

FICHES PRATIQUES

Comment mettre en œuvre les obligations liées à l'assistance aux victimes ?



DANS LE CADRE DU TRAITÉ D'INTERDICTION DES MINES OU DE LA CONVENTION SUR LES ARMES À SOUS-MUNITIONS



Actions concrètes pour améliorer la qualité de vie des victimes et des personnes handicapées

**HANDICAP
INTERNATIONAL**



INTRODUCTION

L'assistance aux victimes de mines/restes explosifs de guerre (REG) est une obligation pour les États parties au Traité d'interdiction des mines antipersonnel (traité d'Ottawa) et à la Convention sur les armes à sous-munitions (Convention d'Oslo). Le plan d'action de Carthagène et le plan d'action de Vientiane comprennent des engagements spécifiques pris par les États parties afin de garantir la mise en œuvre effective de leurs obligations en matière d'assistance aux victimes (AV), en particulier pour améliorer la qualité de vie des victimes. La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) offre le cadre le plus exhaustif pour évaluer les besoins et les avancées des droits de toutes les personnes handicapées, y compris des survivants d'accidents par mines/REG. Des cadres régionaux sur le handicap et le développement sont également pertinents, notamment la *Stratégie d'Incheon visant à « Faire du droit une réalité » pour les personnes handicapées en Asie et dans le Pacifique* et la *Décennie africaine des personnes handicapées*.

OBJECTIF DE CES FICHES PRATIQUES

Élaborées par Handicap International (HI), ces Fiches pratiques sur l'assistance aux victimes fournissent des **informations synthétiques sur l'AV et sur la manière de mettre en place des actions concrètes susceptibles d'améliorer la qualité de vie des victimes de mines/REG et des personnes handicapées**. Elles sont destinées aux États parties touchés par les mines/REG, aux États parties qui sont en mesure de fournir une assistance technique ou financière, aux organisations de victimes de mines/REG et de personnes handicapées, ainsi qu'aux autres organisations de la société civile et organisations internationales.

MÉTHODOLOGIE

Ces fiches pratiques s'appuient sur une étude de la documentation existante dans les domaines de l'AV, du handicap et du développement inclusif, notamment des publications telles que le Guide de réadaptation à base communautaire de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les publications de HI par secteur ou par pays, ainsi que d'autres documents publiés par l'Unité de soutien à la mise en œuvre du traité d'Ottawa, le CICR et d'autres organisations. Elles s'appuient également sur l'expertise des référents techniques de HI et sur la contribution des équipes de terrain de HI. Des discussions ont par ailleurs été menées avec des victimes et d'autres organisations partenaires dans les pays touchés par les mines/REG. Le contenu final relève cependant de la seule responsabilité de HI et reflète les politiques et pratiques de l'organisation.

PRÉSENTATION DES FICHES PRATIQUES

Ce kit comprend 12 fiches pratiques. Six traitent d'un secteur spécifique de l'AV ; six autres sont dédiées à des questions transversales. Dans le but de promouvoir les synergies entre différents cadres, chaque fiche pratique est clairement associée aux problématiques et secteurs liés au développement. Cette approche vise à favoriser les synergies entre les efforts déployés dans le contexte de l'AV et les autres activités de développement. Elle cherche également à promouvoir la mise en relation d'initiatives similaires et à favoriser une utilisation efficace des ressources. L'intégration de l'AV dans les efforts plus vastes de développement inclusif permet surtout une amélioration significative et durable de la qualité de vie des victimes de mines/REG et des personnes handicapées, ce qui constitue le principal objectif de l'AV.



LES 12 THÈMES ÉVOQUÉS SONT LES SUIVANTS :

SECTEURS/THÉMATIQUES PUBLIQUES

- 1 SOINS MÉDICAUX
- 2 RÉADAPTATION
- 3 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE & ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL
- 4 ÉDUCATION
- 5 INSERTION SOCIALE
- 6 INSERTION ÉCONOMIQUE

QUESTIONS TRANSVERSALES

- 7 GENRE
- 8 AUTONOMISATION
- 9 ACCESSIBILITÉ
- 10 COLLECTE DE DONNÉES
- 11 PLANS D'ACTION NATIONAUX ET COORDINATION
- 12 COOPÉRATION ET ASSISTANCE INTERNATIONALE



COMMENT UTILISER CES FICHES PRATIQUES

Ces fiches pratiques sont conçues de manière à pouvoir être utilisées isolément ou en kit. Chaque fiche pratique est divisée en plusieurs sections : définition de la question liée à l'AV ou de la question transversale, cadres juridiques et politiques internationaux, principales parties prenantes, défis courants dans les pays à faible revenu, exemple de projet réussi, recommandations, indicateurs, description d'un projet ou d'un programme et références.

La section 6 de chaque fiche pratique répertorie des recommandations destinées aux États parties au Traité d'interdiction des mines et à la Convention sur les armes à sous-munitions. Les **États touchés par les mines/REG** trouveront des exemples d'actions pouvant être menées au niveau national pour améliorer l'AV, tandis que les **États qui sont en mesure de fournir une assistance** pourront se faire une idée des actions menées, et pouvant être menées, par les États concernés dans le domaine de l'AV, et ainsi mieux appréhender le type de politiques, plans, programmes et projets auxquels ils peuvent contribuer dans le cadre des efforts de coopération internationale. De plus, la fiche n° 12 traite spécifiquement de la manière dont la coopération internationale peut soutenir l'AV.

Dans la plupart des fiches, les sections 6 (recommandations) et 7 (indicateurs) sont elles-mêmes divisées en trois parties :

1. Qualité de vie,
2. Accès aux services,
3. Législation et politiques.

Les informations sont ainsi présentées de manière à montrer que différentes interventions ont un impact direct sur ces trois domaines. Même si des progrès sont réalisés en matière d'accès aux services, de législation et de politique, ils doivent au final contribuer à avoir un impact positif, mesurable et durable sur la qualité de vie des victimes et des personnes handicapées.



CONCEPTS CLÉS

● ACCÈS AUX SERVICES :

Dans ces fiches, la notion d'accès s'appuie sur six critères, à savoir la **disponibilité**, l'**accessibilité**, l'**acceptabilité**, l'**accessibilité économique**, la **responsabilité** et la **qualité technique** (voir la Fiche pratique n° 9 : *accessibilité/accès aux services*).

● NON-DISCRIMINATION :

Dans ces fiches, ce terme fait spécifiquement référence au fait qu'aucune discrimination ne doit être pratiquée contre ou entre les victimes, ou entre les victimes et les autres personnes handicapées. Les efforts déployés en faveur des victimes doivent bénéficier aux autres personnes handicapées, de même que les efforts visant à faire progresser les droits des personnes handicapées et de leurs familles doivent inclure les survivants et leurs familles.

● DÉVELOPPEMENT INCLUSIF :

Ce terme désigne le fait de s'assurer que tous les groupes en situation de marginalisation, de vulnérabilité ou d'exclusion (comme la plupart des victimes et des personnes handicapées) contribuent et participent véritablement et efficacement à l'ensemble des processus de développement et qu'ils en bénéficient.

● VICTIMES :

Toutes les personnes qui ont été tuées ou qui ont souffert de traumatismes physiques ou psychologiques, de pertes économiques, d'une marginalisation sociale ou d'un handicap substantiel dans l'exercice de leurs droits suite à l'utilisation de mines/REG. Ce terme englobe les personnes directement touchées par les mines/REG, ainsi que les familles et communautés affectées. Toutes ces personnes sont désignées comme des « victimes » dans les fiches pratiques.

● PERSONNES HANDICAPÉES :

Selon la définition de la CDPH, ce terme désigne les personnes qui « présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ».

● DOUBLE APPROCHE :

Approche visant à promouvoir le développement inclusif par le biais de deux méthodes complémentaires et d'égale importance :

- ▶ En mettant en œuvre des actions spécifiques visant à promouvoir l'autonomie individuelle et collective des victimes de mines/REG et des personnes handicapées (voir la Fiche pratique n° 8 : *autonomisation*).
- ▶ En éliminant tous les obstacles physiques, comportementaux et de communication qui excluent les personnes handicapées du développement (voir la Fiche pratique n° 9 : *accessibilité/accès aux services*).

Nous espérons que les lecteurs trouveront ces fiches pratiques instructives et utiles et qu'elles les inciteront à approfondir la manière dont ils peuvent contribuer à l'AV et au développement inclusif. Chaque fiche répertorie les guides, la documentation technique et les bonnes pratiques relatives à ces thèmes. Handicap International accueille favorablement les contributions et commentaires.

AUTEUR : Wanda Muñoz, Consultante sur l'assistance aux victimes et l'insertion économique ; avec la contribution de Elke Hottentot, Camille Gosselin, Marion Libertucci et Hervé Bernard, Handicap International.

CONTACT : Handicap International. 138 avenue des frères Lumière, CS 88379, 69371 Lyon Cedex 08, France.
Site web : www.handicap-international.org. Email : advocacy@handicap.be.

Publié en juin 2013 en anglais.
Version française publiée en juin 2014.



QU'ENTEND-ON PAR SOINS MÉDICAUX ?

Les **soins médicaux** sont une des composantes des **services de santé**. Ils incluent la **prévention, l'identification, le diagnostic et le traitement des problèmes de santé et des déficiences**.⁽¹⁾ Dans le cadre de l'assistance aux victimes, les services de santé se sont concentrés sur les soins médicaux d'urgence et continus. L'**objectif des soins médicaux d'urgence** est de fournir des soins intensifs aux victimes de traumatismes : premiers secours, transfusions sanguines et autres **mesures d'urgence** visant à éviter que les personnes ne meurent ou ne présentent des déficiences permanentes à la suite d'un accident. L'**objectif des soins médicaux continus** est de **promouvoir le rétablissement complet de la personne** grâce à des mesures telles que la prise en charge de la douleur.

Les **soins médicaux** sont la première étape permettant à une personne de survivre à un accident et de réduire autant que possible le risque et le niveau de déficiences permanentes. Cependant, les soins médicaux dispensés en vue de soigner une blessure ne sont qu'une composante des **services de santé** dont les victimes ont besoin et auxquels elles ont le droit d'accéder, même après s'être remises de leur traumatisme initial.

Les **services de santé** comprennent les **composantes** suivantes : ⁽²⁾

- ▶ **La promotion de la santé** : renforcer les compétences des individus pour modifier les conditions sociales, économiques et environnementales afin d'en atténuer l'impact sur la santé.
- ▶ **La prévention** : mesures de prévention primaire (prévention des maladies), secondaire (dépistage précoce et traitement précoce) et tertiaire (réadaptation).
- ▶ **Les soins médicaux** (incluant les soins médicaux d'urgence et continus) : l'identification, le diagnostic, la chirurgie et le traitement des problèmes de santé et des déficiences.

Données Clefs

- ★ Chaque année, des milliers de personnes meurent ou deviennent handicapées suite à des accidents par mines/REG, notamment à cause du **manque d'accès aux premiers secours qualifiés**.
- ★ Les personnes handicapées, dont les survivants, ont souvent un état de santé plus fragile et **accèdent plus difficilement aux services de santé** que le reste de la population.
- ★ Les femmes et les jeunes filles handicapées, dont les survivantes, sont plus victimes d'**abus sexuels** que les autres femmes. Elles ont moins accès aux informations concernant la santé reproductive. Elles font face à des **risques plus élevés d'infection par le VIH, de grossesse non désirée et de décès maternel**.



CADRES JURIDIQUES ET POLITIQUES

- ▶ **Convention sur les armes à sous-munitions** : art. 5, para 12. Action #31. | **Plan d'action de Vientiane** : action #25 & #28.
- ▶ **Plan d'action de Carthagène** : section IV, para 12. Action #31.
- ▶ **CDPH** : art. 25 & 26. | **OMD** : objectifs 4, 5 et 6.



ACTEURS PRINCIPAUX

- ▶ **Organisations** de survivants et de personnes handicapées. | **Prestataires de services** : les **hôpitaux**, notamment les **services de transport médicaux d'urgence**, les centres de santé communautaires. | **Ministères** : Santé.
- ▶ **Organisation internationale** : OMS.



QUELS SONT LES DÉFIS COMMUNS AUX PAYS À FAIBLE REVENU ?

- ▶ Les ressources humaines ou matérielles en matière de soins de santé (notamment les premiers secours et l'approvisionnement en sang sécurisé) sont limitées ou inexistantes dans les **zones rurales** où vit la plupart des victimes.
- ▶ Le transport jusqu'aux centres de soins de santé est souvent long et coûteux : ces obstacles rendent difficile l'**accès régulier aux centres de santé**, notamment pour les enfants qui en ont besoin en grandissant.
- ▶ Peu de chirurgiens sont formés aux **techniques d'amputation et aux mesures visant à conserver la vue**, souvent nécessaires à la suite d'une blessure par mine/REG.
- ▶ Les services de santé **ont souvent un coût** impossible à assumer pour des personnes démunies, ce qui est le cas pour la plupart des survivants.
- ▶ Dans les zones de conflit, l'insécurité rend **difficile ou impossible l'existence de services de santé**. Souvent, il existe peu ou pas d'équipes ou de services de soins mobiles.
- ▶ **Le manque de services de santé assurés par un personnel féminin** rend difficile, pour les femmes survivantes, l'accès à ces services dans certains contextes.
- ▶ Les membres du personnel des services de santé **ne sont formés ni aux droits des personnes handicapées** ni à la façon de garantir aux personnes présentant différents types de déficiences l'**accès aux informations** concernant la prévention, la promotion ainsi que les soins et services médicaux ; par conséquent les informations relatives aux services de santé **arrivent rarement aux victimes**.



