans la société en général et promouvoir des images positives des personnes handicapées

OS 6.2: Renforcer l'esprit de solidarité dans la société

OS 6.3: Éliminer la violence et les mauvais traitements envers les personnes handicapées

OS 6.4: Soutenir et renforcer la prestation des soins par les familles et les institutions

Source: OCI et SESRIC (2019)

3

PRINCIPAUX DÉFIS ET PROBLÈMES

Le handicap est une expérience multidimensionnelle et les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont confrontées à une multitude de défis dans leur vie quotidienne. Ces défis ont un impact définitif sur leur bien-être et leur capacité à être socialement et économiquement actifs dans la société. Les défis auxquels sont confrontées les personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans les pays de l'OCI découlent d'une série de facteurs, notamment la faiblesse des dispositions institutionnelles, les sources financières limitées allouées aux programmes pour les personnes handicapées, la couverture inadéquate des programmes de protection sociale, la prévalence des stigmates, des stéréotypes et des préjugés sur les handicaps et autres.

Relever les défis auxquels sont confrontées les personnes handicapées et aux besoins spéciaux a des implications importantes pour la formulation et la mise en œuvre de politiques cohérentes en matière de handicap dans les pays de l'OCI. Toutefois, avant d'aborder les différents défis, il est nécessaire de comprendre qu'un certain nombre de défis auxquels sont confrontées les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont de nature inter-sectionnelle et que leur intensité peut s'aggraver en fonction des caractéristiques démographiques d'un individu. Les femmes, par exemple, sont doublement désavantagées dans la société en raison de leur sexe et de leur handicap. Cela se traduit par un accès limité à l'éducation et aux perspectives d'emploi, une augmentation des stéréotypes et une vulnérabilité accrue à la violence et aux abus. De même, il n'est que trop fréquent qu'un type de défi ait un effet secondaire sur les autres. Par exemple, l'exclusion économique des personnes handicapées et aux besoins spéciaux a des conséquences désastreuses sur leur capacité à se payer des services de santé vitaux et des technologies d'assistance. Dans le même temps, les défis associés aux facteurs comportementaux (tels que les pratiques culturelles négatives, les croyances religieuses, les stigmates, les stéréotypes et les préjugés) ont un impact global sur la vie publique et privée des personnes handicapées et aux besoins spéciaux.

C'est dans ce contexte que le chapitre suivant fournit une discussion succincte sur les défis auxquels sont confrontées les personnes handicapées et aux besoins spéciaux, classés en défis sociaux et économiques, défis liés à la santé et au bien-être, et défis liés à la culture et aux valeurs, conformément au projet de plan d'action de l'OCI sur les personnes handicapées. Il convient de noter ici que si les défis abordés dans ce chapitre sont répandus et importants, ils ne sont en aucun cas exhaustifs.

3.1. Défis sociaux et économiques

Dans de nombreux pays en développement, y compris les pays de l'OCI, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont confrontées à un certain

nombre de défis socio-économiques tout au long de leur vie. Ces défis vont de l'accès limité à l'éducation à l'inadéquation des programmes de protection sociale ciblant ces groupes. Un certain nombre de ces défis sont de nature systémique, ce qui signifie qu'ils peuvent être atténués par des réponses politiques prescriptives.

Dans le domaine de l'éducation, les enfants handicapés sont souvent exclus des institutions éducatives traditionnelles. Dans le monde entier, les enfants handicapés ont moins de chances d'être scolarisés. Certains s'inscrivent à l'école mais ne parviennent pas à poursuivre leur scolarité pour diverses raisons, et finissent par abandonner au lieu d'obtenir un diplôme. Le nombre d'écoles dotées d'installations accessibles, telles que des escaliers ou des rampes, des bureaux et des chaises accessibles, des salles de bain accessibles, des technologies d'apprentissage assistées, du personnel formé pour enseigner aux étudiants handicapés et des programmes d'études adaptés au handicap, est remarquablement faible dans les pays en développement, surtout par rapport au nombre d'enfants handicapés.

Dans de nombreux pays, les obstacles à l'éducation des étudiants handicapés proviennent d'une combinaison de circonstances familiales et d'obstructions infrastructurelles. Par exemple, d'une part, les familles des personnes handicapées et aux besoins spéciaux peuvent ne pas être en mesure de payer l'éducation en raison de contraintes financières ou les parents peuvent avoir des attitudes négatives à l'égard du handicap de leur enfant. D'autre part, certaines familles peuvent choisir de ne pas envoyer leurs enfants handicapés à l'école en raison de la distance à parcourir pour trouver l'école accessible la plus proche ou si les transports de la région sont inaccessibles. D'un point de vue politique, les problèmes d'accès à l'éducation des personnes handicapées et aux besoins spéciaux découlent d'un manque d'interventions ciblées en faveur de la scolarisation des enfants handicapés, d'un manque d'investissements financiers dans les infrastructures éducatives spécifiques au handicap (tant physiques que virtuelles) et de l'absence de services de soutien adéquats pour les familles des enfants handicapés. Par exemple, alors qu'il existe plusieurs programmes dans les pays de l'OCI qui offrent des incitations monétaires et non monétaires aux familles pour qu'elles envoient leurs filles à l'école, des programmes similaires pour les enfants handicapés sont peu courants et souvent insuffisants - surtout dans les zones rurales ou éloignées. Il y a également un manque notable de programmes de formation sanctionnés par le gouvernement sur les méthodes d'éducation inclusive pour les enseignants et le personnel scolaire. Ces programmes de formation contribuent non seulement à fournir une éducation de qualité aux personnes handicapées et aux besoins spéciaux, mais aussi à combattre la stigmatisation et les stéréotypes liés au handicap chez les enseignants et les administrateurs scolaires.

Le manque d'éducation a des répercussions à long terme sur la capacité économique des personnes handicapées et aux besoins spéciaux. Partout dans le monde, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux qui sont en âge de travailler connaissent des taux de chômage plus élevés et rencontrent de multiples obstacles à l'obtention d'un emploi en raison de facteurs tels qu'un faible niveau d'éducation et de compétences, des compétences dépassées ou non pertinentes, des pratiques de recrutement discriminatoires, la discrimination de l'employeur sur le lieu de travail (directe et indirecte), l'inaccessibilité physique du lieu de travail, le manque de technologies d'assistance et d'aménagements appropriés sur le lieu de travail, le manque de soutien dans la recherche d'un emploi et l'inaccessibilité des transports. Là encore, il est possible pour les pays de l'OCI de relever une majorité de ces défis en utilisant des politiques d'emploi ciblées pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux.

La discrimination fondée sur le handicap sur le lieu de travail (lors du recrutement et tout au long de l'emploi) constitue un obstacle majeur à l'intégration économique et à l'autonomisation des personnes handicapées et aux besoins spéciaux. Sur le lieu de travail, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont victimes d'une discrimination directe sous la forme d'une perception négative de leur productivité et de leur fonctionnalité par leurs collègues et leurs supérieurs, d'un manque de soutien matériel (technologies d'assistance) essentiel à l'exécution efficace du travail, de salaires inférieurs à ceux des employés non handicapés et du refus de l'employeur d'assumer les coûts liés à leur emploi et à leur adaptation. Par exemple, un employeur peut ne pas être disposé à dépenser pour une technologie d'assistance ou un assistant pour aider les personnes souffrant de déficiences visuelles à accomplir leur travail.

La discrimination indirecte sur le lieu de travail se produit lorsque les règles et règlements de l'entreprise ont un effet injuste sur les personnes handicapées et aux besoins spéciaux ou ne tiennent pas compte de leurs besoins. Par exemple, l'obligation pour un employé de travailler un certain nombre d'heures ou d'arriver à une heure précise sur le lieu de travail est une politique courante qui peut entraîner une discrimination indirecte à l'encontre des personnes handicapées et aux besoins spéciaux. Cela peut être désavantageux pour une personne handicapée, car elle peut devoir travailler à temps partiel en raison de son handicap ou arriver à une heure différente en raison de contraintes liées au transport.

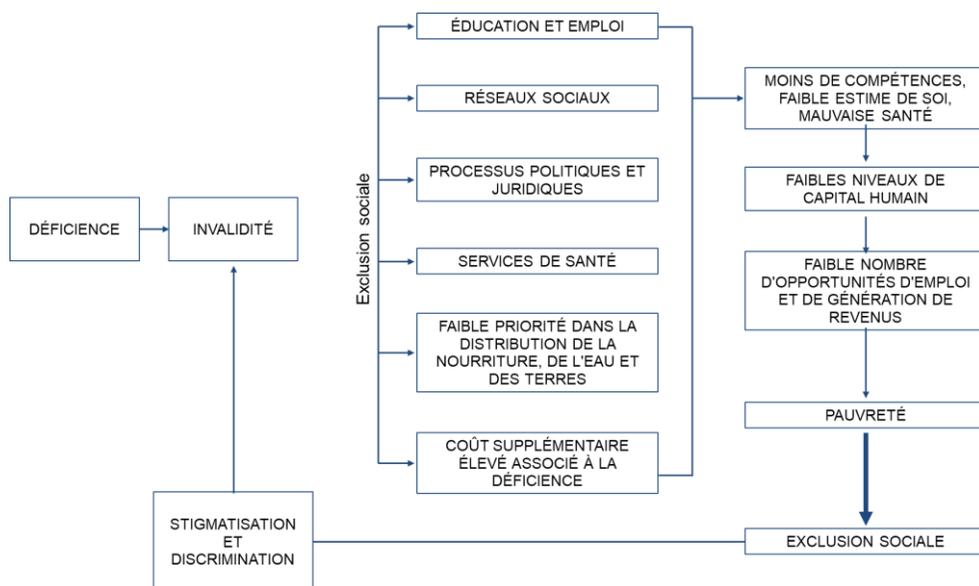
En conséquence, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont largement sous-représentées dans le secteur de l'emploi formel, ce qui les pousse souvent à travailler dans le secteur informel ou à exercer une activité indépendante. Les personnes handicapées et aux besoins spéciaux employées

dans le secteur informel sont confrontées à des difficultés qui incluent, entre autres, le fait de travailler dans des conditions dangereuses, l'absence de réglementations protégeant les droits des employés, l'absence de lois réglementant le traitement des employeurs envers ces derniers, l'imprévisibilité des heures de travail, des salaires et des opportunités d'emploi, l'acceptation d'emplois inférieurs au niveau de compétences de l'individu, et le harcèlement et les abus de la part de l'employeur.

De même, lorsque les personnes handicapées et aux besoins spéciaux se lancent dans une activité indépendante ou dans une entreprise, elles sont confrontées à des défis qui échappent à leur contrôle. Par exemple, les banques hésitent à financer des entreprises appartenant à des entrepreneurs handicapés en raison des stéréotypes et de la stigmatisation qui entourent les capacités et la fiabilité des personnes handicapées et aux besoins spéciaux. Les entrepreneurs handicapés peuvent également avoir plus de mal à enregistrer une entreprise ou à posséder des actifs commerciaux en raison de la complexité de la bureaucratie et de lois qui ne tiennent pas compte des personnes handicapées et aux besoins spéciaux. De même, les contraintes liées aux infrastructures, comme l'inaccessibilité des bâtiments publics tels que les banques et les marchés locaux, l'absence de couverture des télécommunications et des technologies de l'information dans certaines zones, et l'inaccessibilité des transports, peuvent rendre difficile l'accès des entrepreneurs handicapés aux capitaux et aux marchés, ainsi qu'aux clients.

Le handicap peut devenir une cause et une conséquence de la pauvreté (graphique 3.1). Par exemple, d'une part, les ménages avec des personnes handicapées et aux besoins spéciaux possèdent moins d'actifs, ont des revenus inférieurs, subissent de multiples formes de privations économiques et sociales et doivent assumer des coûts supplémentaires liés aux soins de santé, au transport, aux produits d'assistance et aux soins formels ou informels d'un membre de la famille avec un handicap. D'autre part, les conséquences de la pauvreté, telles que la malnutrition, un environnement de vie insalubre ou dangereux, et le manque d'accès à des services WASH adéquats, peuvent provoquer ou aggraver les handicaps. Lorsque les personnes handicapées et aux besoins spéciaux ne peuvent pas participer à la vie active et gagner un revenu, elles - et leurs ménages - sont susceptibles de " se retrouver dans une pauvreté multidimensionnelle, de rester dans la pauvreté plus longtemps et de connaître une pauvreté plus profonde " par rapport aux personnes non handicapées (CPAG, 2021).

Graphique 3.1: Du handicap à la pauvreté



Source: Extrait de Yeo tel que cité dans Pinilla-Roncancio, 2015.