EXEMPLES DE PROJETS RÉUSSIS DANS LE DOMAINE DE L'ACCÈS À LA SANTÉ

▶ **En Afghanistan**, l'OMS a collaboré avec le ministère de la Santé publique pour renforcer les capacités des hôpitaux régionaux et provinciaux en matière de procédures anesthésiques et chirurgicales d'urgence et de base, par le biais du programme de gestion intégrée des soins chirurgicaux d'urgence et de base. ⁽³⁾

▶ **En Colombie**, le ministère de la Protection sociale, avec la collaboration du CICR, a conçu un guide technique sur les soins médicaux d'urgence et a formé des chirurgiens officiant dans des hôpitaux implantés dans des régions affectées par les mines/REG. Le CICR et la Croix Rouge colombienne ont dispensé une formation communautaire dans 12 régions affectées. ⁽⁴⁾

▶ **En Thaïlande**, le système de services médicaux d'urgence a été élargi à l'ensemble des provinces et des communautés locales, dont les 27 provinces affectées par les mines/REG. Un réseau d'équipes d'urgence est joignable via un numéro téléphonique d'urgence. Ce réseau est disponible dans tout le pays, excepté dans les communautés isolées, le long des zones frontalières. ⁽⁵⁾



QUE PEUVENT FAIRE LES ÉTATS ?

Améliorer la qualité de vie :

- **Former les populations locales** des zones affectées par les mines/REG aux premiers secours.
- S'assurer que les survivants et autres personnes blessées bénéficient d'un suivi des équipes de soins chirurgicaux et infirmiers, ainsi que des professionnels de la réadaptation.
- S'assurer que les personnes handicapées, dont les survivants, et leurs familles sont **bien informées** des risques et avantages des opérations chirurgicales et qu'elles aient conscience du coût et de la durée du traitement.
- Développer les compétences des individus en leur fournissant des sessions **d'éducation à la santé** et d'autres informations afin de leur permettre de mieux contrôler leur santé.
- S'assurer en particulier que les jeunes filles et femmes handicapées, dont les survivantes, ont le même accès aux **services de santé sexuelle et reproductive** que les jeunes filles et femmes valides.

Améliorer l'accès aux services :

- S'assurer que les structures sanitaires possèdent des **équipements adaptés**, ainsi que des **approvisionnements en sang sécurisé et en médication**.
- Garantir des capacités adaptées en matière de **chirurgie traumatologique** et de **prise en charge de la douleur**.
- S'assurer que les services de santé sont **gratuits ou abordables** et accessibles pour les survivants, les autres personnes handicapées et tout individu blessé.
- Mettre en place une **formation de sensibilisation au handicap** destinée aux professionnels de la santé.
- Garantir un quota de **personnel féminin au sein des prestataires de soins de santé**.
- Développer et soutenir des **systèmes d'orientation** pour faciliter l'accès des personnes handicapées, et notamment des femmes et des enfants, à l'ensemble des services de santé.

Améliorer l'accès à la législation et aux politiques :

- La législation et les politiques sur la santé doivent être conformes à la CDPH ; des **plans et des budgets associés** doivent être développés pour permettre leur mise en œuvre au niveau local.
- S'assurer que la **promotion de la santé, la prévention et les soins médicaux** sont inclus dans la législation et les politiques



COMMENT MESURER LES PROGRÈS ?

Cette rubrique présente certains domaines dans lesquels les États doivent pouvoir démontrer des changements. Les progrès liés à l'accès aux services, la législation et les politiques doivent *in fine* avoir des répercussions positives sur la qualité de vie.

➤ Qualité de vie :

* Proportion des victimes qui survivent. * Réduction du temps nécessaire pour obtenir une aide médicale après un accident. * Nombre de personnes handicapées, dont les survivants, qui connaissent la procédure pour accéder aux services de santé. * Proportion de jeunes filles et de femmes handicapées, dont les survivantes, qui ont accès aux services de santé par rapport aux jeunes filles et femmes valides. * Réduction de la différence entre le taux de mortalité chez les hommes et les femmes.

➤ Accès aux services :

* Nombre d'habitants formés aux premiers secours dans les villages ayant un taux élevé d'accidents. * Nombre d'agents de santé formés dans des zones affectées. * Renforcement de la sensibilisation des agents de santé aux droits et besoins des personnes handicapées. * Renforcement des capacités dans les secteurs de la chirurgie et de l'anesthésie, dans ou près des zones affectées. * Nombre de procédures dans les programmes de santé pour prendre en charge et inclure les hommes, les femmes, les jeunes filles et les jeunes hommes handicapés.

➤ Législation et politiques :

* La législation relative à la santé est conforme à la CDPH et prend en considération les besoins spécifiques des victimes de mines/REG et d'autres victimes de traumatisme. * Les politiques de promotion de la santé, de prévention et de soins médicaux comprennent des mesures et un budget associé pour l'inclusion des personnes handicapées, sur un pied d'égalité avec les autres personnes.



EXEMPLE DE PROJET : FORMATION DES AUXILIAIRES MÉDICAUX DANS LE NORD DE L'IRAK ⁽⁶⁾



© Xavier Bourgois

Centre KORD, Souleymaniah, Irak, 2011.

Problèmes identifiés : les victimes de mines/REG vivent en grande partie dans des zones rurales, alors que les médecins et les structures médicales se trouvent principalement dans les villes. Dans le nord de l'Irak, les soins pré-hospitaliers dispensés aux victimes de traumatisme sont limités.

Objectif : améliorer l'accès aux prestations de soins pré-hospitaliers en formant un noyau de secouristes qui formeront à leur tour les premiers intervenants, au niveau de la communauté.

Activités : formation de 6 000 individus non professionnels pour **devenir premiers intervenants** et de 88 secouristes (1996-2004). Tous les patients ont été enregistrés avec un suivi des temps de latence, des interventions réalisées, de l'effet des traitements pré-hospitaliers et du taux de mortalité.

Pérennité : les secouristes et les premiers intervenants formés vivent et travaillent dans les zones cibles de façon à ce que les ressources restent sur place, au-delà de la durée du projet. Ils ont tous une longue expérience personnelle d'activités visant à répondre aux besoins des personnes blessées et tuées par mines/REG. Après 8 ans de programme, 72 % des secouristes étaient toujours en activité. Le projet a été mis en place en coopération avec les hôpitaux locaux et les autorités sanitaires régionales.

Indicateurs clés : 88 secouristes ont été formés. À leur tour, ils ont formé 6 000 individus non professionnels pour qu'ils deviennent premiers intervenants dans leur village et dans les villages voisins afin de soutenir les victimes de traumatisme dans leurs besoins quotidiens fondamentaux. 2 349 patients ont bénéficié d'un traitement au cours de cette période. Parmi eux, 919 souffraient de blessures par mine ou d'autres lésions par objet pénétrant et 1 430 de traumatismes contondants ou d'autres urgences médicales. Le taux de mortalité des victimes a diminué, passant de 28,7 % à 9,4 %, tout comme le temps de latence entre le moment de la blessure et les premiers soins médicaux, passé de 2,4 heures à 0,6 heure. La plupart des accidents mortels enregistrés sont ceux où les individus sont décédés sur le lieu de l'accident. Les effets des traitements pré-hospitaliers se sont considérablement améliorés.

Durée : résultats depuis 1999 à 2005 ; le projet est toujours en cours | **Mis en œuvre par :** le centre de ressources des victimes de mines de Tromso, en coopération avec la fondation de soins en traumatologie en Irak.

Bailleur : Ministère norvégien des Affaires étrangères.



QU'ENTEND-ON PAR RÉADAPTATION ?

La **réadaptation** est un processus visant à permettre aux survivants et aux autres personnes handicapées d'atteindre et de maintenir leur niveau fonctionnel optimal, sur les plans physique, sensoriel, intellectuel et social.

La **réadaptation** aide les survivants et les autres personnes handicapées à atteindre un niveau optimal de santé et de bien-être, à vivre de façon autonome, et à être inclus dans la société.

Les **principales composantes** de la réadaptation sont :

- **Les services de prothèses et orthèses (P&O)** : fabrication et adaptation de prothèses et d'orthèses pour permettre à une personne de marcher à nouveau ou pour améliorer la fonction du membre supérieur. Une prothèse remplace un membre et une orthèse soutient ou améliore le fonctionnement sensoriel et moteur. Les prothèses et les orthèses appartiennent au groupe des **aides techniques**, qui comprennent également les aides à la mobilité comme les fauteuils roulants et les déambulateurs.
- **La kinésithérapie** : utilisation de techniques manuelles, d'exercices et d'appareils de base pour améliorer et développer la fonction motrice et sensorielle, et pour contrôler la douleur.
- **L'ergothérapie** : pratique thérapeutique des activités de la vie quotidienne en individuel ou en groupe, pour améliorer la participation à domicile, dans les activités scolaires, au travail, au sein de la communauté, aux activités culturelles, sportives et de loisir. Son objectif est de prendre en compte et de réduire les déficiences physiques, cognitives, psychosociales et sensorielles.
- **Orthophonie** : Traite tous les troubles de la voix, de la parole et du langage y compris celles liées à des déficiences intellectuelles ou auditives

Données Clefs

- ★ Dans de nombreux pays à faible revenu, seuls **5 à 15 %** des personnes qui ont besoin d'aides techniques **y ont effectivement accès.** ⁽¹⁾
- ★ D'après une étude réalisée dans 114 pays en 2004, la moitié **d'entre eux ne disposait pas de législation pertinente** en matière de réadaptation ; **48 % ne disposaient pas de politiques en matière d'aides techniques.** ⁽²⁾
- ★ On estime que 105 millions de personnes, soit 1,5 % de la population mondiale, **ont besoin d'un fauteuil roulant.** ⁽³⁾
- ★ L'utilisation d'aides à la mobilité améliore **les opportunités d'éducation et d'emploi**, et contribue à améliorer **la santé, la participation sociale et la qualité de vie globale.** ⁽⁴⁾



CADRES JURIDIQUES ET POLITIQUES

- **Convention d'Oslo** : art. 5 para 1 & 2.H. Art. 6 para 7. Art. 7 para 1.K. | **Plan d'action de Vientiane** : actions #25 & #28. | **Plan d'action de Carthagène** : section IV, para 12. Action #31.
- **CDPH** : art. 20 & 26.



ACTEURS PRINCIPAUX

- **Organisations** de survivants et de personnes handicapées. | **Prestataires de service** : les centres de réadaptation et leurs équipes, dirigés par des ONG, des ONG internationales, des services publics.
- **Ministères de la Santé** ; des Affaires Sociales ; de l'Éducation. | **Organisations professionnelles nationales** de spécialistes de la réadaptation. | **Organisations professionnelles internationales** telles que la Société internationale de prothèses et d'orthèses (ISPO), la Confédération mondiale pour la Kinésithérapie, et la Fédération mondiale des Ergothérapeutes. | **Organisation internationale** : le **CICR**.



QUELS SONT LES DÉFIS COMMUNS AUX PAYS À FAIBLE REVENU ?

- **Des ressources financières limitées** pour le système de soins de santé et plus particulièrement pour les services de réadaptation **dans les zones rurales et éloignées.**
- **Absence de planification nationale** pour le développement des services de réadaptation, et en particulier pour les services de P&O ; les services de réadaptation et de P&O ont tendance à ne pas être intégrés dans les programmes de soins de santé.
- Il se peut que certains programmes de réadaptation **se concentrent uniquement sur la kinésithérapie et les aides techniques**, ou sur certains types de limitations fonctionnelles (de la vue, de la mobilité...) sans liens avec d'autres services de réadaptation.
- **Peu de professionnels de la réadaptation**, avec peu ou pas de ressources humaines formées au niveau communautaire, en particulier dans les zones touchées par les mines/REG.
- **Pas de suivi adéquat** dès que l'utilisateur du service de réadaptation rentre à domicile.
- Peu ou pas de **liens avec les services de santé, de santé mentale et les services sociaux.**
- Les **usagers** potentiels ne connaissent pas toujours les services de réadaptation existants, ni les processus pour y accéder.
- Les usagers **ne peuvent pas assumer** financièrement le coût réel des services de réadaptation ou les coûts connexes, comme le transport, la perte de revenu et la garde des enfants.
- Les usagers **ne participent pas** à la planification, au suivi et à l'évaluation des services.



EXEMPLES DE PROJETS RÉUSSIS DANS LE DOMAINE DE LA RÉADAPTATION

➤ **Au Sud-Soudan**, le **CICR** soutient le *Ministère du genre, des enfants et de la protection sociale* dans la gestion et le fonctionnement du centre de réadaptation de référence de Juba, qui sert de centre de référence pour le pays. Pour répondre aux problèmes existants, le **CICR** a : 1. fourni un soutien pour couvrir les **frais de transport et d'hébergement** aux utilisateurs du centre, 2. aidé à la mise en place **d'un système d'orientation**, 3. soutenu **des services mobiles et des campagnes d'information**. Il a également fait don de matériel orthopédique pour s'assurer que le centre ait les moyens d'assurer des prestations de services. Plus de 1440 personnes ont bénéficié de services divers en 2011. Le **CICR** a également fourni un soutien sur le terrain, un accompagnement et des bourses d'études pour une formation en appareillage orthopédique et a aidé le Ministère à renforcer sa capacité à mettre en œuvre, coordonner et gérer les activités de réadaptation physique. ⁽⁶⁾

➤ **Au Mozambique**, Handicap International (HI) a ouvert des **centres de réadaptation** dans les années 1980, avec le **CICR**. Pendant 15 ans, HI a travaillé dans plusieurs régions afin de soutenir ou de mettre en place des services de médecine physique et de réadaptation, principalement des centres de P&O, et d'offrir directement des prestations de service ; des centres d'accueil ont été créés pour accueillir les bénéficiaires venant de régions éloignées et un programme de réadaptation à base communautaire a été élaboré. L'organisation a soutenu la formation institutionnelle et en alternance de personnel de réadaptation. Plus tard, HI a renforcé ses partenariats avec les autorités nationales pour développer le système de réadaptation dans le pays, par le soutien à l'élaboration des politiques, le développement de la capacité organisationnelle des prestataires de services, et du plaidoyer au niveau du ministère pour l'allocation des ressources dans le secteur de la réadaptation.



COMMENT LES ÉTATS PEUVENT-ILS AGIR ?

Pour améliorer la qualité de vie :

- Faciliter l'accès aux services de réadaptation dont peuvent avoir besoin les survivants et autres personnes handicapées, y compris la kinésithérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, les P&O et la gestion de la douleur.
- Prendre en considération les besoins spécifiques des hommes, des femmes, des filles et des garçons en ce qui concerne la conception, la durabilité et l'adéquation à l'âge des aides techniques.
- Les services de réadaptation, y compris les aides techniques, doivent répondre aux besoins des utilisateurs et être adaptés aux exigences de l'environnement local.
- Assurer le suivi de tous les usagers par les services de réadaptation, en particulier des enfants dont les besoins changent rapidement au cours de la croissance.

Pour améliorer l'accès aux services :

- S'assurer que la kinésithérapie est disponible dès que possible après l'accident pour prévenir les complications, préparer à la réadaptation et faciliter l'utilisation des aides techniques.
- Si possible, fournir des aides techniques à base de matériaux locaux et fabriqués localement.
- Former un nombre suffisant de professionnels de la réadaptation (kinésithérapeutes, orthoprothésistes, ergothérapeutes et orthophonistes), conformément aux besoins de la population et à leur situation géographique.
- Assurer des soins de qualité et la formation des professionnels pour le bénéfice des patients, à travers la reconnaissance ISPO - la norme internationale en matière de P&O.
- Promouvoir la disponibilité, la connaissance et l'utilisation des aides techniques parmi les survivants, les autres personnes handicapées et leurs familles.
- Développer des unités mobiles et des services de réadaptation à base communautaire.

Pour améliorer la législation et les politiques :

- S'assurer que la réadaptation fasse partie intégrante de la législation et des politiques de santé conformément à la CDPH, pour permettre aux personnes handicapées d'atteindre et de maintenir un niveau d'autonomie maximum - notamment via l'évaluation multidisciplinaire des besoins et des atouts individuels.
- Veiller à ce que des ressources suffisantes soient allouées à la mise en œuvre de ces législations et politiques, y compris dans les zones rurales et éloignées.
- Développer un réseau de réadaptation disposant d'un rayon d'action suffisant, y compris grâce à des centres de référence, des ateliers de P&O communautaires et des équipes mobiles.
- Éliminer les taxes et droits de douane sur l'importation du matériel de réadaptation.
- Lorsque les organisations internationales sont impliquées dans la prestation de services, s'assurer que les autorités nationales aient un projet clair pour assumer la reprise de ces services, en assurant les ressources techniques, humaines et financières nécessaires pour en garantir la pérennité.



COMMENT MESURER LES PROGRÈS ?

Cette rubrique présente certains domaines dans lesquels les États doivent pouvoir démontrer des changements. Les progrès liés à l'accès aux services, la législation et les politiques doivent *in fine* avoir des répercussions positives sur la qualité de vie.

➤ Qualité de vie :

- * Nombre d'utilisateurs recevant un traitement et des appareillages.
- * Réduction du délai entre le moment où un individu a besoin d'un service et l'accès à ce service.
- * Nombre de personnes participant activement à l'élaboration de leur plan de réadaptation.
- * Nombre d'utilisateurs faisant état d'une meilleure participation dans la société après avoir eu accès à des services de réadaptation.
- * Nombre de personnes utilisant leur appareillage un an après l'avoir reçu.

➤ Accès aux services :

- * Augmentation du nombre de services de réadaptation mis en place dans les régions rurales et éloignées affectées par les mines/REG
- * Niveau d'accréditation ISPO
- * % de services de réadaptation disposant d'un équipement adéquat.
- * Nombre de services gratuits ou abordables financièrement.
- * Nombre d'utilisateurs orientés vers des services médicaux, sociaux ou autres.
- * Nombre de fournisseurs de services établissant des rapports réguliers sur les critères de qualité (service abordable, attitude du personnel et adéquation des dispositifs...).
- * Nombre de thérapeutes et de techniciens – dont nombre de femmes – suivant une formation professionnelle initiale ou continue.
- * Nombre de personnes handicapées employées dans les services de réadaptation.
- * Existence de mécanismes permettant aux utilisateurs des services d'exprimer leurs demandes.
- * Nombre de prestataires de services incluant les utilisateurs dans le processus de planification, de suivi et d'évaluation du service.

➤ Législation et politiques :

- * La réadaptation fait partie intégrante de la législation et des politiques de santé, et est conforme aux standards de la CDPH.
- * Il existe des lignes directrices pour la réadaptation.
- * La collecte de données pertinentes pour la prise de décision est régulièrement assurée.



EXEMPLE DE PROJET D'ACCÈS AUX SERVICES DE MÉDECINE ET DE RÉADAPTATION EN ALBANIE



© Erika Pineros / Handicap International

Campements birmans en Thaïlande, 2011.

Problèmes identifiés : les services de réadaptation ne sont pas bien développés dans le pays ; il n'existe pas de structure de formation pour les professionnels de la réadaptation.

Objectif : améliorer, pour tous, l'accès équitable et durable à des services de médecine physique et de réadaptation de qualité.

Activités : 1. Formation et renforcement des capacités des professionnels de la réadaptation. 2. Soutien à la mise en place de services de réadaptation dans une région touchée par les mines/REG (Hôpital régional de Kukës). 3. Soutien à l'élaboration d'une politique de réadaptation.

Pérennité : 1. Assurer l'appropriation des services par les parties prenantes nationales: Ministère de la santé, établissements de formation, services locaux. 2. Développement des capacités locales de formation et formation des formateurs. 3. Soutien à la définition d'un plan d'action national sur la réadaptation.

Indicateurs clés : * Une stratégie nationale de médecine physique et de réadaptation et un plan d'action national ont été adoptés. * 70 kinésithérapeutes ont reçu le diplôme universitaire de la filière nouvellement créée. * 18 médecins ont suivi un cours d'un an en médecine physique et réadaptation. * 6 stagiaires ont participé à une formation en P&O. * 399 personnes ont reçu des services de P&O. * Un hôpital régional dispose d'une unité de réadaptation (kinésithérapie, P&O) qui fonctionne de manière satisfaisante. * Les OPH sont actives dans le plaidoyer pour leurs droits et dans le suivi du Plan d'action national sur le handicap.

Durée : 5 ans. | **Acteurs :** direction albanaise de l'action contre les mines, ministère de la Santé, Ecole d'infirmières de la Faculté de Tirana, deux écoles belges de kinésithérapie.

Durée : fin 2005 - 2010. | **Bailleur :** International Trust Fund. | **Mis en œuvre par :** HI.

Références ⁽¹⁾ OMS, UNICEF, OIT, IDDC. *Community-based rehabilitation Health Guidelines*. 2010 | ⁽²⁾ OMS, USAID. *Joint position paper on the provision of mobility devices in less resourced settings*. 2011 | ⁽³⁾ ⁽⁴⁾ HI. *Les services d'aides roulantes à la mobilité et leurs dispositifs d'installation et de positionnement*. 2012 ; HI. *Le processus d'analyse de la pérennité : l'exemple de la réadaptation fonctionnelle*. 2012 | ⁽⁵⁾ ICBL-CMC. *L'observatoire des mines et des sous-munitions*. 2012 ; CICR. *Understanding the concept of physical rehabilitation*. 2009 | ⁽⁶⁾ CICR. *Report of activities*. 2011 ; ISPO, LSN. *Prosthetics and Orthotics Program Guide: Implementing P&O in low-income settings*. 2006 ; Landmine Survivors Network. *Surviving Limb Loss*. 2000.

**HANDICAP
INTERNATIONAL**



QU'ENTEND-ON PAR SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE ET ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL ?

Le soutien psychologique et l'accompagnement psychosocial font partie des services de santé mentale.

La **santé mentale** correspond à un état de bien-être et de bonheur dans lequel les individus reconnaissent leurs aptitudes, sont en mesure de faire face aux contraintes normales de la vie, de travailler et d'apporter une contribution à leurs communautés. ⁽¹⁾ Elle est liée à des traits de personnalité tels que la résilience, l'optimisme, la capacité à surmonter les difficultés, le contrôle de sa propre vie et la confiance en soi. ⁽²⁾

Les composantes de la santé mentale sont :

- › **Le soutien psychologique** : appui psychologique de psychiatres et psychologues.
- › **L'accompagnement psychosocial** : activités culturelles, sportives et de loisir visant principalement à renforcer le bien-être psychologique.
- › **Soutien entre pairs** : accompagnement social et soutien émotionnel proposés par des personnes rencontrant des situations et des défis similaires par le biais de visites individuelles ou de groupes d'entraide sociale.

Les services de santé mentale sont importants pour les individus ayant subi le choc d'un accident causé par mine/REG mais également pour leur famille et, plus généralement, pour les communautés affectées. Dans le contexte de l'assistance aux victimes, **l'objectif de ces services** est de prévenir la détresse psychologique des populations confrontées aux blessures invalidantes et au risque de traumatismes comme ceux causés par les accidents par mine/REG ; et de prévenir les troubles mentaux ou d'y répondre, notamment les syndromes de stress post-traumatique. Les services de santé mentale travaillent avec l'individu et avec son environnement, afin que les personnes trouvent équilibre et harmonie dans leur vie.

Données Clefs

- ★ Les réseaux de survivants bénéficient d'un **soutien extrêmement limité** de la part des gouvernements nationaux alors qu'ils sont souvent les seuls prestataires de services de santé mentale sous la forme de soutien entre pairs dans les régions affectées. ⁽³⁾
- ★ Alors que la santé mentale des survivants est primordiale pour leur bien-être, elle reste **négligée par la plupart des politiques et des programmes**.
- ★ Dans les pays à faible revenu, seul 1,54 % du **budget consacré à la santé** est alloué au secteur de la santé mentale. ⁽⁴⁾



CADRES JURIDIQUES ET POLITIQUES

Convention sur les armes à sous-munitions : art. 5 para 1 and 2.H. Art. 6 para 7. Art. 7 para 1.K. | **Plan d'action de Vientiane** : action #25 #28. | **Plan d'action de Carthagène** : section IV para. 12 and Action #31. | **CDPH** : art. 19, 25 & 26.



ACTEURS PRINCIPAUX

Organisations de survivants et de personnes handicapées. | **Prestataires de services** : centres de santé, groupes de soutien entre pairs... | **Ministères** : Santé, Affaires Sociales. **Organisation internationale** : OMS, le comité permanent inter-organisations pour la santé mentale et l'accompagnement psychologique dans les situations d'urgence (IASC).



QUELS SONT LES DÉFIS COMMUNS AUX PAYS À FAIBLE REVENU ?

- › La santé mentale, et notamment l'accompagnement psychosocial, **n'est généralement pas une priorité** parmi les questions relatives à la santé.
- › Il n'existe que très **peu de professionnels** des secteurs de la psychologie et de la psychiatrie dans les pays affectés, et ils sont souvent basés dans les villes.
- › Peu d'efforts sont faits pour inclure la santé mentale dans des activités de **prévention et de promotion de la santé**, au niveau communautaire.
- › Dans le cadre de l'assistance aux victimes, les initiatives de coopération internationale ont tendance à **ne pas mettre suffisamment l'accent sur les programmes de santé mentale**.
- › Les personnes présentant des troubles psychiatriques et leurs familles ne sont généralement **pas assez organisées pour mener efficacement un plaidoyer** en faveur de soins adaptés.
- › Il est difficile d'intégrer les **services de santé mentale dans ceux de santé primaire** car les prestataires de ces derniers assument souvent déjà une charge de travail excessive.
- › Les professionnels du secteur de la santé mentale et les survivants impliqués dans le soutien entre pairs ont tendance à **être en majorité des hommes**, ce qui rend plus difficile l'accès aux services de santé mentale pour les femmes. Les services de santé mentale pour les enfants sont généralement limités.



EXEMPLES DE PROJETS RÉUSSIS DANS LE DOMAINE DE L'ACCÈS À LA SANTÉ MENTALE ET L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL

Au Tadjikistan, le *ministère du Travail et de la Protection sociale* a mené des initiatives de coopération régionale visant à renforcer l'accompagnement psychologique et le soutien entre pairs. Deux conférences régionales sur la réadaptation psychosociale ont été organisées à Douchanbé, en coopération avec le centre d'action contre les mines du Tadjikistan et le programme des Nations Unies de soutien aux personnes handicapées en Afghanistan. Les membres d'organisations de victimes du Tadjikistan ont également participé à Kaboul à un atelier de formation sur le soutien entre pairs, organisé par l'organisation afghane de victimes de mines (ALSO). Le centre d'action contre les mines du Tadjikistan et le programme de soutien aux personnes handicapées en Afghanistan ont également soutenu deux ONG de victimes récemment créées à Douchanbé et à Khoudjand dont l'objectif est de promouvoir le soutien entre pairs. ⁽⁵⁾

En Ouganda, le ministère de la Parité, du Travail et du Développement social a élaboré le kit « *Accompagnement psychosocial pour les victimes de mines et REG : manuel de formation pour les agents communautaires de développement* ». Ce manuel est utilisé pour former les agents de développement et les agents de réadaptation communautaires dans les communautés affectées. ⁽⁶⁾



COMMENT LES ÉTATS PEUVENT-ILS AGIR ?

Améliorer la qualité de vie :

- Assurer des consultations psychothérapeutiques individuelles, mettre en place des équipes mobiles pluridisciplinaires, des groupes de parole à visée thérapeutique, des activités thérapeutiques culturelles, sportives et de loisir dans les communautés affectées qui **influent de façon positive** sur la santé mentale des victimes.
- En coopération avec les survivants et les personnes handicapées, concevoir un **plan de traitement personnalisé** qui réponde aux besoins et aux attentes de chaque individu.

Améliorer l'accès aux services :

- Apporter un soutien technique, financier et organisationnel aux **associations communautaires** qui offrent des services de santé mentale et notamment un soutien entre pairs. Ce type de soutien est souvent le service de proximité le plus efficace, disponible pour les survivants et les personnes handicapées dans les zones rurales et isolées.
- Former, soutenir et superviser les travailleurs communautaires, les travailleurs sociaux, les conseillers psycho-sociaux et les autres personnes qui fournissent des services en santé mentale afin d'**améliorer leur pratique professionnelle**.
- Créer ou renforcer des **systèmes d'orientation** afin que les personnes présentant des troubles de la santé mentale et en détresse psychologique soient orientées auprès des services adaptés.
- Encourager la création de **forums de discussion et de coordination** qui regroupent des psychologues, des psychiatres, des travailleurs sociaux, des personnes handicapées, des survivants et leurs familles afin de favoriser un échange de pratiques liées aux défis rencontrés par les victimes.
- Soutenir la création d'une **association nationale d'intervenants en santé mentale**.