C'est pourquoi 'les systèmes de protection sociale' jouent un rôle essentiel dans le soutien économique des personnes handicapées et aux besoins spéciaux. Cependant, ces personnes sont confrontées à un certain nombre de défis dans l'accès aux programmes de protection sociale, y compris, mais sans s'y limiter, la couverture inadéquate offerte aux personnes handicapées et aux personnes aux besoins spéciaux dans le cadre de divers programmes de protection sociale, le manque de programmes ciblés pour ces personnes, le manque d'information et de sensibilisation sur les programmes de protection sociale et leurs procédures de demande, la présence de conditions préalables qui limitent leur protection sociale, des processus d'évaluation du handicap vagues ou peu clairs, l'accessibilité physique limitée des agences de protection sociale et les attitudes discriminatoires des administrateurs de programmes - en particulier à l'égard des personnes dont les handicaps ne sont pas physiques et/ou visibles.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, la stigmatisation entourant les causes et la nature des handicaps et les croyances régressives sur les droits et les capacités des personnes handicapées et aux besoins spéciaux conduisent souvent à leur exclusion sociale. Les croyances qui entraînent leur exclusion sociale comprennent, entre autres, la mauvaise estime de soi d'une personne handicapée ou le manque de confiance en ses propres capacités ; les croyances ou les perceptions erronées de la famille concernant les handicaps qui limitent leur participation à la société ; et les attitudes régressives dans la communauté et les pratiques communautaires désobligeantes concernant les handicaps. Sur

le plan physique, la participation sociale est entravée par des facteurs tels que l'inaccessibilité des transports, le manque d'initiatives communautaires ciblées et l'inaccessibilité des lieux communs tels que les salles de sport, les restaurants, les parcs, etc.

Il y a aussi le fait que les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont largement sous-représentées dans les médias et la politique, ce qui les rend souvent invisibles aux yeux du public. D'une part, ce manque de représentation limite leurs possibilités de participer aux processus décisionnels et entrave leur accès aux informations publiques, aux services juridiques et à la justice, ainsi qu'à d'autres biens et services publics. D'autre part, lorsqu'elles ne sont pas représentées de manière adéquate dans la sphère publique, cela peut entraîner un manque de sensibilisation du grand public et des fonctionnaires aux problèmes auxquels elles sont confrontées et à la manière de répondre à leurs besoins. La présence limitée des personnes handicapées et des personnes aux besoins spéciaux dans la sphère publique peut également se traduire par une diminution des dépenses publiques consacrées au handicap et par une moindre attention accordée à la conception et à la mise en œuvre de politiques et de programmes d'intégration des personnes handicapées. Dans certains cas, le manque de sensibilisation aux handicaps peut également alimenter des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans les bureaux publics, ce qui aggrave leurs expériences de participation sociale.

Les personnes ayant un handicap et aux besoins spéciaux (notamment celles souffrant de troubles psychosociaux) sont également confrontées à des obstacles lorsqu'il s'agit de participer à la vie politique, que ce soit en votant, en prêtant leur voix à des causes en faveur des personnes handicapées, en plaidant pour une réforme des politiques ou en étant élues à un poste public. Ces obstacles sont dus à des facteurs tels que des lois électorales prohibitives, l'inaccessibilité physique des lieux de vote, la discrimination structurelle et indirecte inscrite dans les réglementations institutionnelles, des exigences restrictives pour les personnes qui se présentent à des fonctions publiques ou le manque de soutien financier pour les candidats politiques handicapés, entre autres. En outre, dans les pays en développement, le nombre d'organisations (publiques ou civiles) qui se consacrent à la diffusion d'informations sur les droits politiques des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, à la promotion de leur participation politique ou à la mise en place de réseaux de soutien pour les personnes actives en politique est également insuffisant.

Dans l'ensemble, bien qu'ils soient signataires ou qu'ils aient ratifié ou adhéré aux conventions des Nations unies relatives aux droits des personnes handicapées (CDPH), de nombreux pays dans le monde ont à peine des

dispositions spécifiques dans leur constitution nationale qui garantissent explicitement l'égalité ou la non-discrimination, l'accès à l'éducation et au travail pour les personnes handicapées. Néanmoins, un nombre limité de pays de l'OCI, comme indiqué au chapitre 2, se sont efforcés de mettre en place des garanties constitutionnelles interdisant la discrimination en raison du handicap dans tous les domaines de la vie, y compris l'emploi, l'éducation et l'accès aux services. Cependant, il est important de noter que l'existence d'une garantie constitutionnelle n'est qu'une première étape, et que la mise en œuvre et l'application effectives de ces droits constituent une autre étape cruciale qui peut avoir un impact réel sur la vie des personnes handicapées.

3.2. Défis liés à la santé et au bien-être

Par rapport aux personnes non handicapées, l'inaccessibilité des services de santé touche plus durement les personnes handicapées et aux besoins spéciaux. Les défis communs auxquels ils sont confrontés dans ce domaine sont liés à la disponibilité, l'accessibilité et l'abordabilité des services de santé.

Dans de nombreux pays en développement, la disponibilité de services de santé de qualité pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux constitue un obstacle majeur aux soins de santé, notamment dans les zones rurales et reculées. Cela est particulièrement vrai pour les services liés aux déficiences mentales, intellectuelles et psychosociales. Les facteurs qui affectent négativement la disponibilité des services de soins de santé spécifiques au handicap comprennent le manque d'infrastructures (routes, transports, établissements de santé ruraux, etc.), l'insuffisance des investissements dans les systèmes de soins de santé, le manque de sensibilisation aux nouvelles technologies (et leur adoption), l'absence d'un système de soins de santé intégré offrant un soutien aux aidants formels et informels, le nombre insuffisant de professionnels de la santé formés (en particulier de professionnels de la santé mentale), l'absence de services de santé ventilés (préventifs, curatifs, palliatifs et de réadaptation), et l'absence de réglementations ciblant ou donnant la priorité à la disponibilité des soins de santé pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux (individuellement ou dans le cadre d'un programme de sécurité sociale).

Les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont également confrontées à des difficultés d'accès aux établissements de santé en raison d'obstacles physiques, notamment l'inaccessibilité des bâtiments et des équipements médicaux, le manque de transports publics, l'utilisation inadéquate de la signalisation, l'inaccessibilité des salles de bain et des aires de

stationnement, ainsi que l'insuffisance des infrastructures routières et informatiques. La disponibilité limitée des informations de santé publique dans des formats adaptés aux personnes handicapées est également un défi important qui affecte l'accessibilité des services de santé. Les personnes handicapées et aux besoins spéciaux peuvent souffrir d'un manque d'informations sur les types de services de santé préventifs, curatifs et de réadaptation disponibles et sur les procédures associées à l'utilisation de ces services. En outre, le manque d'interprètes formés (pour les personnes souffrant de déficiences auditives ou visuelles) dans les établissements de santé crée des obstacles à la communication entre les professionnels de la santé et les patients handicapés, ce qui affecte la qualité des soins qu'ils reçoivent.

De même, la disponibilité et l'accessibilité des services de santé liés au handicap sont également influencées par la prévalence des idées fausses et des préjugés sur le handicap dans la société. Dans les établissements de soins de santé, la discrimination et les préjugés médicaux font que les personnes handicapées et aux besoins spéciaux rencontrent des professionnels de la santé qui ne veulent pas ou ne sont pas en mesure de diagnostiquer et de traiter leurs problèmes de santé. Par conséquent, ces personnes sont plus susceptibles de vivre des expériences où le professionnel de la santé n'écoute pas leurs plaintes, ne respecte pas leurs choix ou n'offre pas de conseils et d'informations appropriés sur les procédures et les médicaments. Dans les cas où les familles ou les gardiens informels sont les seuls responsables de la prise en charge des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, les attitudes négatives et la stigmatisation associées aux handicaps peuvent gravement limiter leur accès aux services de santé essentiels, voire entraîner un placement forcé en institution. C'est particulièrement vrai dans le cas des personnes souffrant de handicaps mentaux et intellectuels ainsi que des femmes handicapées.

Les femmes handicapées, en particulier, ont des difficultés à accéder aux services de santé génésique en raison des stigmates liés au handicap, du manque d'autonomie pour prendre de telles décisions, du manque d'informations et de connaissances, des obstacles physiques et de l'éloignement des établissements, ainsi que du coût de ces services. Elles risquent également d'être découragées de fonder une famille, certains professionnels de la santé leur déconseillant d'avoir des enfants parce qu'ils pensent que l'enfant pourrait hériter du handicap du parent. Les femmes handicapées passent souvent entre les mailles du filet des systèmes de soins de santé parce que les décideurs ne donnent pas la priorité à leurs besoins lors de la planification des programmes et des interventions. Le plus souvent, les services et les informations de santé publique ne ciblent pas spécifiquement les groupes vulnérables tels que les

femmes handicapées pauvres, les femmes handicapées migrantes ou réfugiées, etc.

Enfin, dans plusieurs pays en développement, les coûts prohibitifs des soins de santé sont une raison importante pour laquelle les besoins en soins de santé des personnes handicapées et aux besoins spéciaux ne sont souvent pas atteints. L'incapacité d'une personne à payer pour les soins de santé de base et essentiels, le transport vers et depuis les établissements de santé, et son incapacité à se payer des technologies d'assistance et des thérapies de réadaptation ont un impact significatif sur l'étendue et l'exacerbation de son handicap. Dans un grand nombre de pays en développement, les prestations de soins de santé accordées aux personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont couvertes par une assurance contributive/volontaire (paiements directs) ou par une assurance maladie privée, et non par des programmes de santé publique. Par conséquent, les ménages pauvres et à faible revenu ne peuvent pas se permettre de payer les soins de santé ou ne peuvent pas utiliser les services de santé pendant des périodes prolongées, alors même que les personnes vivant dans la pauvreté sont exposées à des risques sanitaires plus élevés et sont souvent incapables d'accéder à des traitements adéquats. Dans de nombreux cas, les programmes de protection sociale ne couvrent pas les frais médicaux supplémentaires encourus en raison d'un handicap et les personnes handicapées et aux besoins spéciaux ne peuvent pas participer à ces programmes en raison de procédures bureaucratiques compliquées pour obtenir et utiliser une assurance maladie ou des prestations de santé.

3.3. Défis liés à la culture et aux valeurs

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents de ce rapport, les pratiques culturelles et les croyances religieuses ont une influence profonde et directe sur la façon dont les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont traitées dans la société. Les stigmates sociaux, les stéréotypes et les préjugés qui les entourent découlent souvent d'un manque de connaissances et de sensibilisation aux causes du handicap, d'idées fausses sur les causes du handicap dues à des croyances culturelles et religieuses, et d'idées fausses sur la nature de leurs handicaps et de leurs capacités.

Dans divers pays du monde, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont traitées comme si elles étaient physiquement et mentalement inférieures. Les préjugés et la discrimination à leur égard découlent d'une croyance erronée selon laquelle ils ne sont pas productifs dans la société et sont un fardeau ou dépendent des autres. Certaines communautés vont jusqu'à isoler ou imposer des restrictions de mobilité aux personnes handicapées et aux besoins spéciaux,

alimentées par l'idée fausse qu'elles porteront "malchance" ou que leur handicap est "contagieux" (Njelesani et al., 2018).

Ensuite, il y a aussi le fait que les croyances culturelles négatives des parents et des gardiens peuvent déterminer si les personnes handicapées et aux besoins spéciaux auront accès à des services vitaux tels que l'éducation, l'emploi, les soins de santé, etc. Dans la vie publique, ces idées fausses peuvent rendre difficile l'accès à l'emploi de ces personnes (Rohweter, 2018). Dans la vie privée, la stigmatisation des capacités des personnes handicapées et aux besoins spéciaux peut les empêcher de nouer des relations saines, de nouer des amitiés et même de se marier avec des partenaires appropriés. Dans certains pays, par exemple, les familles marient souvent leurs filles handicapées à des partenaires inadaptés car elles ne s'attendent pas à ce que leurs filles puissent trouver un partenaire approprié (Ando, 2017).

La superposition de la discrimination fondée sur le sexe et le handicap est particulièrement préjudiciable aux femmes handicapées et aux personnes souffrant d'un handicap mental ou intellectuel. Ces personnes sont souvent considérées comme "indésirables et indignes", tant dans leur vie privée que dans leur vie publique (Ando, 2017). Cette perception erronée est souvent la raison pour laquelle les femmes handicapées et les personnes souffrant d'un handicap mental ou intellectuel sont vulnérables à la violence et aux abus. Le risque de violence et d'abus est également plus élevé pour les personnes handicapées, en particulier les femmes et les enfants, en raison d'une idée fausse selon laquelle les personnes handicapées ne seraient pas en mesure de comprendre ou d'identifier la violence ou que les personnes handicapées peuvent ne pas être en mesure de comprendre, d'identifier ou de signaler la violence et les abus.

Les idées culturelles fausses, les préjugés, la stigmatisation et les attitudes discriminatoires à l'égard des personnes handicapées et aux besoins spéciaux ne leur permettent pas de jouir des droits qui leur sont accordés par l'Islam et par les lois. Pire encore, les attitudes culturelles régressives sont souvent perpétuées ou renforcées par des politiques juridiques discriminatoires et une représentation médiatique insensible de ces personnes. Les perceptions culturelles erronées ont le pouvoir non seulement de façonner les comportements et les valeurs normatives à l'égard des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, mais aussi parfois utilisées pour légitimer des attitudes et des pratiques discriminatoires et abusives à leur encontre (SESRIC, 2019).