Améliorer la législation et les politiques :

- Conformément à la CDPH, les autorités doivent développer des **politiques qui garantissent le respect de l'intégrité mentale** des personnes souffrant de troubles psychologiques et psychiatriques dans l'ensemble des secteurs du service public.
- Toute politique sur la santé publique doit contenir une **section significative sur la santé mentale** qui aborde la prévention, le traitement et le suivi et qui inclue des actions spécifiques pour faire disparaître la stigmatisation liée à la maladie mentale.
- Les politiques mises en place doivent **renforcer le rôle des patients et de leur famille**, en tant qu'acteurs du système de santé, concernant leurs propres droits, aux côtés des professionnels de santé.



COMMENT MESURER LES PROGRÈS ?

Cette rubrique présente certains domaines dans lesquels les États doivent pouvoir démontrer des changements. Les progrès liés à l'accès aux services, la législation et les politiques doivent *in fine* avoir des répercussions positives sur la qualité de vie.

➤ Qualité de vie :

- * Augmentation du nombre de survivants et personnes handicapées en détresse psychologique ou présentant des troubles psychiatriques qui s'orientent d'elles-mêmes auprès des services de santé mentale.
- * Diminution de la prévalence des troubles psychiatriques ou de la détresse psychologique.
- * Renforcement de la participation des survivants et des personnes handicapées aux activités culturelles, sportives et de loisir qui sont importantes pour elles.

➤ Accès aux services :

- * Renforcement de l'accès aux services de prévention, de dépistage et de santé mentale pour les personnes en détresse psychologique et/ou présentant des troubles mentaux.
- * Développement des institutions sanitaires et sociales et des associations locales qui garantissent la continuité de la prise en charge des survivants et des personnes handicapées présentant des troubles psychiatriques et/ou psychologiques.
- * Augmentation du nombre de professionnels du secteur de la santé mentale pour 100 000 habitants.
- * Augmentation du nombre d'intervenants communautaires couvrant les zones rurales et isolées.
- * Augmentation du nombre de groupes de pairs dans un territoire donné.
- * Augmentation du nombre d'intervenants communautaires sur la santé mentale.
- * Augmentation du nombre de survivants et de personnes handicapées formées au soutien entre pairs.

➤ Législation et politiques :

- * Suppression de toute loi et politique discriminatoire à l'égard des personnes ayant des incapacités mentales
- * Augmentation du nombre d'outils de suivi et d'évaluation du système de gestion de la santé mentale dans le pays
- * Existence de politiques nationales sur la santé mentale qui soient conformes à la CDPH ou d'un plan national sur la santé mentale, avec des lois pertinentes, des décrets et des budgets permettant leur mise en œuvre.



PROJET DE SOUTIEN ENTRE PAIRS DANS LA RÉPUBLIQUE DU SALVADOR ⁽⁷⁾



© Jesús Martínez.

Soutien entre pairs à El Salvador, Red de Sobrevivientes y PcD.

Problème identifié : situations d'exclusion sociale et de pauvreté extrême des personnes handicapées et de leurs familles, notamment des victimes de conflit armé.

Programmes mis en œuvre par la 'Red' : 1) Accès à la **santé** : promotion de la **santé mentale** (estime personnelle et autogestion), réadaptation (aides à la mobilité) et prévention (nutrition, prévention des maladies infectieuses). 2) Soutien au **travail décent** : formation professionnelle et capital de départ. 3) Promotion de l'**autonomisation sociale** : formation sur le handicap et les droits de la personne, sur le leadership, sur les cadres juridiques et le plaidoyer ; renforcement des organisations à base communautaire et sensibilisation au niveau national.

Activités : soutien entre pairs : une personne handicapée en soutient une autre sur la base de connaissances, capacités et expériences personnelles similaires. La 'Red' a une équipe d'acteurs de terrain handicapés qui rend visite à d'autres personnes handicapées afin de comprendre leurs besoins et de définir un plan d'action personnel selon les priorités, le potentiel et l'environnement de chacun. La Red constate que bien que le soutien entre pairs contribue de manière évidente à l'amélioration de la santé mentale, il ne devrait pas être considéré comme un substitut à l'accompagnement psychologique professionnel.

Pérennité : le soutien entre pairs a permis de renforcer considérablement le bien-être psychologique et socio-économique des personnes. Il promeut la pérennité de trois façons : 1) **Les personnes handicapées sont elles-mêmes formées**, elles développent leurs propres connaissances et capacités et **les partagent avec leurs pairs**. 2) Les personnes handicapées peuvent pratiquer le soutien entre pairs avec l'objectif principal de **promouvoir leur estime personnelle et leur bien-être psychologique**, et également comme une méthodologie permettant d'apporter un soutien dans un **secteur spécifique** (ex : l'emploi ou la santé). 3) L'**autonomisation collective** est renforcée via les associations locales de personnes handicapées pour soutenir les campagnes de plaidoyer et de sensibilisation.

Indicateurs clés : Environ 700 personnes handicapées sont annuellement formées par leurs pairs sur la santé, les droits de la personne et les questions relatives à la gestion des entreprises ; 100 personnes handicapées bénéficient d'un soutien pour démarrer des projets d'auto-emploi. En 2012, 160 personnes ont bénéficié d'aides à la mobilité. Ces indicateurs concernent les personnes handicapées (notamment les survivants) mais ces activités profitent à un plus grand nombre, comme les membres des familles. | **Baillleurs :** le gouvernement de Norvège, InterAmerican Foundations, la Fondation Proactivismis...



QU'ENTEND-ON PAR ÉDUCATION ?

L'**objectif de l'éducation** est de garantir à **chacun la possibilité d'apprendre** ce dont il a besoin et ce dont il a envie tout au long de sa vie. L'**éducation inclusive** est un **processus** qui vise à accroître la fréquentation scolaire, d'une manière qui réponde aux besoins individuels de tous les apprenants, y compris les filles, les garçons et les personnes **en situation de vulnérabilité** (comme les victimes et les enfants handicapés).

L'**éducation inclusive** est un droit, mais également un moyen de faciliter l'exercice d'autres droits (tels que l'accès à la santé, l'emploi ou la participation politique). L'éducation contribue au bien-être des personnes, de leurs familles et de leurs communautés.

Composantes de l'éducation : ⁽¹⁾

- **Accueil et éducation du jeune enfant** : axé sur la survie et le développement, notamment pour la santé, la nutrition et l'hygiène (3 à 6 ans).
- **Enseignement primaire** : premier niveau d'enseignement scolaire, normalement gratuit et obligatoire (6 à 15 ans).
- **Enseignement secondaire et supérieur** : au-delà de la période obligatoire, un tremplin vers une vie productive et épanouissante (15 à 24 ans).
- **Éducation non formelle** : large éventail d'initiatives éducatives mises en place au sein des communautés (apprentissage à domicile, initiatives à base communautaire, etc.).
- **Formation continue** : possible à tout âge, et axée sur les connaissances et les compétences nécessaires à l'emploi.

Données Clefs

- ★ **42 %** des victimes de mines/REG sont des enfants. ⁽²⁾
- ★ Dans les situations de conflit, les garçons peuvent être recrutés en tant qu'enfants soldats et manquer l'école. Au moins 5 % de ces garçons **présenteront une déficience** et seront **trop âgés** pour aller à l'école primaire au terme du conflit. ⁽³⁾
- ★ Environ 72 millions d'enfants sont **exclus** du système éducatif à l'échelle mondiale. Un tiers d'entre eux sont des enfants handicapés. ⁽⁴⁾
- ★ Le niveau de pauvreté des ménages influence souvent la scolarisation des enfants. Au sein des ménages pauvres ou de ceux confrontés à un traumatisme, **les filles sont souvent les premières à quitter l'école.**



CADRES JURIDIQUES ET POLITIQUES

Convention sur les armes à sous-munitions : implicite dans les dispositions relatives à l'insertion sociale et économique. | **Plan d'action de Ventiane** : actions #23, #28. | **Plan d'action de Carthagène** : section IV, para 12. Action #31. | **CRPD** : Art. 24 & 26. | **Convention relative aux droits de l'enfant** : article 28.



ACTEURS PRINCIPAUX

Organisations de victimes, de personnes et d'enfants handicapés, associations de parents, d'élèves et d'enseignants. | **Prestataires de services** : écoles ordinaires et spécialisées, organisations proposant une éducation formelle ou non formelle, associations d'enseignants, établissements de formation des enseignants. | **Ministères** : **Éducation**, **Santé**, **Affaires sociales**. | **Organisations internationales** : UNESCO, UNICEF.



QUELS SONT LES DÉFIS COMMUNS AUX PAYS À FAIBLE REVENU ?

- **Manque de compréhension** de la part des familles des avantages liés à la scolarisation des enfants handicapés, notamment en raison du manque de soutien à l'intérieur de ces familles et de la communauté.
- **Absence de loi spécifique** en faveur de l'éducation inclusive et de lois rendant l'école obligatoire pour les enfants handicapés.
- **Manque de stratégie éducative globale** au niveau communautaire, et liens insuffisants voire inexistantes entre les différentes formes d'éducation.
- **Stéréotypes négatifs** à l'encontre des filles et d'autres groupes marginalisés tels que les enfants survivants et les autres enfants handicapés qui limitent encore leur accès à l'éducation.
- **Manque de formation des enseignants ou qualité médiocre de cette formation** - Les enseignants peuvent donc avoir un niveau élémentaire d'éducation, sans savoir comment veiller à ce que tous les enfants puissent suivre leurs cours et être intégrés à l'école et dans la communauté.
- Manque de **supports pédagogiques appropriés** et d'autres équipements.
- Les « **difficultés d'apprentissage** » sont considérées comme relevant de la responsabilité de l'enfant plutôt que comme un problème du système éducatif.



EXEMPLES DE PROJETS RÉUSSIS DANS LE DOMAINE DE L'ÉDUCATION INCLUSIVE

Au Salvador, le personnel de réadaptation à base communautaire (RBC) a travaillé auprès d'enfants handicapés en utilisant des **méthodes centrées sur l'apprenant**, notamment des jeux. Au bout d'un an, les enseignants ont acquis la conviction que l'intégration fonctionnait si les méthodes pédagogiques inclusives étaient adoptées. Le programme de RBC a **formé** les enseignants d'un district spécifique et a financé l'intervention d'un enseignant itinérant chargé d'apporter un soutien régulier sur site. Cette approche a permis la création du premier système inclusif au Salvador. Le *ministère de l'Éducation* a financé le recrutement et la formation de trois enseignants itinérants afin de couvrir l'ensemble des écoles primaires du district. ⁽⁵⁾

Au Sri Lanka, un **programme local de RBC a identifié** plusieurs enfants handicapés. Un directeur d'école maternelle a indiqué qu'il était prêt à les inscrire dans son école, mais que ses enseignants ne disposaient pas des compétences nécessaires. Le programme a identifié des **ressources nationales** pouvant proposer une formation sur l'éducation inclusive et a **financé** la participation des enseignants. Les enseignants, le personnel de RBC, les parents et les enfants handicapés ont élaboré un **plan d'intégration** et sensibilisé d'autres enfants et leurs parents afin de garantir la contribution de chacun au processus. ⁽⁶⁾

Au Togo, en partenariat avec la *Fédération togolaise des OPH* et le *ministère de l'Éducation, HI* a fourni un **soutien personnalisé aux enfants handicapés** pour leur permettre d'accéder à l'éducation. L'organisation a également mené des actions de sensibilisation auprès des parents et des communautés, renforcé les liens entre les écoles spécialisées et ordinaires, formé les enseignants à l'éducation inclusive et apporté un soutien technique visant à améliorer l'accessibilité des écoles, ainsi que de leurs méthodes et outils pédagogiques. Une équipe mobile d'enseignants et de directeurs d'écoles a suivi une formation sur l'éducation inclusive, le Braille et la langue des signes. Grâce au programme, 16 écoles sont devenues physiquement accessibles, 949 enfants handicapés ont pu accéder à des services médicaux et de réadaptation visant à améliorer leur autonomie et 318 enfants handicapés ont été nouvellement scolarisés. Un **groupe de travail national** sur l'éducation inclusive a été mis en place. ⁽⁷⁾



COMMENT LES ÉTATS PEUVENT-ILS AGIR ?

Améliorer la qualité de vie :

- Apporter un **soutien direct aux enfants handicapés** afin de favoriser leur scolarisation : identification des enfants handicapés, mise en place de mécanismes de référencement, soutien à l'accès aux services de santé, de réadaptation et aux services sociaux susceptibles de faciliter leur participation scolaire.
- **Travailler auprès des membres de la famille** afin de s'assurer qu'ils savent comment aider l'enfant à accéder à l'école et à y rester.
- **Sensibiliser** les membres de la communauté et les enseignants aux questions liées au handicap et aux droits des personnes handicapées afin d'éliminer les attitudes et pratiques discriminatoires.

Améliorer l'accès aux services :

- **Modifier les attitudes** qui considèrent l'enfant handicapé comme étant le « problème » au lieu d'examiner les obstacles extérieurs qui entravent la participation de l'enfant.
- Mettre en œuvre des **mesures d'accessibilité** à l'école, que ce soit en termes de structure physique, de moyens de communication ou d'accès à l'information.
- Tisser des liens entre **les écoles ordinaires et les écoles « spécialisées »**, quand elles existent.
- Créer des groupes d'écoles pouvant faire appel aux mêmes **enseignants itinérants** formés à l'éducation inclusive et pouvant partager des bonnes pratiques et des ressources entre différentes écoles, mais également apporter un soutien régulier sur site.

Améliorer la législation et les politiques :

- S'assurer que toutes les législations et politiques relatives à l'éducation intègrent les enfants handicapés et sont **conformes à la CDPH**, c'est-à-dire :
 - * Compléter le **programme de formation des enseignants** afin d'inclure des méthodes et techniques sur l'éducation inclusive. * Développer le système éducatif de manière à permettre la formation, le recrutement et l'embauche d'**enseignants handicapés**. * Renforcer les capacités du personnel du ministère de l'Éducation afin de favoriser l'**élaboration de politiques inclusives**. * Imposer des **normes d'accessibilité** aux écoles.



COMMENT MESURER LES PROGRÈS ?

Cette rubrique présente certains domaines dans lesquels les États doivent pouvoir démontrer des changements. Les progrès liés à l'accès aux services, la législation et les politiques doivent *in fine* avoir des répercussions positives sur la qualité de vie.

➤ Qualité de vie :

* Baisse du taux d'abandon scolaire chez les enfants handicapés, par rapport au taux moyen. * Nombre d'enfants handicapés scolarisés. * Nombre d'enfants handicapés faisant état d'une participation accrue aux activités sportives et récréatives. * Amélioration des progrès sociaux et scolaires des enfants handicapés. * Nombre d'enfants handicapés achevant leurs études primaires. * Nombre d'enfants handicapés accédant à l'école primaire dans les zones rurales et isolées (éducation formelle, écoles mobiles, etc.). * Nombre de personnes handicapées participant au système éducatif en tant que modèles, enseignants ou décideurs.

➤ Accès aux services :

* Nombre d'enseignants formés à l'intégration des enfants handicapés dans les établissements ordinaires. * Nombre et types de supports pédagogiques accessibles disponibles. * Nombre d'écoles appliquant des normes d'accessibilité, notamment pour les installations sanitaires. * Nombre de séances de sensibilisation au handicap organisées dans les écoles pour inciter les enfants à traiter leurs camarades handicapés sur un pied d'égalité. * Évolution positive des connaissances et attitudes des enseignants et des membres de la communauté concernant l'éducation inclusive. * Existence de mécanismes de coordination impliquant autorités nationales, enseignants, associations de parents et OPH.

➤ Législation et politiques :

* Le ministère de l'Éducation établit des statistiques sur le nombre d'enfants handicapés scolarisés. * Évolution des connaissances/attitudes/pratiques des décideurs au sein du système éducatif. * Existence de plans d'action sur l'éducation inclusive (aux niveaux local, national et régional), conformément à la CDPH.



EXEMPLE D'UN PROJET D'ÉDUCATION INCLUSIVE POUR LES ENFANTS HANDICAPÉS EN ÉTHIOPIE



© S. Bonnet / Handicap International

Freetown, centre municipal, Sierra Leone, 2007.

Problème identifié : les enfants sont confrontés à des obstacles physiques, comportementaux et de la communication pour accéder et rester à l'école.

Principaux objectifs : 1. Renforcer les capacités des enseignants et des autres prestataires de services éducatifs afin de favoriser l'intégration des enfants handicapés dans leurs programmes. 2. Sensibiliser les familles d'enfants handicapés aux avantages liés à l'éducation de leurs enfants.

Activités : 1. **Renforcement des capacités** des enseignants et des autres parties prenantes concernées afin d'améliorer la qualité de l'éducation des enfants handicapés. 2. Promotion d'un **rôle plus actif des OPH** dans l'éducation inclusive. 3. Activités de **sensibilisation** au sein des familles d'enfants handicapés. 4. **Soutien technique** aux écoles en vue de la création de dispositifs d'accessibilité, d'équipements adaptés et de supports pédagogiques ou de leur amélioration. 5. Identification et diffusion des **leçons apprises et des bonnes pratiques** auprès du ministère de l'Éducation et de l'USAID afin de promouvoir leur déploiement et leur reproduction.

Pérennité : projet basé sur les établissements et le système éducatif national et régional. La formation des responsables gouvernementaux en charge de l'éducation, des enseignants locaux et des membres des OPH a permis de renforcer durablement leurs connaissances et leurs compétences. Mené en étroite collaboration avec le ministère de l'Éducation, le projet assure la diffusion des leçons apprises et des bonnes pratiques afin de promouvoir leur reproduction et d'informer les décideurs. | **Indicateurs clés :** à mi-parcours, six écoles ont subi un diagnostic d'accessibilité et apporté les adaptations recommandées ; 80 enseignants ont amélioré leurs pratiques après avoir suivi une formation ; 80 membres du Bureau du travail et des affaires sociales et du Bureau régional de l'éducation ont acquis une meilleure connaissance des méthodes, approches et outils pédagogiques inclusifs ; 210 membres d'OPH ont acquis les compétences nécessaires pour aider les enfants et les personnes handicapés à accéder à l'éducation. | **Durée :** deux ans (en cours). | **Mis en œuvre par :** HI et ses partenaires (ministère de l'Éducation et OPH). | **Donateurs :** USAID, Charleville-Mézières Coopération.

Références (1) EFA Global Monitoring Report. 2010 | (2) ICBL-CMC. L'Observatoire des mines et des sous-munitions. 2012 | (3) (4) (5) (6) OMS, UNESCO, OIT, IDDC. Community Based Rehabilitation Education Guidelines. 2010 | (7) HI. Le système d'enseignants itinérants – projet Education Inclusive au Togo. 2011; World Vision UK. Education's Missing Millions: including disabled children in education through EFA FTI processes and national sector plans. 2007; Atlas Alliance. Inclusion Education where there are no resources. 2002; HI. Lessons learnt for the inclusive education of disabled children in Cambodia. 2009; HI. Education inclusive. 2012; UNESCO. Embracing Diversity: Toolkit for creating learner-friendly environments. 2004; Overcoming Exclusion through Inclusive Approaches in Education. 2003; Understanding and Responding to Children's Needs in Inclusive Classrooms: A Guide for Teachers. 2001

**HANDICAP
INTERNATIONAL**



QU'ENTEND-ON PAR INSERTION SOCIALE ?

L'**insertion sociale** est le résultat de l'aide apportée à une personne pour qu'elle donne du sens à sa vie, réalise ses objectifs, trouve une place au sein de sa famille et participe à la vie communautaire. Parfois considérée comme trop « difficile » ou superflue, l'**insertion sociale** est pourtant la pierre angulaire de la qualité de vie, car elle génère un sentiment d'appartenance et renforce la confiance en soi.

L'**objectif des activités d'insertion sociale** est d'accroître l'autonomie de l'individu par la connaissance de soi et la mobilisation de ses propres ressources internes et externes (ex. la famille, les voisins ou la communauté). Ces activités valorisent chaque personne et soutiennent les principes de développement humain, selon lesquels l'individu doit jouer un rôle actif dans la planification de sa propre vie.

Les principales composantes de l'insertion sociale sont : ⁽¹⁾

- **L'accompagnement social personnalisé** : conseils personnalisés visant à aider les individus à surmonter les obstacles physiques, sociaux et affectifs les empêchant de vivre pleinement un aspect de leur vie ; et à leur permettre d'élaborer un projet s'appuyant sur un rôle social ou une activité quotidienne qui leur tient à cœur (ex. étudier, être mère, s'occuper d'une maison ou travailler).
- **Les relations et la vie de famille** : s'assurer que les individus ont des relations positives en faisant évoluer les attitudes négatives de leur famille et de leur communauté. Cette composante vise également à prévenir et enrayer les violences à l'égard des survivants et des personnes handicapées.
- **Les activités culturelles, sportives et récréatives** : renforcer la participation à ces activités en tant que facteur d'expression personnelle, de bien-être et de santé ; contribuer à lutter contre les attitudes négatives de la communauté et à faire connaître les droits et les capacités des survivants et des personnes handicapées.

Données Clefs

- ★ Les survivants sont confrontés à l'**exclusion sociale** ou sont abandonnés après l'accident en raison des croyances de la communauté (par exemple, la conviction que ces personnes portent malheur).
- ★ De nombreuses personnes handicapées sont **exclues des relations et de la vie de famille** en raison d'attitudes négatives.
- ★ Les femmes handicapées ont un **taux de nuptialité moins élevé** que les hommes handicapés.
- ★ Les femmes et les filles handicapées sont particulièrement **vulnérables aux sévices sexuels et au viol** au sein de leurs familles et communautés.



CADRES JURIDIQUES ET POLITIQUES

Convention sur les armes à sous-munitions : art.5, para 1; Art.6, para 7. | **Plan d'action de Ventiane** : actions# 25, # 28. **Plan d'action de Carthagène** : Section IV, para 12. | **CPDH** : Art. 19, 21, 23, 28, 30.



ACTEURS PRINCIPAUX

Organisations de victimes et de personnes handicapées (OPH) ; familles, amis et voisins. **Prestataires de services** : services sociaux et sanitaires. | **Ministères** : **Affaires sociales**, Femme et Enfant/Condition féminine, Jeunesse et Sports. | **Organisations internationales** : Fédération internationale des travailleurs sociaux (IFSW).



QUELS SONT LES DÉFIS COMMUNS AUX PAYS À FAIBLE REVENU ?

- De nombreux survivants et personnes handicapées **manquent d'informations** sur les services existants. Lorsque de telles informations sont disponibles, elles sont souvent insuffisantes. La plupart des survivants et personnes handicapées, en particulier les plus vulnérables, ont besoin d'un **accompagnement personnalisé** pour gagner en autonomie, aller de l'avant et solliciter et recevoir les services dont elles ont besoin.
- Exclues de la vie quotidienne, les survivants et personnes handicapées **manquent souvent de confiance** en eux et hésitent à participer aux activités et événements sociaux, ce qui renforce le cercle vicieux de l'exclusion.
- Les enfants handicapés, dont les survivants, **ne bénéficient pas toujours du même amour**, de la même affection, de la même stimulation et des mêmes opportunités que les autres.
- Les femmes handicapées, dont les survivantes, sont **souvent écartées** de certains rôles sociaux tels que le mariage ou la parentalité. Elles sont souvent confrontées à une double discrimination du fait de leur condition de femme et de leur situation de handicap.
- Les **membres de la famille** peuvent avoir honte d'être apparentés à une personne handicapée, et ne pas l'encourager ou l'autoriser à participer à des activités culturelles, sportives, récréatives ou autres.
- Bien qu'elles favorisent la participation sociale, les OPH peuvent involontairement provoquer une **discrimination** à l'encontre des femmes handicapées, car elles sont généralement dirigées par des hommes handicapés, ce qui laisse peu voire pas de place à la parole des femmes.



EXEMPLES DE PROJETS RÉUSSIS DANS LE DOMAINE DE L'INSERTION SOCIALE

En **Bosnie-Herzégovine**, les **activités sportives et récréatives** sont reconnues comme un moyen de faciliter l'insertion sociale et le bien-être psychologique des personnes handicapées. Il existe des clubs de volley-ball assis, de basket-ball en fauteuil roulant, de football et d'athlétisme destinés aux hommes et aux femmes handicapés, et favorisant leur intégration. En République serbe, un membre du *Secrétariat aux sports et à la jeunesse* est chargé de promouvoir les activités sportives et physiques destinées aux personnes handicapées. Le gouvernement alloue un budget annuel au sport inclusif. ⁽²⁾

Au **Mozambique**, depuis 2011, RAVIM (*Réseau d'assistance aux victimes de mines*) et HI, en collaboration avec le ministère de la Femme et de l'Action sociale et l'Institut national d'assistance sociale, mettent en œuvre un projet visant à faciliter l'**insertion sociale** des personnes et des enfants handicapés. À ce jour, 328 personnes (dont 118 enfants) ont été identifiés, soutenus pour définir leurs besoins et priorités, puis orientés vers des services accessibles. En outre, 65 prestataires de services ont suivi une formation sur l'accessibilité, les droits des personnes handicapées et les mesures à mettre en place pour faciliter l'accès des personnes handicapées aux services sanitaires et sociaux.



COMMENT LES ÉTATS PEUVENT-ILS AGIR ?

Améliorer la qualité de vie :

- Aider les survivants et personnes handicapées à identifier leurs **besoins, compétences, priorités, ressources et intérêts**, et à élaborer et mettre en œuvre un plan d'action réaliste pour atteindre leurs objectifs (ex. éducation, emploi ou vie sociale).
- Aider les survivants et personnes handicapées à identifier les **opportunités de participation** à la vie communautaire (ex. en rejoignant des groupes locaux : organisations de victimes, OPH ou autres organisations grand public).
- **Travailler avec les familles** afin qu'elles apprennent à mieux soutenir leurs proches handicapés, tout en favorisant leur autonomie, et à plaider ensemble pour leurs droits.

Améliorer l'accès aux services et aux activités sociales :

- Identifier les travailleurs communautaires qui peuvent être formés à proposer un **accompagnement social personnalisé au niveau local** (RBC, travailleurs sociaux et agents de santé, etc.)
- Inclure l'accompagnement social personnalisé dans le **programme de formation régulier** des travailleurs sociaux et des agents de santé.
- Recueillir, répertorier et diffuser les **informations relatives aux services** au sein de la communauté.
- Aider les prestataires à s'assurer que les survivants et personnes handicapées peuvent **accéder** à leurs services.
- Travailler avec les **leaders de la communauté** afin de les inciter à sensibiliser la population aux droits des victimes et des personnes handicapées, à lutter contre les discriminations et à créer des opportunités de discussion sur le handicap au sein de la communauté.
- Travailler avec les **associations**, en particulier les groupes de femmes, afin qu'elles s'intéressent à l'intégration des personnes handicapées dans leurs activités et sachent comment procéder.
- Informer les **associations sportives et culturelles** sur les droits des personnes handicapées et sur la manière dont elles peuvent aisément adapter leurs équipements, règles de jeu et installations physiques.

Améliorer la législation et les politiques :

- Inclure l'accompagnement social personnalisé, la culture inclusive, les activités sportives et récréatives, ainsi que d'autres éléments liés à la vie communautaire, dans les **plans d'action nationaux** d'aide aux victimes et aux personnes handicapées.
- Conformément aux dispositions de la CDPH sur la liberté d'expression et d'opinion, s'assurer que la **parole des personnes handicapées** est prise en compte sur la scène politique.
- Encourager les acteurs locaux, nationaux et internationaux à intégrer les survivants et personnes handicapées dans leurs politiques et **programmes culturels, récréatifs et sportifs** et leur indiquer comment procéder.
- Procéder à un examen des lois et politiques en vigueur susceptibles de contenir des **approches discriminatoires ou des obstacles** à l'insertion sociale des personnes handicapées.