Il est important de s'attaquer efficacement aux croyances et attitudes culturelles négatives concernant les handicaps, car ces croyances déterminent le succès des initiatives en faveur des personnes handicapées, telles que les services de

réadaptation communautaires, les groupes de soutien pour les parents et les ménages ayant des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, les initiatives qui favorisent leur participation sociale et économique (physique ou virtuelle), et les réseaux qui les aident à se socialiser et à nouer des relations saines. Les valeurs culturelles déterminent également si les lois et les règlements qui protègent les personnes handicapées et aux besoins spéciaux contre la violence et les abus, qui protègent leurs droits humains, juridiques et médicaux et qui leur accordent l'autonomie nécessaire pour faire leurs propres choix et prendre leurs propres décisions sont largement acceptées ou non par la société. Plus important encore, les valeurs culturelles déterminent la manière dont les décideurs politiques intègrent et priorisent les besoins des personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans les différentes lois et législations. Outre les politiques publiques et les efforts des autorités nationales, les dirigeants communautaires, les organisations de la société civile et les familles pourraient jouer un rôle essentiel dans la lutte contre les perceptions culturelles erronées à l'égard des personnes handicapées et des personnes aux besoins spéciaux.

Au niveau de chaque pays, il existe de nombreuses bonnes pratiques pour renforcer les droits des personnes handicapées et des personnes aux besoins spéciaux. Par exemple, le ministère de la famille et des services sociaux de la République de Türkiye a adopté l'approche des droits de l'homme comme base de la politique en matière de handicap, telle qu'enrichie par la Convention des Nations unies relative aux droits de l'homme. L'objectif de cette politique est de promouvoir l'égalité de traitement et la dignité des personnes handicapées, conformément aux principes d'antidiscrimination, d'accessibilité, d'autonomie, d'égalité des chances, de pleine participation et d'égalité des sexes (ministère de la famille et des services sociaux, n.d.). Le gouvernement des Émirats arabes unis a adopté le terme "personnes déterminées" pour désigner les personnes handicapées et les personnes aux besoins spéciaux, afin de reconnaître leurs réalisations dans divers domaines. Ces politiques contribuent à lutter contre les perceptions culturelles erronées à l'égard des personnes handicapées et des personnes aux besoins spéciaux au sein des communautés (EAU, n.d.).

Encadré 3.1: COVID-19 et personnes handicapées et aux besoins spéciaux

Les personnes handicapées et aux besoins spéciaux ont été touchées de manière disproportionnée par la pandémie en raison de leurs vulnérabilités et limitations existantes. Depuis le début de la pandémie, ils ont rencontré davantage d'obstacles pour accéder aux informations sur la santé publique en raison de la non-disponibilité ou de l'inaccessibilité de ces informations dans des formats adaptés aux personnes handicapées.

Elles constituent également l'un des groupes les plus défavorisés lorsqu'il s'agit d'accéder à la technologie numérique et de l'utiliser, ce qui signifie que lorsque les gouvernements s'appuient sur les TIC pour répondre aux besoins de leurs citoyens, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux ne sont pas prises en compte.

De même, pendant la pandémie de COVID-19, l'utilisation de ressources en ligne pour fournir des services de santé est devenue essentielle pour les groupes vulnérables tels que les personnes âgées et les personnes handicapées. Toutefois, dans les pays où les investissements dans les technologies liées à la santé sont limités, l'offre de ces services est devenue un défi important pour le bien-être des personnes handicapées et aux besoins spéciaux.

Plus important encore, les mesures visant à contenir la propagation de COVID-19 ont entraîné des perturbations importantes des services essentiels, des systèmes de soutien et des réseaux informels dont dépendent les personnes handicapées et aux besoins spéciaux. Ces services comprennent, entre autres, l'assistance personnelle, l'interprétation en langue des signes et en langage tactile, et le soutien psychosocial.

4

**REPENSER LES APPROCHES
POLITIQUES ET LEUR
EFFICACITÉ**

Au cours de la dernière décennie, le discours général sur le handicap a évolué, passant du traitement du handicap en tant que condition médicale ou économique à des approches qui mettent l'accent sur les aspects sociaux et les droits de l'homme du handicap. Ces nouvelles approches du handicap adoptent le modèle du "groupe minoritaire" et une approche anti-discrimination (Lawson & Beckett, 2021). Ces deux approches reconnaissent l'impact de la politique publique sur la création d'un environnement favorable aux personnes handicapées et aux besoins spéciaux, et le fait que la politique en matière de handicap est largement fondée sur les attitudes et les valeurs d'une société à l'égard de ces personnes (Lawson & Beckett, 2021).

Pourtant, dans le monde entier, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux continuent de faire face à des désavantages qui entraînent leur exclusion de tout mécanisme de prise de décision. Par exemple, des études montrent que les décideurs politiques ont largement " ignoré, et privé de pouvoir les personnes handicapées lors de la conception et de la mise en œuvre des plans de réponse et de relèvement du COVID-19, même si elles sont plus susceptibles d'être affectées par la pandémie (Pring, 2021).

Afin de rectifier ces oublis dans les pays de l'OCI, le projet de plan d'action de l'OCI sur les personnes handicapées guide les décideurs politiques des pays de l'OCI pour qu'ils adoptent un ensemble de principes primordiaux lors de la conception et de la mise en œuvre de politiques pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux. Ces principes - abordées dans ce chapitre - comprennent "la diversité, l'utilisation d'une optique de genre, une approche fondée sur le cycle de vie, l'inclusion, la dignité humaine et l'approche multisectorielle".

4.1. Diversité et inclusion

Les politiques qui font de la diversité un principe fondamental favorisent les concepts d'acceptation et de respect et mettent l'accent sur la reconnaissance des expériences, des capacités et des différences uniques d'un individu (Disabled World, 2018). Cependant, contrairement à d'autres dimensions courantes de la diversité qui sont régulièrement prises en compte par l'action positive - comme la race, le sexe, l'origine ethnique, l'âge et la religion - le handicap est souvent négligé en tant que dimension de la diversité.

C'est particulièrement évident dans les secteurs de l'éducation et de l'emploi. Par exemple, Casey (2020) rapporte qu'aux États-Unis, "90 % des entreprises affirment donner la priorité à la diversité mais seulement 4 % considèrent le handicap comme une initiative de diversité". Dans le secteur universitaire, seuls 3 % des articles de recherche qui abordaient la diversité mentionnaient également le handicap en 2019 et 2020 (Gale, 2021). De nombreux

établissements d'enseignement répondent aux besoins des étudiants handicapés en se limitant souvent à leur responsabilité légale de fournir "des aménagements pédagogiques et de faciliter l'accessibilité" (Burke, 2021). Dans le secteur de l'emploi, de nombreuses personnes handicapées et aux besoins spéciaux peuvent hésiter à demander des aménagements en raison de la "stigmatisation associée à la demande d'aménagements". Par exemple, il est communément admis que le fait de demander des aménagements peut rendre une personne moins apte à être embauchée parce que le fait de révéler un handicap peut faire douter de la productivité d'une personne ou parce que les entreprises peuvent ne pas vouloir assumer les coûts supplémentaires associés à la fourniture d'aménagements pour les personnes handicapées (Gale, 2021). En outre, les programmes visant à améliorer la diversité sur le lieu de travail sont souvent "sélectivement inclusifs" (Burke, 2021). Par exemple, il est plus probable que les programmes de diversité soient basés sur les antécédents d'une personne, plutôt que sur son statut d'handicapé.

Lorsque les institutions et les praticiens abordent le handicap selon une approche strictement "médicale", ils ne réalisent pas que chaque personne handicapée a une identité et un contexte uniques (Burke, 2021). Cela amène à traiter les personnes handicapées et aux besoins spéciaux comme une entité homogène, ce qui est fallacieux car elles proviennent d'un large éventail de milieux sociaux, culturels et économiques. La façon dont ils vivent les handicaps est fortement influencée par leur sexe, leur race, leur origine ethnique, leur religion, etc. et vice versa. Ignorer le principe de diversité dans l'élaboration des politiques séquestre les personnes handicapées et aux besoins spéciaux, leurs identités et l'intersectionnalité de leurs expériences, ce qui peut nuire à l'efficacité des politiques et programmes spécifiques au handicap (SESRIC, 2019).

Les efforts visant à rendre les politiques et les programmes plus inclusifs pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux devraient commencer par "reconnaître, comprendre et accepter la nature répandue des handicaps visibles et invisibles" (Respect Ability, n.d.). L'inclusion fait ici référence à l'amélioration de la participation sociale, économique, culturelle et politique de ces personnes en renforçant les opportunités et les ressources qui leur sont offertes, en veillant à ce qu'elles soient davantage représentées dans la prise de décision (en particulier dans les domaines qui ont un impact sur leur vie) et en protégeant leurs droits et leur dignité. Ceci est particulièrement important pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux et appartenant à une minorité et à des groupes vulnérables tels que les personnes vivant dans la pauvreté, les femmes, les personnes âgées, les réfugiés et les migrants, etc.

Rendre les sociétés plus inclusives pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux est à la fois un processus et un objectif. Dans les deux cas,

tout effort en faveur de l'inclusion nécessite une politique de diversité et d'inclusion claire au niveau national - qui inclut explicitement le handicap comme une dimension de la diversité - afin de guider les institutions publiques et privées dans la planification, le financement et la gestion d'espaces favorables au handicap. Ceci est crucial pour développer des solutions spécialisées pour les défis spécifiques aux personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans les pays de l'OCI.

4.2. Perspective sexospécifique

Le projet de plan d'action de l'OCI sur les personnes handicapées (2019) reconnaît que les femmes et les filles handicapées sont confrontées à des formes multiples et intersectionnelles de discrimination qui peuvent limiter leur accès aux services de base tels que l'éducation, le logement, les soins de santé et l'emploi. Dans la sphère privée, les femmes handicapées sont moins susceptibles d'avoir un pouvoir de décision dans le ménage, sont plus exposées à la violence sexiste et aux abus, à la négligence et à la maltraitance (UN DESA, n.d.). Dans la sphère publique, les femmes handicapées sont susceptibles d'être victimes d'une "double discrimination" lors des processus d'embauche et de recrutement, de subir des inégalités salariales, de ne pas avoir accès aux possibilités d'avancement professionnel et de développement des compétences, de ne pas pouvoir posséder des biens et des ressources et de participer à la prise de décision (O'Reilly, 2003). Les femmes handicapées sont aussi généralement invisibles ou absentes des médias et de la politique. Même si les femmes handicapées sont plus nombreuses à avoir besoin de soins de longue durée que les hommes handicapés en raison d'une espérance de vie plus longue et du fait que les femmes handicapées sont plus susceptibles d'être placées en institution que les hommes handicapés (Kothari, 2005).

Il convient de noter que les discriminations et les désavantages auxquels les femmes handicapées sont confrontées sont causés et exacerbés par un certain nombre (et une combinaison) de facteurs, y compris, mais sans s'y limiter, les pratiques culturelles, les attitudes et les comportements sociaux, la discrimination systémique, le manque de soutien et de protection législative, le manque de sensibilisation aux questions propres aux femmes et aux filles handicapées, etc.

La nécessité d'utiliser une optique de genre lors de l'élaboration de politiques et de programmes en matière de handicap revêt une importance accrue car les femmes occupent une position centrale dans les systèmes de soins formels et informels pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans les pays de l'OCI. Ceci reste vrai malgré le fait qu'un grand nombre de gardiennes informelles ne disposent pas toujours de la formation, des compétences et des ressources nécessaires pour s'occuper des personnes handicapées et aux

besoins spéciaux. La charge des soins à long terme de ces personnes repose souvent sur les épaules des membres féminins de la famille ou des employées de maison. Les femmes gardiennes informelles sont souvent plus nombreuses que les structures de soins formelles dans les pays de l'OCI car : (i) les rôles traditionnels des hommes et des femmes, les structures familiales et les systèmes sociaux centrés sur la famille font reposer la responsabilité des soins ménagers sur les épaules des femmes et des filles, (ii) les services de soins formels sont largement sous-développés dans les pays de l'OCI pour des raisons incluant, mais sans s'y limiter, sous-investissement dans les infrastructures, disponibilité limitée des financements et d'expertise nécessaires pour lancer et gérer de tels services, et (iii) les femmes assument les responsabilités des soins lorsque le ménage n'a pas les moyens de payer des soins formels et d'accéder aux technologies d'assistance.

Le fait d'assumer la responsabilité de s'occuper des personnes handicapées et aux besoins spéciaux peut aggraver les inégalités existantes entre les sexes dans les pays de l'OCI de la manière suivante :

- La prestation de soins ajoute une pression sur les femmes qui doivent combiner les responsabilités de soins avec l'éducation et/ou l'emploi, ce qui a un impact négatif sur l'équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée, peut détériorer leur santé physique et mentale et leur participation sociale (Schultz, 2008) ;
- Les responsabilités familiales peuvent empêcher les filles de recevoir leur éducation, contraindre les femmes à quitter le marché du travail ou les amener à prendre une retraite anticipée, ce qui peut accroître leur dépendance économique, le risque de tomber dans la pauvreté et l'exclusion sociale et économique (ILO, 2018);
- Les travailleuses domestiques chargées de donner des soins peuvent souffrir de travailler dans des environnements peu sûrs, être exposées au risque d'exploitation (surtout si elles sont migrantes ou travailleuses informelles) et avoir un accès limité aux mesures de protection sociale (Spasova et al., 2018).