COMMENT MESURER LES PROGRÈS ?

Cette rubrique présente certains domaines dans lesquels les États doivent pouvoir démontrer des changements. Les progrès liés à l'accès aux services, la législation et les politiques doivent *in fine* avoir des répercussions positives sur la qualité de vie.

➤ Qualité de vie :

* Nombre de personnes ayant élaboré un plan d'action personnel.
* Nombre de personnes ayant atteint les objectifs de leur plan. * Nombre de personnes faisant état d'une participation accrue à la prise de décision au sein de leur famille. * Nombre de personnes faisant état d'une participation accrue aux activités sociales qu'elles apprécient. * Nombre de personnes participant aux activités culturelles, sportives ou récréatives.

➤ Accès aux services et aux activités sociales :

* Nombre de personnes bénéficiant d'un accompagnement social personnalisé. * Nombre de membres ou leaders de la communauté admettant que les personnes handicapées peuvent se marier et avoir des enfants. * Nombre de familles encourageant et aidant leurs membres en situation de handicap à sortir et à nouer des relations en dehors du foyer. * Nombre de centres religieux et spirituels comptant des personnes handicapées parmi leurs membres. * Nombre de sites culturels, sportifs et récréatifs ayant mis en place des mesures pour s'adresser aux personnes handicapées. * Nombre de centres culturels, sportifs et récréatifs ayant adapté leurs équipements, leur communication et leurs structures ou règles de jeu aux personnes handicapées.

➤ Législation et politiques :

* Les politiques et programmes culturels, récréatifs et sportifs intègrent expressément les personnes handicapées. * Les ressources nationales sont mobilisées pour mettre en œuvre des politiques culturelles, sportives et récréatives inclusives. * Le droit de la famille interdit toute discrimination fondée sur le handicap. * Les politiques indiquent comment adapter aisément les activités, équipements et sites aux personnes handicapées.



EXEMPLE DE PROJET D'INSERTION SOCIALE DES VICTIMES EN OUGANDA



Projet Happy Child pour mères et enfants, Siem Reap, Cambodge.

Problème identifié : les victimes et les personnes handicapées sont confrontées à d'importants obstacles les empêchant de participer à la vie sociale et professionnelle sur la base de l'égalité avec les autres. | **Principaux objectifs :** 1. **Aider les autorités** à respecter leurs obligations en matière d'assistance aux victimes, conformément au Traité d'interdiction des mines et au plan d'action de Carthagène. 2. **Identifier les victimes** dans les deux régions les plus touchées et leur permettre d'**accéder plus facilement aux services sociaux et d'appui aux moyens de subsistance**. | **Activités :** A) **Politique :** améliorer la coordination de l'assistance aux victimes en organisant des ateliers multi-acteurs avec le ministère de la Condition féminine, du Travail et du Développement social (MCFTDS). B) **Accompagnement personnalisé :** proposer un accompagnement individuel afin de permettre aux survivants de définir leurs besoins et priorités et d'élaborer un plan pour atteindre leurs objectifs. C) **Accès aux services :** répertorier les services sanitaires, psychosociaux et d'appui aux moyens de subsistance et les aider à devenir accessibles (sensibilisation et formation) ; pour les activités sociales, donner la priorité aux activités **sportives et récréatives**, conformément à la volonté des groupes d'entraide. D) **Autonomisation :** aider les groupes d'entraide à se former et à développer leurs capacités et leurs activités liées au sport et aux loisirs (adaptation des règles de jeu et des équipements sportifs et récréatifs afin de les rendre accessibles). | **Pérennité :** 1. Réponse apportée aux besoins identifiés par le ministère et mobilisation des acteurs locaux. 2. Amélioration de la coordination nationale grâce à la mobilisation de plusieurs acteurs nationaux par l'intermédiaire d'ateliers. 3. Formation des prestataires de services sociaux et d'appui aux moyens de subsistance et des groupes d'entraide présents dans les régions cibles afin de garantir leur accessibilité au-delà de la période couverte par le projet. 4. Mise en place d'un accompagnement personnalisé visant à améliorer la qualité de vie des victimes. | **Indicateurs clés :** * 2 448 victimes et 1 230 personnes handicapées ont été identifiées. * 900 victimes et personnes handicapées ont bénéficié d'un accompagnement social personnalisé. Une étude d'impact a permis d'évaluer la ration alimentaire, les conditions d'hébergement, le montant de l'épargne, les compétences, la capacité à prendre soin de soi et la mobilité au terme du projet ; 93 % des personnes interrogées ont indiqué qu'au moins l'une de ces cinq dimensions s'était améliorée et 24 % ont fait état de l'amélioration de quatre ou cinq dimensions. * 20 prestataires de services intègrent mieux les victimes et les autres personnes handicapées. * 20 groupes d'entraide ont bénéficié d'une formation visant à améliorer leurs activités sociales. * **4 réunions de coordination** ont été organisées au niveau national et une au niveau local. | **Durée :** 18 mois. | **Mis en œuvre par :** HI et ses partenaires (*Association ougandaise des survivants des mines et MCFTDS*). | **Bailleur :** AusAid.



QU'ENTEND-ON PAR INSERTION ÉCONOMIQUE ?

L'**insertion économique** implique que toutes les personnes puissent participer et contribuer au développement économique de leur communauté et en bénéficier, sans discrimination d'aucune sorte. L'**objectif** est de s'assurer que toutes les personnes disposent d'un revenu suffisant pour maintenir des conditions de vie décentes grâce à l'emploi et à la protection sociale. L'insertion économique augmente le revenu des individus et de leurs familles, tout en améliorant la participation sociale et le bien-être psychologique. Elle profite aussi bien aux individus qu'au développement collectif de leurs familles et communautés. La plupart des victimes et des personnes handicapées considèrent l'insertion économique comme une priorité absolue.

Les **composantes de l'insertion économique** sont : ⁽⁴⁾

A) Emploi :

- **Auto-emploi** : une personne qui travaille pour elle-même plutôt que pour un employeur. Il s'agit souvent de la principale solution disponible dans les pays à faible revenu, même si elle n'est pas adaptée à tous.
- **Emploi salarié** : une personne occupe un emploi rémunéré sous contrat. L'emploi repose sur le développement des compétences : compétences techniques et professionnelles, compétences en gestion d'entreprise et aptitudes fondamentales (fixation d'objectifs, gestion du temps, communication, etc.). En outre, les services financiers (épargne, crédit, assurance et transferts de fonds) sont d'une importance capitale pour l'auto-emploi.

B) Protection sociale : associant *assurance sociale et assistance sociale*, elle se compose de mesures établissant des filets de sécurité pour les personnes en situation de vulnérabilité et garantissant un niveau de vie minimum, notamment dans le domaine de l'alimentation, de l'habillement, du logement, de l'eau et de l'assainissement.

Données Clefs

- ★ Une enquête menée auprès de 1 645 survivants dans 26 pays a montré que **l'insertion économique était l'un des secteurs qui s'étaient le plus dégradé au fil du temps** ; 74 % des personnes interrogées ont indiqué que le revenu de leur ménage était insuffisant. ⁽¹⁾
- ★ **Moins de 20 % des personnes handicapées** occupent un emploi. Leur exclusion prive la société de près de 1,94 billion de dollars par an (perte globale de PIB due à la non prise en compte du handicap). ⁽²⁾
- ★ 82 % des personnes handicapées vivent **avec moins d'un dollar par jour**. ⁽³⁾
- ★ 80 % des personnes handicapées vivent dans des zones rurales isolées.
- ★ Les **femmes handicapées ont deux fois moins de chances** d'avoir un emploi que les hommes handicapés. ⁽⁴⁾



CADRES JURIDIQUES ET POLITIQUES

Convention sur les armes à sous-munitions : Art.5, para 1 & 2.H. Art.6, para 7. Art. 7, para 1.K. | **Plan d'action de Ventiane** : Actions #25 & #28. | **Plan d'action de Carthagène** : Section IV, para 12. Action #31. CRPD:Art. 27, 24. | **OMD** : #1. **Convention 159 de l'OIT, Réadaptation professionnelle et emploi des personnes handicapées**.



ACTEURS PRINCIPAUX

Organisations de survivants et de personnes handicapées. | **Prestataires de service** : centres de formation professionnelle, services de développement professionnel, fournisseurs de microfinance, services sociaux, centres d'emploi, chambres de commerce, syndicats, groupes d'entrepreneurs, employeurs publics et privés, ONG et autres organisations travaillant dans le domaine des moyens de subsistance et du développement de l'entrepreneuriat. | **Ministères** : Travail, Agriculture, Affaires sociales, Finance et/ou autorité compétente dans le domaine de la microfinance, Planification du développement ou Bureau de réduction de la pauvreté. | **Organisations internationales** : OIT.



QUELS SONT LES DÉFIS COMMUNS AUX PAYS À FAIBLE REVENU ?

- Les programmes d'aide à l'emploi sont souvent **axés sur les zones urbaines ou semi-urbaines** plutôt que les zones rurales et isolées dans lesquelles vivent la majorité des survivants et des personnes handicapées.
- Les programmes s'attachent parfois à **faciliter l'accès à un seul service** (ex. les centres de formation) au lieu d'envisager de manière globale l'ensemble des services dont les personnes peuvent avoir besoin pour créer avec succès une activité économique (microfinance, aide au développement professionnel, lien avec les marchés, etc.).
- La **formation professionnelle** n'est pas toujours **en adéquation avec le marché**.
- Peu de personnes savent comment **adapter le lieu de travail à une personne handicapée**, alors qu'il suffit souvent d'être créatif et de recueillir les idées d'autres personnes handicapées au sein de la communauté s'il n'existe aucun soutien professionnel.
- Les familles, employeurs et prestataires de services ont d'**importants préjugés** sur les compétences et les atouts des survivants et des personnes handicapées. L'accompagnement à long terme qui permettrait de faire évoluer les connaissances, les attitudes et les pratiques a tendance à faire défaut.
- Les projets axés sur l'insertion économique **négligent** parfois les possibilités d'**emploi salarié**.
- Les **mécanismes publics de protection sociale** sont peu développés dans les pays à faible revenu.
- Les programmes d'insertion économique s'appuient rarement sur une **analyse différenciée par sexe**, ce qui peut créer ou renforcer une discrimination à l'égard des femmes.
- Les programmes relatifs aux moyens de subsistance négligent souvent les **familles de personnes tuées par des mines/REG**.



EXEMPLES DE PROJETS RÉUSSIS DANS LE DOMAINE DE L'INSERTION ÉCONOMIQUE

En **Ethiopie**, avec le soutien de l'OIT, le *Centre éthiopien sur le handicap et le développement* (ECDD) propose des **formations sur le handicap destinées aux organisations professionnelles, industrielles et publiques**. Dans les zones rurales, il travaille avec *DECSI*, un organisme de microfinance. Grâce aux activités de recherche, de plaidoyer et de formation menées par l'ECDD et l'*Association des anciens combattants handicapés du Tigray*, *DECSI* compte désormais des personnes handicapées parmi ses clients (5 %, soit 900 personnes, en 2010). L'organisme de microfinance dispose désormais d'un système de suivi pour évaluer les progrès réalisés dans ce domaine. ⁽⁵⁾

Au **Nicaragua**, l'**institution de microfinance ProMujer** est entrée en contact avec les **OPH** et les **services sociaux locaux** pour permettre aux femmes handicapées de bénéficier de ses services. *ProMujer* compte des femmes handicapées parmi les clients de ses banques communales, et a proposé ses services à une banque communale gérée par 30 femmes handicapées. Ses membres participent aussi à des formations sur la santé reproductive et la prévention de la violence conjugale. ⁽⁶⁾

Aux **Philippines**, **650 membres** de la *Fédération nationale des coopératives* sont des personnes handicapées. Ils produisent principalement des chaises et des bureaux d'école pour le *ministère de l'Éducation*. Leur devise est : « *Nous ne voulons pas que vous achetiez nos produits par pitié, mais parce que vous faites une bonne affaire* ». ⁽⁷⁾



COMMENT LES ÉTATS PEUVENT-ILS AGIR ?

Améliorer la qualité de vie :

- Aider les survivants et les personnes handicapées à élaborer un **plan d'action pertinent et réaliste** vers l'emploi.
- Les programmes doivent s'assurer que les services financiers et les ateliers de formation sont **aussi proches que possible** des communautés cibles et de leurs membres.
- Les programmes ne doivent pas interrompre leur soutien dès que la personne crée son entreprise ou commence à travailler : ils doivent assurer un suivi pendant **au moins six mois**.
- Les programmes ont plus de succès lorsqu'ils **intègrent également la famille** de l'individu concerné dans la planification et la gestion de l'activité économique, dans les formations sur la gestion de l'argent et dans le processus d'accès au capital.
- Les **femmes en âge de travailler** doivent bénéficier d'une attention particulière, car elles sont confrontées à des obstacles plus importants en termes d'insertion économique et jouent un rôle clé dans l'amélioration des conditions de vie de leurs familles.

Améliorer l'accès aux services :

- Travailler avec les **services courants**, notamment les institutions de microfinance et les centres de formation professionnelle, afin de les aider à identifier les obstacles qui les empêchent d'être accessibles et ouverts aux personnes handicapées.
- Proposer un **accompagnement à ces services** pendant une période donnée afin d'améliorer leurs pratiques et politiques dans des domaines comme la connaissance des droits, l'absence de discrimination de la part du personnel, l'accessibilité des structures physiques et la communication, les aménagements raisonnables ou l'accessibilité économique.
- S'associer à des **employeurs** et analyser leurs procédures de recrutement, les adaptations possibles sur le lieu de travail afin d'améliorer l'accessibilité et la formation du personnel à l'intégration des personnes handicapées.

Améliorer la législation et les politiques :

- Les lois et politiques relatives à l'emploi et à la réduction de la pauvreté doivent être **conformes à la CDPH**. Elles doivent être associées à des plans et budgets de mise en œuvre au niveau local.
- **Embaucher des personnes handicapées** dans le **secteur public**.
- S'assurer que les survivants et les personnes handicapées peuvent participer activement à **l'élaboration et la planification des politiques économiques** aux niveaux national, régional et local.
- Créer et maintenir des politiques et programmes sur la **protection sociale** et l'aide aux personnes handicapées cherchant un emploi.



COMMENT MESURER LES PROGRÈS ?

Cette rubrique présente certains domaines dans lesquels les Etats doivent pouvoir démontrer des changements. Les progrès liés à l'accès aux services, la législation et les politiques doivent *in fine* avoir des répercussions positives sur la qualité de vie.

➤ Qualité de vie :

* Augmentation des revenus des ménages. * Augmentation des bénéfices des entrepreneurs handicapés. * Amélioration des compétences techniques et professionnelles. * Nombre de personnes ayant conservé leur emploi au bout d'un an. * Nombre d'entreprises restant en activité un an après leur création. * Meilleure capacité d'accès à une alimentation suffisante tout au long de l'année. * Témoignages d'amélioration de la confiance en soi et de la participation sociale. * Meilleure capacité de gestion des revenus des ménages. * Augmentation du nombre de victimes et de personnes handicapées prises en charge par les programmes de protection sociale.

➤ Accès aux services :

* Nombre de services comptant des victimes parmi leurs bénéficiaires. * Nombre de victimes ayant suivi une formation professionnelle/bénéficiant de prêts ou de subventions. * Nombre de victimes occupant un emploi. * Nombre de séances de sensibilisation et de formation sur le handicap et l'intégration organisées à l'attention des prestataires de services courants.

➤ Législation et politiques :

* Le droit du travail interdit toute discrimination fondée sur le handicap. * La législation nationale sur l'emploi est conforme aux principes de la CDPH. * Les politiques de réduction de la pauvreté comprennent des mesures spécifiques en faveur des victimes et des personnes handicapées. * Des ressources sont allouées au niveau local afin de promouvoir l'insertion économique. * Les victimes et les personnes handicapées participent activement à l'élaboration des politiques et à la prise de décisions au niveau communautaire.



EXEMPLE D'UN PROJET D'INSERTION ÉCONOMIQUE DES PERSONNES HANDICAPÉES AU LAOS



© Titi Meyer / Handicap International

Johnson Bwambale, 50 ans, centre de commerce de Kanyampara, sous-comté de Munkunyu, Ouganda.

Problème identifié : au Laos, la plupart des personnes handicapées et des victimes considèrent l'augmentation des revenus des ménages comme une priorité. De nombreux obstacles les empêchent pourtant d'accéder à l'emploi salarié et à l'auto-emploi. | **Objectifs :** 1. Améliorer l'accès des personnes handicapées à l'**emploi salarié**. 2. Aider les personnes handicapées à créer ou développer des **activités génératrices de revenus** grâce à l'accès au crédit, au renforcement des compétences techniques et professionnelles, et à l'aide au développement professionnel.

Activités : A) **Emploi salarié** : création d'un centre d'insertion professionnelle ; renforcement des capacités de l'Association des personnes handicapées du Laos (LDPA) à venir en aide aux demandeurs d'emploi handicapés ; sensibilisation et partenariats avec les employeurs ; accompagnement personnalisé afin de permettre aux personnes handicapées de postuler à des emplois salariés, d'être recrutés et de conserver leur emploi. B) **Auto-emploi** : accompagnement personnalisé afin de permettre aux personnes handicapées d'élaborer des plans d'activité, de développer leurs compétences techniques et professionnelles, et d'accéder au capital (en associant subventions et microcrédits) ; renforcement des capacités du personnel de la LDPA et des Bureaux du travail et des affaires sociales dans les districts cibles. | **Pérennité** : projet conçu et mis en œuvre en partenariat avec la LDPA ; participation et renforcement des capacités des Bureaux du travail et des affaires sociales, sensibilisation et formation des employeurs, accompagnement des personnes handicapées afin de favoriser la pérennité de leur emploi.

Indicateurs clés : auto-emploi : 312 personnes ont bénéficié de prêts ; 202 ont participé à des formations techniques ; 97 à des formations sur le développement professionnel ; et 236 à des formations financières. Emploi salarié : 66 personnes ont été embauchées ; 172 employeurs transmettent leurs offres d'emploi à la LDPA.

Durée : 42 mois. **Mise en œuvre par :** HI et la LDPA. | **Bailleurs :** USAID, Coopération belge, Union européenne.



QU'EST-CE QUE LE GENRE ?

Le « **genre** » caractérise les **rôles, droits, responsabilités, caractéristiques et qualités** qu'une société donnée associe au fait d'être **un homme ou une femme**. Les institutions, les idéologies, la religion et les valeurs contribuent à façonner les attitudes relatives au genre. Les concepts liés au genre évoluent au fil du temps et d'une culture à l'autre. La notion de « sexe » désigne quant à elle les caractéristiques biologiques des hommes et des femmes.

Les hommes et les femmes vivent **différemment les mêmes situations**. Ainsi, la pauvreté et la dépendance économique sont plus prévalentes chez les femmes. En règle générale, les femmes ont un pouvoir limité sur leur vie sexuelle et reproductive ; elles sont plus susceptibles d'être victimes de violences que les hommes et manquent d'influence sur la prise de décisions. ⁽¹⁾

L'**objectif d'une approche genre** est de garantir l'**égalité entre hommes et femmes**, c'est-à-dire de s'assurer que les filles, les garçons, les femmes et les hommes qui figurent parmi les victimes et les personnes handicapées apportent tous leur expérience, leurs connaissances et leurs intérêts aux programmes de développement ; qu'ils contribuent à l'amélioration de leur qualité de vie et qu'ils en bénéficient. Ceci implique de travailler avec les filles, les garçons, les femmes et les hommes pour analyser et, si nécessaire, faire évoluer les attitudes, les comportements, les rôles et les responsabilités au sein des ménages, des écoles et des communautés, ainsi que sur le lieu de travail. En l'absence d'une approche genre, l'inégalité d'accès aux ressources continuera sans doute à porter durablement atteinte au droit à la liberté et à la qualité de vie des hommes et des femmes. L'amélioration de la qualité de vie de chacun, sur la base de l'égalité avec les autres, profite à la société dans son ensemble.

Données Clefs

- ★ Les filles, les garçons, les femmes et les hommes sont tous directement ou indirectement victimes des conséquences physiques, psychologiques, sociales et économiques des mines/REG, mais ils sont différemment affectés par cette menace.
- ★ En 2011, **90 % des victimes** dont le sexe était connu étaient des **hommes**. Les **enfants** représentaient **42 %** des victimes civiles dont l'âge était connu. ⁽²⁾
- ★ Après un accident par mine/REG, le **taux de mortalité s'élève à 43 % chez les femmes**, contre 29 % chez les hommes * Après un accident par mine/REG, le taux de mortalité s'élève à 43 % chez les femmes, contre 29 % chez les hommes. ⁽³⁾
- ★ Les femmes handicapées sont souvent confrontées à une **plus grande discrimination** que leurs homologues masculins dans l'accès aux services. ⁽⁴⁾
- ★ Les femmes et les filles handicapées sont exposées à un risque de **sérvices sexuels** plus élevé et elles ont moins facilement accès aux informations relatives à la **santé reproductive**. ⁽⁵⁾
- ★ Les hommes sont plus nombreux que les femmes à occuper un emploi salarié. Les emplois des femmes sont plus précaires que ceux des hommes ; **les femmes sont moins bien payées et bénéficient d'une moins bonne protection sociale** que les hommes. ⁽⁶⁾



CADRES JURIDIQUES ET POLITIQUES

Convention sur les armes à sous-munitions : art.5, para 1. Art.5, para 7. Art.7, para 1.K.
Plan d'action de Ventiane : actions #22 & #30. | **Plan d'action de Carthagène** : section III, Action #19. Section IV, para 12, Action #29. Section V, Action #41. | **CDPH** : art. 3, 6 & 16. | **OMD** : Objectif 3.
Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.
Programme d'action de Beijing, section 143(e). | **Résolution 1325 du Conseil de sécurité de l'ONU**.



ACTEURS PRINCIPAUX

Organisations de survivants, de personnes handicapées, de femmes, de femmes handicapées. | **Prestataires de service** dans tous les secteurs concernés par l'assistance aux victimes.
Ministères : **Condition féminine** et autres.
Organisations internationales : **UNWOMEN**.



QUELS SONT LES DÉFIS COMMUNS AUX PAYS À FAIBLE REVENU ?

- **Peu de ministères et prestataires de services** intègrent explicitement une **approche genre** dans leurs politiques, programmes et procédures de recrutement.
- Les femmes représentent souvent une **faible proportion des employés** dans les domaines de la santé, de la réadaptation, des services sociaux et des services d'aide à l'emploi, ce qui peut dissuader certaines de contacter et d'utiliser ces services, ou les mettre mal à l'aise.
- Les zones affectées sont souvent reculées. Le temps et l'argent nécessaires pour accéder aux services dans les grandes villes **empêchent souvent les femmes d'accéder à ces services** car elles ne peuvent pas quitter leur famille ni consacrer trop d'argent aux frais de transport et d'hébergement.
- Dans certains pays, des hommes ayant souffert de problèmes de **santé mentale** et de **toxicomanie** après un accident par mine/REG ont pu devenir agressifs et se rendre coupables de **violences conjugales et sexuelles** à l'encontre de membres de leur famille. Les survivantes, comme les autres femmes handicapées, sont exposées à un risque de violences conjugales plus élevé que les autres femmes. ⁽⁷⁾
- Dans les contextes où les hommes sont censés soutenir financièrement leur famille, on estime que les **conséquences psychologiques d'une perte de revenu** liée à un accident par mine/REG touchent principalement les hommes ⁽⁸⁾. Les survivantes peuvent être confrontées à d'autres difficultés psychologiques. Celles qui souffrent de lésions ou de déficiences visibles peuvent être **abandonnées** et perdre toute **chance de se marier**. Les autres peuvent être contraintes de **continuer à assumer le même rôle familial et productif** avec un soutien limité, voire inexistant.
- Lorsque des hommes sont blessés ou tués par des mines/REG, la responsabilité de **gagner de l'argent** et de **garantir la survie et le bien-être** de la famille et des enfants incombe souvent aux femmes, qui peuvent également être amenées à s'occuper du survivant.



EXEMPLES DE PROJETS RÉUSSIS VISANT À PROMOUVOIR L'ÉGALITÉ ENTRE HOMMES ET FEMMES

En **Bosnie-Herzégovine**, l'ONG *LandmineSurvivors Initiatives* (LSI) intègre **une approche genre dans l'ensemble de ses activités**. LSI s'attache à identifier et atteindre les survivantes, ce qui est difficile dans la mesure où les organisations d'anciens combattants avec lesquelles LSI collabore sont gérées par des hommes et ne donnent pas la priorité aux informations relatives aux femmes. LSI s'assure que des ressources adéquates sont allouées pour aider les survivantes à atteindre leurs objectifs de rétablissement. Par exemple, les agents de proximité de LSI, qui sont des hommes, peuvent être remplacés par une assistante sociale. LSI met en œuvre des initiatives spécialement conçues pour favoriser l'autonomie des femmes (organisation de réunions de survivantes pour parler des droits des personnes handicapées, soutien entre pairs et émancipation économique). Les femmes de survivants sont intégrées dans le processus de rétablissement et d'insertion de leurs maris. LSI s'assure également que les femmes peuvent faire entendre leur voix en ce qui concerne la création ou le développement des petites entreprises familiales. ⁽⁹⁾

Au **Tadjikistan**, le *Coordonateur de la lutte antimines des Nations Unies* a soutenu la création d'un réseau de **80 femmes chefs de famille dans 331 villages**. Ces femmes jouent le rôle de point de contact dans les zones reculées ou sensibles, notamment à proximité des frontières. Elles bénéficient d'un soutien à distance pour mener des activités communautaires de sensibilisation à l'assistance aux victimes dans leurs villages. ⁽¹⁰⁾



COMMENT LES ÉTATS PEUVENT-ILS AGIR ?

Améliorer la qualité de vie :

- Les projets et programmes doivent s'intéresser aux survivants (principalement **des hommes et des garçons**), mais également aux **victimes indirectes** (les personnes en charge des survivants et la famille, qui sont principalement **des femmes et des enfants**).
- S'assurer que les services répondent aux **besoins variés** des hommes, femmes, garçons et filles. Recruter des **femmes** au sein des services de santé et s'assurer que les patients sont examinés dans un endroit **privé**. Dans le cadre des formations professionnelles, de création et gestion d'entreprises, s'assurer que les **horaires permettent** la participation des hommes comme des femmes.

Améliorer l'accès aux services :

- Recueillir et publier des données sur le nombre de survivants (hommes, femmes, garçons et filles) accédant aux services, notamment ceux destinés aux **femmes** (grossesse sans risque, santé maternelle, etc.) et aux **enfants** (campagnes de vaccination, etc.).
- Investir dans l'**analyse des rôles** de différents groupes (comprenant des hommes et femmes) de survivants et de personnes handicapées, et examiner leur niveau **d'accès aux ressources et de contrôle sur ces mêmes ressources**.
- Garantir la **parité entre les sexes** parmi les agents de santé et les conseillers afin de mieux répondre aux besoins spécifiques des femmes, filles, garçons et hommes.
- Prendre les dispositions nécessaires pour **proposer des solutions d'hébergement adaptées** afin que les femmes et les enfants survivants puissent accéder aux services, en particulier s'ils doivent quitter leur domicile.
- Consulter et impliquer les hommes et les femmes dans l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des **programmes et politiques**.

Améliorer la législation et les politiques :

- S'assurer que le **budget** permet d'intégrer une approche genre dans les plans et programmes (les ressources publiques allouées doivent correspondre aux besoins et droits des hommes et des femmes) ; si nécessaire, mettre en œuvre des **initiatives spécialement conçues pour favoriser l'autonomie des femmes**.
- Évaluer les **besoins et contributions** des hommes, femmes, garçons et filles en fonction des recettes, dépenses et affectations existantes. Si nécessaire, ajuster le budget pour qu'il profite à tous les groupes.