On s'attend à ce que la demande de gardiens formels et informels pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux augmente dans un avenir proche en raison de l'évolution démographique et du vieillissement rapide dans plusieurs pays de l'OCI. Il est nécessaire que les décideurs politiques des pays de l'OCI reconnaissent que des politiques et des programmes efficaces pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux peuvent avoir un impact significatif non seulement sur les femmes et les filles handicapées mais aussi sur les femmes en général. Les politiques et les programmes en matière de handicap qui tiennent compte de la dimension de genre garantissent donc que les femmes

handicapées participent à la prise de décision, que leurs voix et leurs expériences uniques s'intègrent au discours général sur le sujet et que leurs besoins spéciaux sont effectivement pris en compte. En même temps, l'utilisation d'un objectif de genre est également utile pour identifier les innombrables façons dont le genre est un facteur décisif lorsqu'il s'agit de développer des politiques et des programmes holistiques et durables pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux.

4.3. Approche fondée sur le parcours de vie

Comme nous l'avons vu dans le chapitre d'introduction de ce rapport, chaque individu est susceptible de faire l'expérience du handicap à un moment donné de sa vie, que ce soit directement (pour des raisons de santé ou de vieillesse) ou indirectement (ayant un membre de la famille ou un ami qui est handicapé). L'impact des handicaps chroniques se fait sentir tout au long de la vie, mais les handicaps dus à la vieillesse ou aux accidents/blessures peuvent affecter un individu de manière temporaire. Une approche du handicap fondée sur le "parcours de vie" examine les processus biologiques, comportementaux, psychologiques et sociaux qui affectent les personnes handicapées et aux besoins spéciaux à différentes étapes de leur vie. Ces étapes comprennent la petite enfance, l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse (SESRIC, 2019).

L'approche fondée sur le parcours de vie replace le handicap, qui n'est plus seulement un état "médical", mais un résultat de l'environnement social, économique et culturel. Elle est consciente du fait que l'environnement d'une personne peut influencer son handicap et vice versa. Les facteurs environnementaux qui affectent les personnes handicapées et aux besoins spéciaux comprennent, sans s'y limiter, les facteurs sociaux tels que les attitudes, les comportements et les perceptions des gens à leur égard, le contexte socio-économique de la personne, etc. ; les facteurs physiques tels que l'accessibilité des espaces publics, l'accès aux technologies d'assistance, etc. ; et les facteurs législatifs tels que la disponibilité des programmes de protection sociale, les politiques d'action positive, etc. (CanChild, 2021).

L'utilisation d'une approche du handicap basée sur le parcours de vie peut encourager les politiques et les programmes de détection précoce et de prévention du handicap, en particulier chez les nourrissons et les enfants. C'est important car si le handicap n'est pas détecté, identifié et traité à temps, cela peut gravement entraver la capacité des gardiens à soutenir les personnes handicapées et aux besoins spéciaux et peut entraîner le développement d'autres handicaps et/ou déficiences à un stade ultérieur. Dans de nombreux pays, l'identification des handicaps chez les enfants incombe aux parents, mais

cette approche présente des lacunes. Les parents, par exemple, peuvent être capables de détecter le handicap de leur enfant, mais peuvent ne pas en connaître la nature/les causes ou ne pas avoir les capacités de s'occuper de l'enfant. Dans de tels scénarios, les institutions nationales de santé d'un pays peuvent développer des services de détection précoce des handicaps évitables et ses institutions éducatives peuvent sensibiliser et former les gardiens et les parents sur la manière de mieux prendre soin des personnes tout au long des différentes étapes de la vie.

Pour les décideurs politiques des pays de l'OCI, la promotion de l'adoption d'une approche du handicap basée sur le "parcours de vie" peut présenter deux avantages concrets. D'une part, elle peut améliorer considérablement la qualité des services et des infrastructures associés à la prise en charge des personnes handicapées et aux besoins spéciaux. Par exemple, il est largement reconnu que ces personnes sont confrontées à des défis distincts à chaque étape de leur vie ; une personne âgée handicapée est susceptible de faire face à des défis différents de ceux d'un adolescent handicapé. La compréhension des défis distincts auxquels les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont confrontées au cours des différentes étapes de la vie peut guider le développement de formations et de technologies pour les personnes qui s'occupent des handicapés, qu'elles soient formelles ou informelles afin de mieux répondre à leurs besoins spéciaux selon l'âge. De même, le fait de préparer et de doter les gardiens des connaissances, des compétences et des ressources nécessaires pour s'occuper efficacement des personnes handicapées et aux besoins spéciaux aux différentes étapes de leur vie pourrait conduire directement à une amélioration de la qualité globale des services disponibles pour ces personnes dans un pays.

Deuxièmement, lorsque les décideurs politiques tiennent compte de l'impact de l'environnement socio-économique d'une personne sur son handicap et vice-versa, ils peuvent concevoir des politiques et des programmes intuitifs, capables de traiter de manière préventive l'exposition d'une personne à des risques sanitaires excessifs et de l'aider à éviter les risques futurs susceptibles de provoquer ou d'exacerber son handicap. Lorsque les politiques et les programmes reconnaissent que le handicap va au-delà de la condition physique et psychologique d'un individu, ils peuvent aider à combattre les perceptions erronées et les stigmates associés à la santé, à la fonctionnalité et à la productivité des personnes handicapées et aux besoins spéciaux. Par conséquent, l'utilisation d'une approche fondée sur le parcours de vie pour informer l'élaboration des politiques peut permettre aux personnes handicapées défavorisées sur le plan socio-économique de mieux profiter des opportunités et des résultats positifs liés à la santé à chaque étape de leur vie.

4.4. Dignité humaine

Les enseignements de l'Islam, les diverses conventions internationales relatives aux droits de l'homme telles que la CDPH, et les cadres stratégiques régionaux tels que le projet de plan d'action de l'OCI sur les personnes handicapées considèrent la dignité humaine comme un droit de l'homme universel et fondamental accordé à toutes les personnes, indépendamment de leur race, de leur sexe, de leur appartenance ethnique, de leur âge, de leurs convictions religieuses ou politiques, ou de leurs handicaps physiques ou mentaux. Cependant, la réalisation pratique et la protection de la dignité d'un individu est une question complexe - en particulier dans le cas des personnes handicapées et aux besoins spéciaux.

Dans la pratique, la dignité des personnes handicapées et aux besoins spéciaux est régulièrement violée lorsqu'elles sont involontairement placées en institution ou lorsqu'elles reçoivent un traitement médical non consenti. Leur dignité peut également être subvertie lorsqu'ils sont exclus de l'éducation, de l'emploi et de la participation sociale, ce qui peut entraîner leur manque d'autonomie et d'agence et indiquer l'absence de respect de leur vie privée et de leurs choix personnels (Graumann, 2014).

Il est largement reconnu que les personnes handicapées et aux besoins spéciaux font partie des personnes les plus vulnérables de la société en raison de leur dépendance vis-à-vis des gardiens. Ils sont également susceptibles de connaître un isolement social en fonction de la nature de leur handicap. Ces deux facteurs peuvent accroître leur vulnérabilité à la violence et aux abus, ce qui entraîne une violation de leur dignité. Les femmes handicapées, par exemple, sont deux ou quatre fois plus susceptibles de subir des abus psychologiques, physiques, sexuels et économiques par rapport aux femmes non handicapées (Dunkle et al., 2018). La dignité des personnes handicapées et aux besoins spéciaux est également menacée par le comportement dominateur, l'attitude désobligeante et la négligence physique, passive, délibérée et émotionnelle de leur gardien. Les perceptions culturelles erronées qui perçoivent le handicap comme le résultat d'un "péché, d'un mauvais œil ou d'une punition" peuvent également porter atteinte à la dignité de ces personnes.

Certains services qui permettent aux personnes handicapées et aux personnes aux besoins spéciaux de mener une vie épanouissante peuvent, s'ils ne sont pas conçus correctement, porter atteinte à leurs droits. Par exemple, pour que les personnes souffrant d'un handicap auditif puissent bénéficier d'une éducation - qui est un droit fondamental et inaliénable - elles ont besoin de dispositions spéciales dans les écoles et les établissements d'enseignement. Cependant, il arrive que ces dispositions mènent à l'isolement d'un étudiant dans un cadre

éducatif ou que les personnes souffrant de handicaps auditifs ne puissent pas exercer leur droit à l'éducation en l'absence de telles dispositions. Par conséquent, pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux, la question de la dignité humaine est plus étroitement liée à l'égalité des résultats plutôt qu'à l'égalité de traitement (Bell, 2017).

La dignité est essentielle pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux, car elle garantit qu'elles ne sont pas perçues et traitées comme des victimes ou des personnes à charge "demandant" leurs droits ou individus méritant la charité, mais comme des individus méritant les mêmes avantages fondés sur les droits que les autres (Bell, 2017). La responsabilité des décideurs politiques des pays de l'OCI est donc de concevoir des programmes qui s'adaptent aux expériences des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, qui garantissent leurs droits, leur respect et leur inclusion dans la société, et qui éliminent les obstacles à l'exercice de leurs droits.

En termes pratiques, les décideurs politiques des pays de l'OCI peuvent s'assurer que les lois et règlements existants protègent la dignité des personnes handicapées et aux besoins spéciaux en combattant la discrimination à leur encontre et en tenant compte de leur handicap dans les politiques d'éducation, d'emploi, etc. Les organes nationaux des droits de l'homme peuvent jouer un rôle important dans la défense de la dignité des personnes handicapées et aux besoins spéciaux en établissant des normes minimales et des directives antidiscriminatoires, en consacrant des budgets à des programmes et des infrastructures spécifiques au handicap et en déterminant des mesures de protection pour ces personnes.

4.5. Coopération multisectorielle

L'analyse de la situation des personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans les pays de l'OCI, entreprise dans le cadre de ce rapport, révèle deux conclusions essentielles : (i) les défis auxquels ils sont confrontés sont de nature intersectorielle et (ii) que les principaux déterminants de leur bien-être (facteurs sociaux, économiques, culturels et autres) sont influencés par des politiques et des programmes extérieurs au secteur de la santé. Les besoins des personnes handicapées et aux besoins spéciaux - tout comme ceux des personnes non handicapées - concernent divers secteurs de la société. Un seul secteur ne peut répondre adéquatement aux besoins de ces personnes. Par conséquent, les efforts globaux visant à relever les défis auxquels sont confrontées les personnes handicapées et aux besoins spéciaux et à assurer leur participation pleine et effective à la société nécessitent l'adoption d'une approche multisectorielle qui rassemble les acteurs, notamment les institutions publiques, les institutions

privées, les ONG et les organisations du secteur civil, les praticiens et les chercheurs, aux niveaux local, national, régional et international.

Une approche multisectorielle du handicap impose de faire de la prise en charge des personnes handicapées et aux besoins spéciaux une priorité dans des secteurs autres que celui des soins de santé. Par exemple, le bien-être des enfants handicapés ne relève pas seulement la responsabilité des parents, des médecins, des infirmières et des soignants, mais aussi de celle des travailleurs sociaux, des éducateurs et d'autres praticiens. Ce faisant, elle utilise des règlements et des lois pour répondre aux besoins des personnes handicapées et aux besoins spéciaux qui dépassent le cadre de la santé, tels que les besoins liés à l'éducation, à l'emploi, à l'inclusion sociale, à la participation civique, à l'engagement politique, etc.

La majorité des coûts liés aux handicaps ne relèvent pas de la couverture médicale. Il est important pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux de bénéficier de prestations d'invalidité, de congés de maladie et d'allocations de chômage. À cette fin, des systèmes de protection sociale performants sont importants pour garantir le bien-être des personnes handicapées et des personnes aux besoins spéciaux. L'adoption d'une approche multisectorielle pourrait également contribuer à accroître l'efficacité des systèmes de protection sociale, notamment en réglant les problèmes de coordination entre les autorités de santé publique et les prestataires de services sociaux publics.

Cependant, un certain nombre de pays dans le monde tardent à adopter une approche multisectorielle pour des raisons qui incluent, mais ne se limitent pas à, l'absence d'engagement politique ou de politique nationale sur le handicap, une décentralisation stricte qui empêche la collaboration entre les différents secteurs, le manque de canaux de communication appropriés entre les acteurs et les secteurs, les contraintes budgétaires ou infrastructurelles, l'ambiguïté sur les rôles des acteurs non gouvernementaux et privés, et l'accent mis sur la collaboration verticale plutôt qu'horizontale (O'Toole, 1996).

L'adoption d'une approche multisectorielle du handicap est importante pour les décideurs politiques des pays de l'OCI en raison des coûts sociaux et économiques de l'exclusion des personnes handicapées et aux besoins spéciaux de la sphère du développement. Au Bangladesh, par exemple, le coût associé à la réduction de la participation au marché du travail des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, les coûts associés à la perte de l'école pour les enfants handicapés, les coûts associés aux gardiens adultes et les coûts associés aux enfants qui aident un membre de la famille à s'occuper d'eux s'élèvent à environ 1,18 milliard de dollars par an (Ali, 2014).

Tout en intégrant une approche multisectorielle du handicap, il est également important pour les pays de l'OCI de faciliter la participation des personnes handicapées et aux besoins spéciaux aux processus d'élaboration des politiques. Cela présente de nombreux avantages, comme l'amélioration de leur représentation dans le processus décisionnel et la garantie que leurs besoins et leurs expériences sont compris et pris en compte par les décideurs politiques. Elle peut également être avantageuse pour sensibiliser aux handicaps, ce qui peut entraîner un changement dans les comportements sociaux, les attitudes et les perceptions des handicaps. Par exemple, la formation à la sensibilisation des fonctionnaires et des praticiens publics et privés peut combattre les attitudes négatives associées au handicap ; la collaboration avec les parents, les écoles locales et les dirigeants communautaires (religieux et non religieux) peut contribuer à nourrir les systèmes et réseaux de soutien pour les familles dont un membre est handicapé ; et les organisations de médias de masse peuvent contribuer à transformer les attitudes à l'égard du handicap et à donner une voix aux personnes handicapées et aux besoins spéciaux (DeKock, 2018). Plus important encore, une collaboration multisectorielle sur la politique en matière de handicap peut sensibiliser aux droits et aux problèmes des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, tout en soulignant le rôle qu'elles peuvent jouer dans le développement socio-économique de leur société.

5

RECOMMANDATIONS POLITIQUES

Les pays de l'OCI accueillent actuellement des millions de personnes handicapées et aux besoins spéciaux, qui ont besoin d'une assistance et d'un soutien particuliers pour améliorer leurs conditions de vie. Pour ce faire, les pays de l'OCI doivent s'attaquer à un certain nombre de problèmes, y compris, mais sans s'y limiter, l'investissement dans les programmes de sécurité sociale, la formation des soignants formels et informels et des professionnels de la santé, et le changement des attitudes et des comportements débilissants envers les personnes handicapées et aux besoins spéciaux. Les recommandations suivantes peuvent aider les décideurs politiques des pays de l'OCI à aborder ces questions.

Au niveau national, les pays de l'OCI *peuvent développer et renforcer les législations et politiques nationales existantes en matière de handicap*. Les pays de l'OCI - qui ne disposent pas actuellement d'une politique nationale sur le handicap - devraient mettre l'accent sur l'élaboration d'une politique nationale globale et holistique qui réponde aux besoins des personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans tous les secteurs (éducation, soins de santé, emploi, protection sociale, etc.) Une politique nationale devrait également viser à protéger leurs droits fondamentaux (droit à l'éducation, à l'emploi, aux soins de santé, etc.) en introduisant des mesures antidiscriminatoires, en encourageant les actions positives et les initiatives en faveur de l'intégration des personnes handicapées.

Les pays de l'OCI qui disposent actuellement d'une politique nationale sur le handicap doivent la réviser afin d'identifier et d'éliminer les lois et règlements qui entraînent une discrimination indirecte ou systémique à l'encontre des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, et de mettre en place des mécanismes leur permettant de signaler tout cas de discrimination dans les sphères publiques ou privées. Pour les pays de l'OCI, la réforme des politiques peut faciliter le développement de systèmes inclusifs où les personnes handicapées et aux besoins spéciaux bénéficient d'opportunités égales et équitables et ne subissent pas de discrimination. Elle peut également permettre d'améliorer la mise en œuvre des politiques et des mécanismes de suivi.

Les politiques et programmes en faveur des personnes handicapées doivent être élaborés dans le cadre *d'une collaboration multisectorielle entre les personnes handicapées et aux besoins spéciaux et les institutions publiques, les institutions privées et les organisations de la société civile*. Il est essentiel que les politiques et programmes en faveur des personnes handicapées ne soient pas désintégrés en raison d'un manque de coordination entre les différents ministères et commissions. Au contraire, les politiques et programmes en matière de handicap relevant de diverses institutions gouvernementales doivent être cohérents et synergiques pour éviter les redondances et améliorer l'efficacité des politiques. Il

est également essentiel que les acteurs locaux (tels que les dirigeants communautaires, les chefs religieux, etc.) s'engagent à promouvoir l'adoption de politiques nationales au niveau de la base.

Les pays de l'OCI doivent également prendre *des mesures pour identifier et éliminer les barrières physiques et comportementales auxquelles les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont confrontées lors de l'accès aux biens et services publics*. Les institutions publiques comprennent, entre autres, les établissements de santé, les établissements d'enseignement, les installations sportives et récréatives, les parcs et les centres communautaires, les institutions financières, les tribunaux et les institutions juridiques, ainsi que les différents modes de transport. Les services publics comprennent, entre autres, les programmes de protection sociale, les possibilités de participation à la prise de décision et d'intégration sociale, les services de réadaptation à base communautaire et les possibilités d'emploi.

Par exemple, les directives et les normes relatives à l'environnement physique peuvent garantir que les espaces publics comportent des aménagements adaptés aux personnes handicapées, tels que des mains courantes, des rampes, des technologies numériques d'assistance, des aides à la communication, une signalisation appropriée, etc. De même, *les informations sur les programmes et services publics doivent être disponibles et accessibles aux personnes handicapées et aux besoins spéciaux*, y compris les informations sur la manière de postuler à ces programmes, par le biais de diverses sources traditionnelles et non traditionnelles. Plus important encore, les pays de l'OCI doivent *investir dans les TIC et les technologies numériques* qui peuvent améliorer de manière significative la participation sociale et économique des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, tout en leur permettant de bénéficier d'une série de services avec une aisance relative.

Les politiques et réglementations nationales doivent également *fournir des connaissances et des formations aux personnes et institutions chargées de fournir des services aux personnes handicapées et aux besoins spéciaux (dans tous les secteurs)*. Ces personnes et institutions comprennent, sans s'y limiter, les décideurs politiques, les fonctionnaires, les enseignants, les professionnels de la santé, les soignants formels et informels, etc. Par exemple, les fonctionnaires ont besoin d'une formation pour les sensibiliser aux personnes handicapées et aux personnes aux besoins spéciaux et pour éliminer les comportements discriminatoires dans la prestation des services publics. Les décideurs politiques ont besoin d'une formation pour améliorer leur compréhension des besoins et des défis auxquels sont confrontées les personnes handicapées et aux besoins spéciaux. Les enseignants et les professionnels de la santé ont besoin d'une formation pour s'assurer que leur

comportement et leurs attitudes à l'égard des personnes handicapées et aux besoins spéciaux n'entraînent pas de discrimination directe ou indirecte dans la prestation de services. Enfin, les pays de l'OCI devraient impliquer les personnes handicapées et aux besoins spéciaux lors de la conception de formations et d'ateliers intégrant le handicap.

Il est également recommandé que les pays de l'OCI accordent une attention particulière à *l'amélioration de la couverture des programmes de protection sociale afin d'inclure les personnes handicapées et aux besoins spéciaux*. Dans le cadre de la protection sociale universelle, les pays de l'OCI doivent s'efforcer de combler les lacunes de la couverture sociale accordée aux personnes handicapées et celles aux besoins spéciaux, d'améliorer la qualité et la gamme des programmes de protection sociale qui leur sont destinés et de réduire les coûts associés à leurs besoins fondamentaux. Si nécessaire, les pays de l'OCI doivent mettre en œuvre des programmes de protection sociale spécifiques au handicap qui couvrent les coûts supplémentaires encourus par les personnes handicapées et aux besoins spéciaux (coûts associés à l'utilisation de produits d'assistance, à l'institutionnalisation, à la réhabilitation, etc.) En fait, les politiques et programmes de protection sociale ne devraient pas seulement couvrir les besoins existants de ces personnes et leur fournir un soutien au revenu, mais aussi couvrir les initiatives qui permettent leur participation économique, telles que la formation professionnelle et la réhabilitation. Plus important encore, l'éligibilité des personnes handicapées et aux besoins spéciaux à l'aide sociale ne devrait pas être évaluée à l'aide de critères restrictifs/conditionnels tels que des tests de ressources ou de revenus.

Il est également essentiel que les pays de l'OCI *investissent dans des services de santé conçus spécifiquement pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux*. L'amélioration de leur état de santé dépend directement de l'amélioration de leur accès à des services de soins de santé de qualité et abordables, qui utilisent au mieux les ressources disponibles. Il est notamment nécessaire que les pays de l'OCI investissent non seulement dans les services de soins de santé palliatifs et curatifs, mais aussi dans les services de soins de santé préventifs et réhabilitatifs. Ceci est particulièrement important pour les personnes souffrant de déficiences mentales ou intellectuelles. Il est également recommandé aux pays de l'OCI d'évaluer les politiques et services existants, d'identifier les priorités pour réduire les inégalités en matière de santé et de planifier des améliorations pour l'accès et l'inclusion. Il est important de rendre les services de soins de santé abordables pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux, afin qu'elles ne soient plus tributaires des paiements directs. Afin d'améliorer la disponibilité des services de santé, il est essentiel que les pays de l'OCI investissent dans le capital humain - en particulier dans les

professionnels de la santé qui sont formés pour répondre aux besoins des personnes handicapées et présentant des exigences particulières.

Dans le secteur de l'éducation, les pays de l'OCI doivent entreprendre des efforts pour *protéger le droit à l'éducation des personnes handicapées et aux besoins spéciaux*. Ces efforts doivent encourager leur scolarisation dans l'enseignement formel, lutter contre les stéréotypes publics négatifs concernant les capacités académiques des étudiants handicapés, veiller à ce que les programmes scolaires intègrent le handicap, former les enseignants et les administrateurs pour qu'ils comprennent les besoins des étudiants handicapés et ne pas discriminer les personnes handicapées et aux besoins spéciaux (délibérément ou accidentellement), identifier et mettre en œuvre des mesures pour rendre les établissements d'enseignement physiquement et virtuellement accessibles, et investir dans les technologies d'assistance pour les étudiants handicapés. Pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux qui ne suivent pas un enseignement formel, les pays de l'OCI doivent développer des programmes informels ou numériques qui leur permettent de développer des compétences spécifiques à l'emploi.

Sur le plan économique, les politiques et programmes relatifs au handicap dans les pays de l'OCI doivent *veiller à ce que les personnes handicapées et aux besoins spéciaux ne soient pas exclues de la population active et de l'esprit d'entreprise*. Les efforts en faveur de leur inclusion économique devraient être axés sur l'élaboration de politiques nationales visant à lutter contre la discrimination fondée sur le handicap à l'embauche et sur le lieu de travail, de politiques protégeant leur droit à bénéficier d'aménagements si nécessaire, et de programmes les aidant à trouver des emplois correspondant à leurs compétences, tenant compte de leur statut d'handicapé et ne les exploitant pas. Les pays de l'OCI peuvent fournir des incitations aux organisations du secteur public et privé pour déterminer des quotas d'embauche, prendre des mesures positives, rendre les lieux de travail physiquement adaptés, former les employés et la direction, et investir dans la technologie d'assistance ou numérique pour promouvoir l'emploi des personnes handicapées et aux besoins spéciaux. En ce qui concerne les entrepreneurs handicapés, les politiques et les programmes des pays de l'OCI doivent identifier et éliminer les obstacles, y compris, mais sans s'y limiter, les difficultés d'accès au capital et aux marchés, les procédures compliquées pour enregistrer une entreprise et posséder des actifs, et la prévalence de stéréotypes négatifs sur les personnes handicapées et aux besoins spéciaux et sur leurs capacités entrepreneuriales et financières.

Les technologies d'assistance peuvent améliorer considérablement la vie des personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans tous les secteurs de la société, notamment les personnes souffrant de déficiences mentales,

intellectuelles et psychosociales. Cependant, de nombreux pays de l'OCI ne disposent pas de la technologie, de l'infrastructure et de l'expertise nécessaires à la production d'appareils fonctionnels. Par conséquent, les personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans les pays de l'OCI peuvent avoir des difficultés financières à importer, acheter ou utiliser des technologies d'assistance telles que des prothèses, des fauteuils roulants, des aides à la conduite et autres dispositifs. Il est donc important que les pays de l'OCI *investissent dans la recherche et le développement des technologies d'assistance*. Pour ce faire, les pays de l'OCI doivent estimer le besoin non satisfait de diverses technologies d'assistance et les ressources nécessaires au développement et à la distribution de ces technologies. Les pays de l'OCI devront également développer des mécanismes pour améliorer leur accès aux technologies d'assistance.

Étant donné que les défis auxquels sont confrontées les personnes handicapées et aux besoins spéciaux sont de nature intersectionnelle, il est recommandé que les pays de l'OCI *formulent et mettent en œuvre des politiques qui tiennent compte du chevauchement de facteurs tels que le sexe et le handicap*. En particulier, les pays de l'OCI doivent reconnaître les expériences des femmes et des filles handicapées dans leurs politiques et stratégies nationales. Ils doivent prendre en compte les besoins spéciaux des femmes handicapées dans les politiques et programmes nationaux, afin d'améliorer leur bien-être et leur participation à la société. Ces politiques ont plus de chances de réussir si les femmes handicapées participent aux efforts de conception, de mise en œuvre et d'évaluation des politiques et des programmes. Il existe également un besoin important de programmes ciblés qui traitent de questions importantes spécifiques aux femmes handicapées. Par exemple, les campagnes médiatiques peuvent sensibiliser les femmes handicapées dans la société ; elles peuvent contribuer à lutter contre la violence et les abus, à normaliser le niveau d'instruction et la participation économique des femmes handicapées et à faire évoluer les attitudes sociales régressives concernant la vie privée et les capacités des femmes handicapées, entre autres choses.

Dans l'ensemble, les pays de l'OCI doivent *utiliser les sources traditionnelles et non traditionnelles des médias pour sensibiliser la société au handicap*. Ces campagnes de sensibilisation devraient se concentrer sur les points suivants : (i) informer les personnes handicapées et aux besoins spéciaux de leurs droits fondamentaux dans la société ; (ii) combattre les stigmates et stéréotypes négatifs, les préjugés, les croyances culturelles et les pratiques religieuses qui nuisent au bien-être des personnes handicapées et aux besoins spéciaux - notamment les personnes souffrant de déficiences mentales, intellectuelles et psychosociales ; (iii) sensibiliser aux défis auxquels elles sont confrontées dans la société ; (iv) combattre les croyances désobligeantes concernant leurs capacités et leur fonctionnalité à la maison, sur le lieu de travail et dans la société

en général ; (v) améliorer la prestation de services dans tous les secteurs de la société ; et (vi) informer le public et les décideurs du rôle que les personnes handicapées et aux besoins spéciaux peuvent jouer dans le développement socio-économique de la société. Il est important que les personnes handicapées et aux besoins spéciaux participent à ces campagnes de sensibilisation et d'information.

En l'absence de données et de statistiques fiables et actualisées sur le handicap, il est difficile d'élaborer des politiques efficaces pour les personnes handicapées et aux besoins spéciaux. Actuellement, les pays de l'OCI manquent cruellement de capacités pour collecter, traiter, analyser et diffuser les données sur le handicap. *La collecte d'informations et de données sur les personnes handicapées et aux besoins spéciaux est vitale* pour les pays de l'OCI, car elle leur permet de mettre en place des interventions politiques opportunes et efficaces, d'améliorer les capacités de suivi et d'évaluer les besoins. Les pays membres de l'OCI doivent accorder une attention particulière aux directives internationales sur la collecte, le traitement et la communication des données afin d'élaborer des politiques fondées sur des preuves qui répondent efficacement aux besoins des personnes handicapées et aux besoins spéciaux.

Les pays de l'OCI doivent compléter leurs efforts de collecte de données par des investissements dans les institutions de recherche, les universités et les centres spécialisés qui *entreprennent des activités de recherche et génèrent des statistiques sur les personnes handicapées et aux besoins spéciaux*. L'absence de preuves et de recherches appropriées sur les besoins, les obstacles et les résultats pour la santé de ces personnes peut limiter les capacités de la structure politique. Les données et la recherche sont également essentielles à la mise en place de mécanismes de suivi et d'évaluation efficaces, qui sont importants pour suivre l'impact et le succès des politiques et programmes en matière de handicap.

Les personnes handicapées ont apporté d'immenses contributions dans divers domaines tels que la science, les arts, la politique, etc. au niveau mondial. *Reconnaître les contributions qu'ils ont apportées à l'amélioration des sociétés est un pas important vers la promotion de l'inclusion et de l'égalité*. Il faut donc reconnaître et valoriser les compétences, les expériences et les perspectives uniques que les personnes handicapées apportent à la société, et s'efforcer de faire tomber les barrières qui peuvent les empêcher de participer pleinement à tous les aspects de la vie. Pour y parvenir, il faut des efforts et un engagement de la part de tous, y compris des individus, des communautés et des gouvernements, afin de créer un monde où chacun peut s'épanouir et réaliser son plein potentiel.

Enfin, il est important que les pays de l'OCI s'engagent *activement dans (ou adoptent) les principales conventions et programmes internationaux ciblant le handicap*, tels que le plan d'action mondial de l'OMS en faveur des personnes handicapées et les ODD qui comprennent plusieurs cibles relatives pour les personnes aux besoins spéciaux. Les pays de l'OCI peuvent bénéficier des expériences des institutions internationales (par exemple, l'ONU, l'OMS, la Banque mondiale), des initiatives nationales des pays membres de l'OCI ainsi que des organisations de la société civile travaillant dans ce domaine. Au niveau de l'intra-OCI, les pays de l'OCI peuvent s'inspirer des documents stratégiques clés qui favorisent le bien-être et l'avancement des personnes handicapées et aux besoins spéciaux. Ces documents comprennent l'OCI 2025 : Programme d'action, Programme d'action stratégique de l'OCI en matière de santé 2014-2023 (OIC-SHPA), et Plan d'action de l'OCI pour la promotion de la femme (OPAAW). Il est également important que les pays de l'OCI *adoptent sans tarder le projet de plan d'action de l'OCI pour les personnes handicapées*. Cet important plan d'action peut répondre à la myriade de défis auxquels sont confrontées les personnes handicapées et aux besoins spéciaux dans leur vie socio-économique. Elle est également essentielle pour guider les actions politiques à court et à long terme dans les pays de l'OCI, non seulement pour accroître la participation sociale, économique et culturelle des personnes handicapées et aux besoins spéciaux, mais aussi pour renforcer leurs contributions au développement de leurs sociétés.

ANNEXES

Annexe I: Mesures législatives sur l'interdiction de la discrimination liée au handicap sur le marché du travail, (nombre de pays de l'OCI), à partir de juin 2019

Variable	Pays
Embauche ou recrutement (43)	Afghanistan, Albanie, Algérie, Azerbaïdjan, Bahreïn, Bangladesh, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Gabon, Guinée, Guyane, Indonésie, Irak, Jordanie, Kazakhstan, Liban, Libye, Malaisie, Maldives, Mali, Maroc, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigeria, Oman, Qatar, Sénégal, Sierra Leone, Suriname, Syrie, Tadjikistan, Togo, Tunisie, Türkiye, Turkménistan, Ouganda, Ouzbékistan, Yémen.
Égalité salariale (41)	Afghanistan, Albanie, Algérie, Azerbaïdjan, Bahreïn, Bangladesh, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Gabon, Guinée, Guyane, Indonésie, Iraq, Jordanie, Kazakhstan, Kirghizstan, Liban, Malaisie, Maldives, Mali, Maroc, Niger, Nigeria, Oman, Pakistan, Qatar, Sierra Leone, Suriname, Syrie, Tadjikistan, Togo, Türkiye, Turkménistan, Ouganda, Yémen.
Promotions ou rétrogradations (37)	Albanie, Algérie, Azerbaïdjan, Bahreïn, Bangladesh, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Gabon, Guinée, Guyane, Indonésie, Irak, Jordanie, Kazakhstan, Liban, Maldives, Mali, Maroc, Mozambique, Niger, Nigeria, Oman, Qatar, Sierra Leone, Suriname, Syrie, Tadjikistan, Togo, Türkiye, Turkménistan, Ouganda, Ouzbékistan, Yémen.
Harcèlement (36)	Albanie, Algérie, Azerbaïdjan, Bahreïn, Bangladesh, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Gabon, Guinée, Guyane, Indonésie, Irak, Jordanie, Kazakhstan, Koweït, Liban, Malaisie, Maldives, Mali, Maroc, Mozambique, Nigeria, Oman, Qatar, Sierra Leone, Suriname, Tadjikistan, Togo, Türkiye, Turkménistan, Ouganda, Yémen.
Formations dispensées par l'employeur (36)	Albanie, Algérie, Azerbaïdjan, Bahreïn, Bangladesh, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Gabon, Guinée, Guyane, Indonésie, Irak, Jordanie, Kazakhstan, Liban, Maldives, Mali, Maroc, Mozambique, Niger, Nigeria, Oman, Qatar, Sierra Leone, Suriname, Syrie, Tadjikistan, Togo, Türkiye, Turkménistan, Ouganda, Yémen.
Résiliations (36)	Albanie, Algérie, Azerbaïdjan, Bahreïn, Bangladesh, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Gabon, Guinée, Guyane, Indonésie, Jordanie, Kazakhstan, Kirghizstan, Liban, Maldives, Mali, Maroc, Niger, Nigeria, Oman, Qatar, Sierra Leone, Suriname, Syrie, Tadjikistan, Togo, Türkiye, Turkménistan, Ouganda, Ouzbékistan, Yémen.

Source: Centre d'analyse de la politique mondiale. Données sur le handicap publiées en juin 2019. Note: Les interdictions de discrimination liée au handicap en matière d'embauche, de rémunération, de formation, de promotion et de rétrogradation comprennent (l'interdiction spécifique au handicap, l'interdiction générale, l'interdiction générale et les garanties d'égalité de rémunération pour les personnes handicapées).

Annexe II: Couverture des programmes légaux de sécurité sociale dans les pays de l'OCI*, 2017-2019

PAYS	Nombre de domaines de la politique de sécurité sociale couverts par un programme statutaire
Afghanistan	Pas d'information
Albanie	Une couverture juridique complète 8
Algérie	Une couverture juridique complète 8
Azerbaïdjan	Une couverture juridique complète 8
Bahreïn	Une couverture juridique complète 5 à 6
Bangladesh	Une couverture juridique intermédiaire 5 à 6
Bénin	Une couverture juridique intermédiaire 5 à 6
Brunei Darussalam	Une couverture juridique intermédiaire 5 à 6
Burkina Faso	Une couverture juridique intermédiaire 5 à 6
Cameroun	Une couverture juridique intermédiaire 5 à 6
Tchad	Une couverture juridique intermédiaire 5 à 6
Comores	Pas d'information
Côte d'Ivoire	Une couverture juridique intermédiaire 5 à 6
Djibouti	Une couverture juridique intermédiaire 5 à 6
Égypte	Une couverture juridique presque complète 7
Gabon	Une couverture juridique intermédiaire 5 à 6
Gambie	Une couverture juridique limitée 1 à 4
Guinée	Une couverture juridique presque complète 7
Guinée-Bissau	Pas d'information
Guyana	Une couverture juridique intermédiaire 5 à 6
Indonésie	Une couverture juridique intermédiaire 5 à 6
Iran	Une couverture juridique complète 8
Irak	Une couverture juridique presque complète 7
Jordanie	Une couverture juridique intermédiaire 5 à 6
Kazakhstan	Une couverture juridique complète 8
Koweït	Une couverture juridique intermédiaire 5 à 6
Kirghizstan	Une couverture juridique intermédiaire 5 à 6
Liban	Une couverture juridique complète 8
Libye	Une couverture juridique limitée 1 à 4
Malaisie	Une couverture juridique limitée 1 à 4
Maldives	Pas d'information
Mali	Une couverture juridique intermédiaire 5 à 6
Mauritanie	Une couverture juridique intermédiaire 5 à 6
Maroc	Une couverture juridique complète 8
Mozambique	Une couverture juridique intermédiaire 5 à 6
Niger	Une couverture juridique intermédiaire 5 à 6
Nigéria	Une couverture juridique limitée 1 à 4
Oman	Une couverture juridique limitée 1 à 4
Pakistan	Une couverture juridique presque complète 7
Palestine	Pas d'information
Qatar	Une couverture juridique limitée 1 à 4
Ar. Saoudite	Une couverture juridique intermédiaire 5 à 6
Sénégal	Une couverture juridique intermédiaire 5 à 6
Sierra Leone	Une couverture juridique limitée 1 à 4
Somalie	Pas d'information
Soudan	Une couverture juridique limitée 1 à 4
Surinam	Pas d'information
Syrie	Une couverture juridique limitée 1 à 4

Tadjikistan	Une couverture juridique presque complète 7
Togo	Une couverture juridique intermédiaire 5 à 6
Tunisie	Une couverture juridique complète 8
Türkiye	Une couverture juridique presque complète 7
Turkménistan	Une couverture juridique complète 8
Ouganda	Une couverture juridique limitée 1 à 4
Émirats arabes unis	Pas d'information
Ouzbékistan	Une couverture juridique complète 8
Yémen	Une couverture juridique limitée 1 à 4

Source: Ensemble de données du Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019 de l'OIT.

Annexe III: Liste des stratégies, politiques nationales et lois des pays de l'OCI sur les personnes handicapées et aux besoins spéciaux, à partir du 11 janvier 2023

Pays	Stratégie des personnes handicapées, politique, législation
Afghanistan	Loi sur les droits et privilèges des personnes handicapées (2010)
Albanie	Loi sur le statut des paraplégiques et tétraplégiques (2000)
Algérie	Loi sur la protection et la promotion des personnes handicapées (2002)
Azerbaïdjan	Sur la prévention des handicaps, la réadaptation et la sécurité sociale des personnes handicapées (1997)
Bahreïn	Les droits des personnes présentant des besoins spéciaux (2006)
Bangladesh	Loi sur le Conseil de la réadaptation (2018)
	Loi sur les droits et la protection des personnes handicapées (2013)
	Règles pour la loi sur la protection des personnes handicapées (2008)
	Loi sur le bien-être des personnes handicapées (2001)
Brunei Darussalam	Loi sur les droits et la protection de la personne avec un handicap (2013)
	Loi sur les pensions de vieillesse et d'invalidité (1995)
Burkina Faso	Loi sur la protection et la promotion des personnes handicapées (2010)
	Décret relatif à l'adoption d'une action sociale en faveur des personnes handicapées dans les domaines de la santé et de l'éducation (2010)
Cameroun	Loi sur la protection et la promotion des personnes handicapées (2010)
	Loi relative à la protection des personnes handicapées (1983)
Tchad	Loi portant sur la protection des personnes handicapées (2007)
Gabon	Loi relative à l'organisation de la protection sociale des personnes handicapées au Gabon (1996)
Guyana	Loi sur les personnes handicapées (2010)
Indonésie	Loi sur les personnes handicapées (2016)
	Loi concernant les personnes handicapées (1997)
Irak	Droit des personnes handicapées (2013)
	Loi sur la création d'établissements de soins pour les personnes aux besoins spéciaux (1947)
Jordanie	Loi sur les droits des personnes handicapées (2007)
Koweït	Législation sur le handicap (2010)
Kirghizstan	Règlement relatif à l'octroi de bons de soins thermaux pour les personnes handicapées (2013)
	Règlement type relatif aux commissions territoriales d'expertise médicale et sociale (2012).
	Loi sur les droits et les garanties des personnes handicapées (2009)
	Loi sur les droits et les garanties des personnes handicapées (2008)
Liban	Droit des personnes handicapées (1999)

	Loi sur les droits des personnes handicapées (2000)
Libye	Droit des personnes handicapées (1987)
Malaisie	Loi sur les personnes handicapées 2008.
Mauritanie	Loi sur le handicap (2006)
Maroc	Loi sur la protection sociale des personnes handicapées (1993)
Mozambique	Résolution 29/2010 et 30/2010 ratifiant le protocole facultatif à la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (2010)
	Loi sur les mesures spéciales de sécurité sociale pour les personnes handicapées (2009)
	Loi approuvant la politique en faveur des personnes handicapées (1999)
Nigéria	Loi sur la discrimination à l'égard des personnes handicapées (2018)
	Décret sur les Nigériens handicapés (1993)
Oman	Loi sur la protection et la réadaptation des personnes handicapées (2008)
Pakistan	Loi sur les personnes handicapées (amendement) (2012)
	L'ordonnance sur les personnes handicapées (1981)
Palestine	Règlement exécutif pour la protection des personnes handicapées (2004)
	Loi palestinienne sur le handicap (1999)
Qatar	Loi relative aux personnes aux besoins spéciaux (2004)
Ar. Saoudite	Droit des personnes handicapées (2000)
Sénégal	Loi sur l'orientation sociale (2010)
Sierra Leone	Loi sur les personnes handicapées (2011)
Soudan	Loi nationale sur les personnes handicapées (2009)
Tunisie	Loi pour la promotion et la protection des personnes handicapées (2005)
Türkiye	Règlement des centres de soins pour les personnes handicapées ayant besoin de soins particuliers (2013)
	Règlement sur la détermination des principes des services de traduction en langue des signes (2006)
	Règlement sur la prise en charge des personnes handicapées dans les institutions officielles et les centres de soins des organisations (2006)
	Règlement relatif à la détermination des besoins des personnes handicapées en matière de services de soins et de prise en charge (2006)
	Loi sur le handicap (2005)
Émirats arabes unis	Droit des personnes handicapées (2006)
Ouzbékistan	Loi sur la protection sociale des personnes handicapées (2008)
Yémen	Loi sur les soins et la réadaptation des personnes handicapées (2009)
Stratégies/Plans d'action (13)	
Afghanistan	Lignes directrices sur les services de réadaptation physique 1392-1395 (2014 - 2017): Mise en œuvre de l'ensemble des services de santé de base (BPHS)
	Stratégie en matière de handicap et de réadaptation 2013-2016
	Stratégie en matière de handicap et de réadaptation: 1390-1393 (2012-2015)

	Plan d'action national en faveur des personnes handicapées 2008-2011 (ANDAP)
Albanie	Stratégie nationale pour les personnes handicapées (2006)
Bahreïn	Stratégie nationale en faveur des personnes handicapées (2006)
	Stratégies nationales de prévention de la cécité (2003)
Bangladesh	Plan d'action national en faveur des personnes handicapées 2006
	Plan d'action national en faveur des PWD (2006)
	Stratégie pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'éducation
Jordanie	La stratégie nationale en faveur des personnes handicapées 2007 - 2009 / 2010 - 2015
	Stratégie nationale en faveur des personnes handicapées (2007)
Liban	Plan national pour les droits de l'homme : Droits des personnes handicapées (2008)
	Plan d'action national dans le domaine du handicap - PNAD II 2012-2019
Mozambique	Stratégie pour les personnes handicapées dans le secteur public 2009-2013
	Plan d'action national dans le domaine du handicap 2006 - 2010
Palestine	Plan stratégique national pour le secteur du handicap dans les Territoires palestiniens occupés (2012)
Pakistan	Plan d'action national pour la mise en œuvre de la politique nationale en faveur des personnes handicapées 2006 - 2011
Syrie	Plan national pour la prise en charge et l'adaptation des personnes handicapées (2008)
Türkiye	Plan stratégique 2008 - 2012
Émirats arabes unis	Plan stratégique pour la Fondation Zayed pour les besoins spéciaux à Abu Dhabi (2014-2018)
Yémen	Stratégie nationale en faveur des personnes handicapées (2014-2018)
Politiques nationales (11)	
Afghanistan	La politique nationale globale en matière de handicap en Afghanistan (2003)
Bangladesh	Politique en matière de TIC pour l'inclusion des personnes handicapées PWD 2009
Gambie	Le cadre de politique d'inclusion et d'éducation des besoins spéciaux 2009-2015 (2009)
	Politique nationale intégrée en faveur des personnes handicapées 2009-2018 (2009)
Iran	Loi visant à protéger les droits des personnes handicapées (2018)
Kirghizstan	Personnes handicapées. Sur le versement de paiements mensuels en espèces en contrepartie de concessions Numéro 795 (2009)
Malaisie	Lignes directrices pour l'enregistrement des personnes handicapées (2021)
Maldives	Plan d'action pour les enfants handicapés (2008)
Maroc	L'éducation des enfants handicapés (2005)
Nigéria	Politique nationale de réadaptation

Soudan	Politique nationale du Soudan pour les personnes handicapées
Émirats arabes unis	Politique nationale d'autonomisation des personnes déterminées (2021)
	Manuel des droits des personnes de détermination (2020)

Source: Analyse du personnel du SESRIC basée sur la MiNDbank de l'Organisation Mondiale de la Santé, à partir du 11 janvier 2023. Note: Il peut y avoir des divergences d'information entre les sources au niveau national et le jeu de données de la MinDbank.

Annexe IV: Classifications des groupes de pays**Pays membres de l'OCI (57):**

Afghanistan (AFG)	Albanie (ALB)	Algérie (DZA)
Bahreïn (BHR)	Bangladesh (BGD)	Bénin (BEN)
Brunei Darussalam (BRN)	Burkina Faso (BFA)	Cameroun (CMR)
Tchad (TCD)	Comores (COM)	Côte d'Ivoire (CIV)
Djibouti (DJI)	Égypte (EGY)	Gabon (GAB)
Gambie (GMB)	Guinée (GIN)	Guinée-Bissau (GNB)
Guyana (GUY)	Indonésie (IDN)	Iran (IRN)
Irak (IRQ)	Jordanie (JOR)	Kazakhstan (KAZ)
Koweït (KWT)	Kirghizstan (KGZ)	Liban (LBN)
Libye (LBY)	Malaisie (MYS)	Maldives (MDV)
Mali (MLI)	Mauritanie (MRT)	Maroc (MAR)
Mozambique (MOZ)	Niger (NER)	Nigeria (NGA)
Oman (OMN)	Pakistan (PAK)	Palestine (PSE)
Qatar (QAT)	Arabie Saoudite (SAU)	Sénégal (SEN)
Sierra Leone (SLE)	Somalie (SOM)	Soudan (SDN)
Surinam (SUR)	Syrie* (SYR)	Tadjikistan (TJK)
Togo (TGO)	Tunisie (TUN)	Türkiye (TUR)
Turkménistan (TKM)	Ouganda (UGA)	Émirats Arabes Unis (EAU)
Ouzbékistan (UZB)	Yémen (YEM)	

* La Syrie est provisoirement retirée des pays membres de l'OCI.

Pays en développement non membres de l'OCI (98):

Angola (AGO)	Antigua-et-Barbuda (ATG)	Argentine (ARG)
Arménie (ARM)	Les Bahamas (BHS)	La Barbade (BRB)
Biélorussie (BLR)	Belize (BLZ)	Bhoutan (BTN)
Bolivie (BOL)	Bosnie-Herzégovine (BIH)	Botswana (BWA)
Brésil (BRA)	Bulgarie (BGR)	Burundi (BDI)
Cap-Vert (CPV)	Cambodge (KHM)	République centrafricaine (CAF)
Chili (CHL)	Chine (CHN)	Colombie (COL)
R.D. du Congo (COD)	République du Congo (COG)	Costa Rica (CRI)
Croatie (HRV)	Dominique (DMA)	République dominicaine (DOM)
Équateur (ECU)	El Salvador (SLV)	Guinée équatoriale (GNQ)
Érythrée (ERI)	Éthiopie (ETH)	Fidji (FJI)
Géorgie (GEO)	Ghana (GHA)	Grenade (GRD)
Guatemala (GTM)	Haïti (HTI)	Honduras (HND)
Hongrie (HUN)	Inde (IND)	Jamaïque (JAM)
Kenya (KEN)	Kiribati (KIR)	Kosovo (Non attribué)
R.D.P. du Laos (LAO)	Lesotho (LSO)	Libéria (LBR)

Macédoine du Nord (MKD)	Madagascar (OMD)	Malawi (MWI)
Îles Marshall (MHL)	Maurice (MUS)	Mexique (MEX)
Micronésie (FSM)	Moldavie (MDA)	Mongolie (MNG)
Monténégro (MNE)	Myanmar (MMR)	Namibie (NAM)
Nauru (NRU)	Népal (NPL)	Nicaragua (NIC)
Palau (PLW)	Panama (PAN)	Papouasie-Nouvelle-Guinée (PNG)
Paraguay (PRY)	Pérou (PER)	Philippines (PHL)
Pologne (POL)	Roumanie (ROU)	Russie (RUS)
Rwanda (RWA)	Samoa (WSM)	São Tomé et Príncipe (STP)
Serbie (SRB)	Seychelles (SYC)	Îles Salomon (SLB)
Afrique du Sud (ZAF)	Sud-Soudan (SSD)	Sri Lanka (LKA)
Saint-Kitts-et-Nevis (KNA)	Sainte-Lucie (LCA)	Saint-Vincent-et-les-Grenadines (VCT)
Swaziland (SWZ)	Tanzanie (TZA)	Thaïlande (THA)
Timor-Leste (TLS)	Tonga (TON)	Trinité-et-Tobago (TTO)
Tuvalu (TUV)	Ukraine (UKR)	Uruguay (URY)
Vanuatu (VUT)	Venezuela (VEN)	Vietnam (VNM)
Zambie (ZMB)	Zimbabwe (ZWE)	
Pays développés (39):		
Australie (AUS)	Autriche (AUT)	Belgique (BEL)
Canada (CAN)	Chypre (CYP)	République tchèque (CZE)
Danemark (DNK)	Estonie (EST)	Finlande (FIN)
France (FRA)	Allemagne (DEU)	Grèce (GRC)
Hong Kong (HKG)	Islande (ISL)	Irlande (IRL)
Israël (ISR)	Italie (ITA)	Japon (JPN)
Rép. de Corée, (KOR)	Lettonie (LVA)	Lituanie (LTU)
Luxembourg (LUX)	RAS de Macao (MAC)	Malte (MLT)
Pays-Bas (NLD)	Nouvelle-Zélande (NZL)	Norvège (NOR)
Portugal (PRT)	Porto Rico (PRI)	Saint-Marin (SMR)
Singapour (SGP)	République slovaque (SVK)	Slovénie (SVN)
Espagne (ESP)	Suède (SWE)	Suisse (CHE)
Taïwan (TWN)	Royaume-Uni (GBR)	États-Unis d'Amérique (USA)
* Basé sur la liste des pays développés classés par le FMI.		

REFERENCES

- Adioetomo, S. M., Mont, D., & Irwanto. (2014). Persons with disabilities in Indonesia: Empirical facts and implications for social protection policies. Jakarta: Demographic Institute, Faculty of Economics, University of Indonesia.
- Al-Aoufi, H., Al-Zyouid, N., & Shahminan, N. (2012). Islam and the cultural conceptualisation of disability. *International Journal of Adolescence and Youth*, 17(4), 205-219. Extrait de <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02673843.2011.649565?needAccess=true&role=button>
- Ali, Z. (2014). Economic costs of disability in Bangladesh. *Bangladesh Development Studies*, 37(4), 17-33.
- Ando, M. (2017). The right to sexual and reproductive health rights of girls with disabilities. Kuala Lumpur: ARROW. Extrait de <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/ReproductiveHealthRights/NGOS/Asian-PacificResourceandResearchCentreforWomen.docx>
- Armstrong, J. & Ager, A. (2005). Perspectives on disability in Afghanistan and their implications for rehabilitation services. *International Journal of Rehabilitation Research*, 28, 87-92.
- Bah, M. Y. (2016). Disability and integration: Gambian experience. *Global Journal of Science Frontier Research*, 15(2). Extrait de <https://journalofscience.org/index.php/GJSFR/article/view/1942/1803>
- Bazna, M. & Tarek, H. (2005). Disability in the Qur'an: The Islamic alternative to defining, viewing, and relating to disability. *Journal of Religion, Disability & Health*, 9.
- Bell, S. (2017). Dignity and disability. In E. Sieh & J. McGregor (Eds.), *Human Dignity: Establishing Worth and Seeking Solutions* (pp. 37-52). London: Palgrave Macmillan.
- Burke, L. (2021, November 12). Disability as diversity. Inside Higher Ed. Extrait de <https://www.insidehighered.com/news/2020/11/12/could-disability-be-further-included-diversity-efforts>
- CanChild. (2021). About a life course approach. CanChild Research in Practice. Extrait de <https://www.canchild.ca/en/research-in-practice/transitions/about-a-lifecourse-approach>
- Casey, C. (2020, March 19). Do your D&I efforts include people with disabilities? Harvard Business Review. Extrait de <https://hbr.org/2020/03/do-your-di-efforts-include-people-with-disabilities>
- CDC. (2021). Disability and health related conditions. Extrait de www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/relatedconditions.html

- Coleman, N., Sykes, W., & Groom C. (2013). Barriers to employment and unfair treatment at work: A quantitative analysis of disabled people's experiences [Research Report No.58]. Equality and Human Rights Commission.
- CPAG. (2021). Who is at risk of poverty? Child Poverty Action Group UK. Extrait de <https://cpag.org.uk/child-poverty/who-risk-poverty>
- CRPD Mozambique Report. (2020). Initial Report submitted by Mozambique under Article 35 of the Convention.
- CRPD Palestine Report. (2019). Committee on the Rights of Persons with Disabilities Initial Report submitted by the State of Palestine under Article 35 of the Convention.
- DeKock, J. (2018). Dignity and respect for all: Creating new norms, tackling stigma and ensuring non-discrimination. London: UK DFID.
- Disabled World. (2018, August 23). Defining disability diversity in society. Disabled World. Extrait de <https://www.disabled-world.com/disability/diversity.php>
- Dunkle, K., Heijden, I. V. D., Stern, E., & Chirwa, E. (2018). Disability and violence against women and girls. London: UKAID and UK DFID.
- E-Government. (2019). Persons with disabilities in Bahrain. Extrait de <https://www.bahrain.bh/wps/portal>.
- Flynn, E. (2011). Regional perspectives on disability strategies and action plans. In From Rhetoric to Action: Implementing the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (Cambridge Disability Law and Policy Series, pp. 56-100). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gale, C. (2021, March 3). What's often missing from the diversity and inclusion conversation. PCMA. Extrait de <https://www.pcma.org/disability-diversity-inclusion/>
- Ghaly, M. (2009). Islam and disability: Perspectives in theology and jurisprudence. Routledge.
- Graumann, S. (2014). Human dignity and people with disabilities. In M. Duwell, J. Braarvig, R. Brownsword, & D. Mieth (Eds.), The Cambridge Handbook of Human Dignity: Interdisciplinary Perspectives (pp. 484-491). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hasnain, R., Laura, S., & Hasnan S. (2008). Disability and the Muslim perspective: An introduction for rehabilitation and health care providers. GLADNET Collection.
- ILO & Fundacion ONCE. (2021). An inclusive digital economy for people with disabilities. Extrait de https://www.ilo.org/global/topics/disability-and-work/WCMS_769852/lang--en/index.htm
- ILO. (2017). Disability inclusion in the Bangladesh skills system. Extrait de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-dhaka/documents/publication/wcms_543298.pdf
- ILO. (2018). Women and men in the informal economy: A statistical picture. Geneva: ILO.
- ILOSTAT. (2022, June 13). Disability Labour Market Indicators (DLMI) Database, accessed on 17 April 2023 <https://ilostat.ilo.org/new-ilo-database-highlights-labour-market-challenges-of-persons-with-disabilities/>

REFERENCES

- Ipek, E. (2020). The costs of disability in Turkey. *Journal of Family and Economic Issues*, 41, 229-237.
- IPHRC. (2021). Outcome document of thematic debate on "Promotion and protection of rights of persons with disabilities" 17th Regular Session of OIC - IPHRC. Extrait de [https://oic-iphrc.org/pdf/En/Sessions%20Documents/Outcome%20Document%20of%20IPHRC%2017th%20Session%20Thematic_EV_adopted%20\(1\).pdf](https://oic-iphrc.org/pdf/En/Sessions%20Documents/Outcome%20Document%20of%20IPHRC%2017th%20Session%20Thematic_EV_adopted%20(1).pdf)
- Kothari, M. (2005). Women and adequate housing: Study by the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living [E/CN.4/2005/43]. Geneva: UN ECOSOC.
- Lawson, A. & Beckett, A. E. (2021). The social and human rights model of disability: Towards a complementarity thesis. *The International Journal of Human Rights*, 25(02), 348-379.
- Malaymail. (2019). Communications ministry unit to focus on aid to the disabled to benefit from technology. Extrait de <https://www.malaymail.com/news/malaysia/2019/06/10/gobind-communications-ministry-unit-to-focus-on-aid-to-the-disabled-to-bene/1760823>
- Ministry of Family and Social Services (n.d.). General Directorate of Services for Persons with Disabilities and the Elderly (EYHGM). Disability Policy in Türkiye. <https://www.aile.gov.tr/media/42409/disability-policy-in-turkey.pdf>
- Mostert, M. P. (2016). Stigma as a barrier to the implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities in Africa. *African Disability Rights Yearbook*, 2-24.
- Mustaffa, N., Lee, S-Y., Nawi, S. N. M., Rahim, M. J. C., Chee, Y. C., Besari, A. M., & Lee, Y. Y. (2020). COVID-19 in the elderly: A Malaysian perspective. *Journal of Global Health*, 10.
- Nabaneh, S. (2019). Country report: The Gambia. In C. Ngewna, I. G. du-Plessis, H. Combrinck, S. D. Kamga, & N. Murungi (Eds.) *African Disability Rights Yearbook 2018*. South Africa: Pretoria University Law Press.
- Njelesani, J., Hashemi, G., Cameron, C., Cameron, D., Richard, D., & Parnes, P. (2018). From the day they are born: A qualitative study exploring violence against children with disabilities in West Africa. *BMC Public Health*, 18, 153.
- Our World in Data (2023). Data on first date of Vaccination of each country. Extrait de https://github.com/owid/covid-19-data/tree/master/public/data/vaccinations/country_data
- O'Reilly, A. (2003). Employment barriers for women with disabilities [Skills Working Paper No. 14]. Geneva: ILO.
- O'Toole, B. (1996). Multisectoral approach in CBR [Workshop Paper]. Workshop on Community-Based Rehabilitation and Country Experiences of CBR, Bologna, Italy.
- OIC. (2018). OIC Labour Market Strategy 2025. Jeddah: OIC. Extrait de <https://www.oic-oci.org/docdown/?docID=2907&refID=1076>
- Persons with Disabilities Act. (2010). Guyana: Persons with Disabilities Act 2010. Extrait de <https://www.mindbank.info/item/2513>
- Pinilla-Roncancio, M. (2015). Disability and poverty: Two related

conditions. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(1), 13-23.

Pring, J. (2021, June 3). Disabled people largely ignored in response to pandemic, says new book. *Disability News Service*. Extrait de <https://www.disabilitynewsservice.com/disabled-people-largely-ignored-in-response-to-pandemic-says-new-book/>

Rakhmat, M. Z. (2017). *The Qur'an: A handbook for the disabled community*. Huffington Post. Extrait de https://www.huffingtonpost.co.uk/muhammad-zulfikar-rakhmat/the-quran-a-handbook-for-b_10335052.html

Rakhmat, M. Z. (2020). Prophet Muhammad SAW as an Advocate for the Disabled Community. Extrait de <https://fpscs.uui.ac.id/blog/2020/08/14/prophet-muhammad-saw-as-an-advocate-for-the-disabled-community/#:~:text=He%20reassured%20the%20disabled%20that,his%20or%20her%20sins%20forgiven.>

Respect Ability. (n.d.). How to include people with disabilities. *Respect Ability*. Extrait de <https://www.respectability.org/inclusive-philanthropy/how-to-include-people-with-disabilities/>

Rohweder, B. (2018). *Disability stigma in developing countries*. Brighton, UK: Institute of Development Studies.

Schultz, R. (2008). Professional partners supporting family caregivers. *The American Journal of Nursing*, 108, 23-37.

SESRIC. (2015). *Key Challenges of Youth in OIC Countries*. Ankara: SESRIC.

SESRIC. (2017). *OIC Labour Market Report 2017*. Ankara: SESRIC.

SESRIC. (2019a). *People with disabilities and special needs in OIC*

countries. OIC Outlook Report No. 2019/3. Ankara: SESRIC.

SESRIC. (2019b). *Draft OIC Plan of Action on People with Disabilities* [Submitted to the First OIC Ministerial Conference on Social Development]. Ankara: SESRIC.

SESRIC. (2019c). *OIC Health Report 2019*. Ankara: SESRIC.

SESRIC. (2020). *Socio-Economic Impacts of COVID-19 Pandemic in OIC Member Countries*. Ankara: SESRIC.

Social Protection. (2020). *Inclusion of persons with disabilities in social protection for COVID-19 recovery and beyond* [Webinar Presentation]. Extrait de https://socialprotection.org/sites/default/files/publications_files/Webinar%20presentation%2001%2009%202020.pdf

Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Pena-Casas, R., & Vanhercke, B. (2018). *Challenges in long-term care in Europe: A study of national policies*. Brussels: Commission européenne.

UAE (n.d.). *The official portal of the UAE Government. Personnes de détermination* Extrait de <https://u.ae/en/information-and-services/social-affairs/people-of-determination#:~:text=The%20UAE%20refers%20to%20the,%2C%20health%2C%20jobs%20and%20more>

UN DESA. (n.d.). *Women and girls with disabilities: Using both – the gender and disability lens*. UN DESA. Extrait de <https://www.un.org/development/desa/disabilities/issues/women-and-girls-with-disabilities.html>

UN. (2013). *Economic empowerment through inclusive social protection and*

REFERENCES

poverty reduction strategies. Extrait de

https://www.un.org/disabilities/documents/COP/crpd_csp_2013_2.doc

UN. (2016). Leaving no one behind: The imperative of inclusive development. New York: UN.

UN. (2016). New Urban Agenda. UN General Assembly 71st Session-Agenda Item 20. Extrait de https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_71_256.pdf

UN. (2016a). Culture, beliefs, and disability: Toolkit on disability for Africa. Extrait de <https://www.un.org/esa/socdev/documents/disability/Toolkit/CRPD-Trainers-tips.pdf>

UN. (2018). Disability and development report 2018. New York: UN DESA. Extrait de <https://social.un.org/publications/UN-Flagship-Report-Disability-Final.pdf>

UN. (2020, May). A Disability-inclusive response to COVID-19 [Policy Brief]. Extrait de https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_on_persons_with_disabilities_final.pdf

UN. (2020, July 7). UN report finds COVID-19 is reversing decades of progress on poverty, healthcare and education. UN DESA. Extrait de <https://www.un.org/development/desa/en/news/sustainable/sustainable-development-goals-report-2020.html>

UNESCO. (2018). Education and disability: Analysis of data from 49 countries. Information Paper No. 49. Extrait de <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/ip49-education-disability-2018-en.pdf>

The UNESCO Institute for Statistics (UIS) database. (2023) Proportion of Schools with Access to Adapted Infrastructure and Materials for Students with Disabilities. Extrait de http://data.uis.unesco.org/Index.aspx?DataSetCode=NATMON_DS#

UNESCO. (2021). Disability Inclusive COVID-19 Response: Best Practices. Extrait de <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000378354.locale=en>

UNICEF. (2013). The state of the world's children 2013: Children with disabilities. New York: UNICEF.

UNICEF. (2020, December 1). Disabilities. Extrait de https://sites.unicef.org/disabilities/index_65841.html

WHO & World Bank. (2011). World report on disability. Extrait de https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf?ua=1

WHO. (2015). WHO global disability action plan 2014-2021: Better health for all people with disability. Geneva: WHO.

WHO. (2018). Assistive technology. Extrait de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology>

WHO. (2020). Ten facts on disability. Extrait de <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/disabilities>

WHO, (2023, March 07) Fiche d'information sur le handicap extraite de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

WHO. (2020, March 26). Disability considerations during the COVID-19 outbreak. World Health Organization. Extrait de

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Disability-2020-1>

WHO. (2020, December 1). Disability and health: Key facts. Extrait de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

WHO. (2021). WHO's Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Extrait de <https://covid19.who.int/>

World Bank. (2016). Income support for persons with disabilities in Middle East and North Africa (MENA): Social insurance and beyond. Washington DC: World Bank Group.

World Bank. (2020). Takaful and Karama: A social safety net project that promotes Egyptian women empowerment and human capital. Extrait de <https://www.worldbank.org/en/results/2020/11/17/takaful-and-karama-a-social-safety-net-project-that-promotes-egyptian-women-empowerment-and-human-capital>

World Bank. (2021). Disability inclusion. Extrait de

<https://www.worldbank.org/en/topic/disability>

World Policy Analysis Center: Disability Data released in June 2019 during the 12th Conference of States Parties to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). Extrait de <https://www.worldpolicycenter.org/maps-data/data-download/disability-data-download>

Zero Project. (2017). Quotas, support and subsidies for private employers. Extrait de <https://zeroproject.org/policy/quotas-support-and-subsidies-for-private-employers/>

Zero Project. (2018a). Universal accessibility strategy for the whole of Dubai. Extrait de <https://zeroproject.org/policy/pol183053dub-factsheet/>

Zero Project. (2018b). Binding and effective laws for the construction of accessible school buildings. Extrait de <https://zeroproject.org/policy/pol183085uga-factsheet/>