COMMENT MESURER LES PROGRÈS ?

Cette rubrique présente certains domaines dans lesquels les États doivent pouvoir démontrer des changements. Les progrès liés à l'accès aux services, la législation et les politiques doivent *in fine* avoir des répercussions positives sur la qualité de vie.

➤ Qualité de vie :

* Participation accrue des hommes et des femmes handicapés à la prise de décisions au sein de leur famille et de leur communauté. * Diminution du taux de mortalité des femmes victimes de mines/REG. * Diminution de la mortalité maternelle chez les survivantes. * Diminution des violences conjugales chez les victimes.

➤ Accès aux services :

* Pourcentage de femmes, hommes, garçons et filles accédant aux services de santé, de santé mentale et de réadaptation, et aux services sociaux et économiques. * Nombre de survivantes accédant à des services de santé sexuelle et reproductive par rapport à la population générale. * Nombre d'hommes et de femmes au sein du personnel de santé. * Nombre de programmes venant en aide aux femmes handicapées victimes de sévices.

➤ Législation et politiques :

* Abolition des lois et politiques pratiquant une discrimination fondée sur le genre. * Mise à disposition de données de référence ventilées par âge et par sexe. * Mise en place d'un budget en faveur de l'autonomisation des femmes.



EXEMPLE DE PROJET D'UNE APPROCHE GENRE AU CAMBODGE ⁽¹¹⁾



© Nicolas Avelrod / Handicap International

Kanha à l'école, école primaire Bun Rany Hun Sen, Memot, Kampong Cham. Cambodge, 2011.

Problème identifié : au Cambodge, comme dans bien d'autres pays, les personnes handicapées sont victimes de discrimination. Les femmes handicapées vivant dans des zones rurales sont confrontées à ce que l'UNESCAP appelle une « triple discrimination » en raison de leur condition de femmes, de leur pauvreté et de leur handicap. Les obstacles auxquels elles sont confrontées dans l'exercice de leurs droits et la satisfaction de leurs besoins sont complexes. Si les projets n'intègrent pas une approche genre, ces obstacles persisteront, voire se renforceront. | **Objectifs du projet :** 1. Proposer un accompagnement adapté afin de permettre aux survivants (hommes et femmes) et aux personnes handicapées de créer leur propre entreprise et d'améliorer leur qualité de vie. 2. Sensibiliser les autorités et les services à l'intégration des personnes handicapées. | **Approche genre :** le projet : 1. S'est appuyé sur des **approches participatives** afin de garantir aux hommes et aux femmes les mêmes possibilités d'expression et les mêmes chances, tout en tenant compte de leurs différents rôles et responsabilités. 2. A pris les **dispositions nécessaires** pour que les horaires des formations professionnelles et commerciales soient accessibles aux hommes et aux femmes. 3. A recueilli et publié des **données ventilées par âge et par sexe, ainsi que des indicateurs socio-économiques** basés sur les critères de qualité de vie définis par les hommes et les femmes. 4. S'est assuré que le **personnel était composé d'hommes et de femmes** à tous les niveaux. 5. Avait pour objectif que 45 % des bénéficiaires du projet soient des femmes (résultat atteint : 49 %). 6. A facilité l'accès des femmes aux services de santé, notamment dans le domaine de la **grossesse sans risque et de la santé reproductive** ; et aux **programmes de prévention de la violence conjugale**, bénéfiques tant pour les hommes que pour les femmes. | **Pérennité :** Les agents de terrain de l'ONG locale comptent des personnes handicapées ; cette ONG est basée dans la province la plus affectée et intègre une approche genre dans l'ensemble de ses activités. Les autorités locales et les prestataires de services ont été formés afin de garantir l'accès des personnes handicapées à leurs services. Afin d'accroître leurs chances de réussite, les personnes ayant créé une entreprise ont bénéficié d'un accompagnement personnalisé pendant un an. | **Indicateurs clés :** * 560 personnes ont participé au projet. * 78 % ont vu leurs revenus augmenter dès la première année. * Tous ont indiqué que leur qualité de vie globale s'était améliorée (notamment en termes de revenu, accès à la nourriture, école, services de santé et participation sociale). * Les femmes et les hommes les plus vulnérables ont constaté une amélioration particulièrement significative de leur qualité de vie. * Les femmes ont notamment indiqué être plus en mesure de choisir un mari à leur convenance et de fonder une famille. | **Durée :** 30 mois. | **Bailleur :** Union Européenne. | **Mis en œuvre par :** HI et l'ONG locale OEC ; des *OPH cambodgiennes* les ont rejoints par la suite.

Références ⁽¹⁾ CESAP. *Incheon Strategy to Make the Right Real for Persons with Disabilities in the Asia Pacific*. 2012. | ⁽²⁾ ICBL-CMC. *L'Observatoire des mines et des sous-munitions*. 2012 | ⁽³⁾ ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾ Campagne suisse pour interdire les mines. *Gender and landmines: from concept to practice*. 2008 | ⁽⁴⁾ Comité pour l'élimination des discriminations à l'égard des femmes. *Recommandation 18 - Femmes handicapées*. 1991 | ⁽⁵⁾ Haut commissariat aux droits de l'homme. *Thematic study on the issue of violence against women and girls and disability*. 2012 | ⁽⁶⁾ PNUD. *Factsheet MDG Goal 3: Promote gender equality and the empowerment of women*. 2010 | ⁽⁹⁾ Site web de LSI (à mars 2013) et échanges d'emails. ⁽¹⁰⁾ ONU. *Gender guidelines for Mine Action Programs*. 2010 | ⁽¹¹⁾ HI. *Good practices from the project Towards Income Generating Activities*. 2010; PNUD, UNIFEM. *A guide to gender-sensitive indicators in basic service delivery*. 2009.



QU'EST-CE QUE L'AUTONOMISATION ?

L'**autonomisation** est un processus par lequel les individus développent leurs capacités, leur confiance en soi et leur estime de soi afin de comprendre et défendre leurs droits, prendre des décisions, exprimer leur opinion et participer à tous les aspects de la vie communautaire. ⁽¹⁾ Son **objectif** est de veiller à ce que les victimes et les personnes handicapées puissent exercer leurs droits (dont celui à l'autodétermination) et leurs responsabilités de la même façon que les autres.

Au **niveau individuel**, elle permet à une personne d'être responsable de sa propre vie et d'agir pour défendre ses droits (ex. en participant à la communauté comme les autres). Au **niveau collectif**, l'émergence d'un mouvement démocratique représentatif des victimes et des personnes handicapées est une condition indispensable pour s'assurer que les gouvernements, les prestataires de services et la société répondent à leurs besoins et respectent leurs droits. Elle contribue également à garantir l'implication et la participation active de ces personnes à la planification, la mise en œuvre et le suivi des lois, politiques et programmes qui les concernent. ⁽²⁾ L'autonomisation individuelle et collective des victimes et des personnes handicapées est l'un des deux volets de la double approche en faveur du développement inclusif.

Les **composantes de l'autonomisation** sont :

- **L'autonomisation individuelle** : accompagnement adapté ou personnalisé permettant aux victimes les plus vulnérables de consolider leur autodétermination et d'atteindre leurs objectifs de vie. Ce processus permet aux individus de renforcer leurs capacités et leur pouvoir décisionnel en développant leur confiance en soi, leur estime de soi et leur esprit d'initiative, et en reprenant le contrôle de leur propre vie. ⁽³⁾
- **L'autonomisation collective** : processus par lequel les groupes de victimes et de personnes handicapées (notamment leurs organisations, les associations, les groupes d'entraide et les fédérations créées et dirigées par des personnes handicapées) développent leurs capacités à représenter et à mobiliser leurs pairs, à plaider pour l'évolution des politiques et pratiques, à surveiller la mise en œuvre des droits humains et à favoriser l'autonomie des personnes. Ces organisations jouent un rôle essentiel dans la promotion de sociétés inclusives garantissant le respect absolu des droits des victimes et des personnes handicapées. ⁽⁴⁾ Les OPH, dont les organisations de victimes, jouent aussi un rôle essentiel dans l'amélioration de l'accès aux services.

Données clefs

- ★ L'autonomisation est un processus **long et complexe**. Elle doit résulter d'une démarche personnelle et ne peut s'acquiescer en quelques jours. ⁽⁵⁾
- ★ L'autonomisation repose sur l'**accès à l'information**, qui permet aux individus d'être mieux armés pour saisir les opportunités qui s'offrent à eux, accéder aux services, exercer leurs droits, négocier efficacement et confronter les responsables à leurs obligations. ⁽⁶⁾



CADRES JURIDIQUES ET POLITIQUES

- Plan d'action de **Vientiane** : implicite dans actions #30, 31 32.
- Plan d'action de **Carthagène** : Section IV, Action #23.
- CDPH : implicite dans article 3.



ACTEURS PRINCIPAUX

- Organisations** de survivants, OPH et autres organisations de la société civile (ex. groupes de femmes) | **Prestataires de service** dans tous les secteurs concernés par l'AV
- Ministères** : **Affaires sociales** ou ministère en charge du handicap et de l'AV, tous les autres ministères pour le plaidoyer | **Réseaux internationaux** : International Disability Alliance, IDDC, Disabled People's International | **Organisations internationales** : Secrétariat de la CDPH et autres organismes pertinents des Nations unies.



QUELS SONT LES DÉFIS COMMUNS AUX PAYS À FAIBLE REVENU?

- De nombreuses personnes handicapées voient leur **autonomie niée par leur famille et leur communauté**. Elles peuvent être soutenues par leur famille, mais également surprotégées ou rejetées et exclues de la vie communautaire, ce qui renforce leur sentiment d'être des victimes plutôt que des agents de changement.
- Le personnel des services publics et les autres prestataires de services ne sont pas toujours **conscients des droits des victimes et des personnes handicapées** et ne savent pas toujours quelles mesures d'aménagement raisonnable adopter pour garantir l'accès à leurs services.
- Les agents publics ne savent pas toujours qu'ils ont la responsabilité de garantir la **participation éclairée et active** des victimes et des personnes handicapées. Ils ne savent pas toujours comment favoriser cette participation et ont tendance à dialoguer avec une seule personne ou organisation, sans savoir si cette personne ou organisation est véritablement **représentative et responsable**.
- Dans certains pays, les OPH sont relativement nouvelles dans la société civile. Elles ont donc souvent **besoin de renforcer leurs capacités** en termes de représentation, de gouvernance démocratique, de mobilisation de leurs membres, d'information et de partage des connaissances, et de stratégies de pérennité.



EXEMPLES DE PROJETS RÉUSSIS VISANT À PROMOUVOIR L'AUTONOMIE

En **Colombie**, réalisant que les communautés s'étaient peu appropriées ses programmes de RBC, une administration locale a soutenu la création de la **Fondation des personnes handicapées FUNDISCA** afin de favoriser l'autonomie des personnes handicapées (par le biais de formations) et de les encourager à assumer des positions de responsables au sein des programmes de RBC et à jouer un rôle actif dans la planification et le contrôle de leurs propres vies. Regroupant personnes handicapées, parents, soignants, personnes déplacées, autochtones, membres de la communauté et responsables communautaires, **FUNDISCA** compte 218 membres et 20 agents de RBC qui prônent l'estime de soi, l'intégration familiale, l'accès aux services et le dialogue avec les autorités locales. ⁽⁷⁾

En **Ouganda**, l'**Association ougandaise des survivants des mines (ULSA)** intervient depuis 2005 pour **renforcer les capacités des victimes par le biais d'un accompagnement psychosocial et de formations sur le leadership**. L'association a mis en place différents mécanismes d'accompagnement social et économique : soutien entre pairs, visites d'échange, activités récréatives, projets de subsistance, système d'orientation vers les services médicaux et de réadaptation, etc. ULSA contribue à faire connaître les traités d'interdiction des mines et armes à sous-munitions et la CDPH, et recueille et diffuse des informations sur la lutte antimines. Parmi ses partenaires elle compte l'*Union nationale des personnes handicapées*, le *Conseil national sur le handicap* et le *ministère de la Condition féminine*, du Travail et du Développement social. Depuis sa création, ULSA a aidé plus de 400 survivants et personnes handicapées. Elle a notamment apporté un soutien direct aux survivants dans les régions de Kasese, Lira et Agago/Pader, et proposé une formation sur le leadership à plus de 40 responsables dans 10 districts du pays. ⁽⁸⁾



COMMENT LES ÉTATS PEUVENT-ILS AGIR ?

Pour favoriser l'autonomie individuelle :

- Proposer un soutien **social personnalisé aux victimes** afin qu'elles puissent identifier leurs besoins et ressources, et élaborer un plan d'action pour atteindre leurs objectifs.
- **Travailler avec les familles** afin qu'elles apprennent comment soutenir leurs proches en situation de handicap tout en favorisant leur autonomie, et comment plaider ensemble pour leurs droits.
- Aider les victimes à **rejoindre des organisations locales** de victimes et/ou de personnes handicapées et d'autres groupes destinés à la population générale.

Pour favoriser l'autonomie collective :

- Aider les organisations de victimes et les OPH à mener des **auto-évaluations** afin d'identifier les domaines dans lesquels elles doivent renforcer leurs capacités.
- Renforcer les **capacités organisationnelles** des organisations de victimes et des OPH en formant leurs membres aux niveaux local, régional et national. Ces formations peuvent être axées sur la gestion de projets et la mobilisation des ressources, problématique pour la plupart des organisations de victimes et des OPH, mais également sur le plaidoyer visant à infléchir les lois et politiques, la sensibilisation, la prise de parole en public, la mobilisation des médias et l'utilisation de ces outils de manière stratégique pour atteindre les objectifs recherchés.
- Fournir des informations sur les **possibilités de formation** dans des domaines tels que les droits humains et la CDPH.
- Aider les organisations de victimes et les OPH à consolider leur rôle en tant qu'**organisations représentatives** : gouvernance, diffusion de l'information et responsabilité.
- Soutenir l'organisation de **voyages d'étude ou de visites d'échange** entre les organisations de victimes et les OPH (visites ciblées, partage d'informations et reproduction des bonnes pratiques).
- Faciliter la **représentation des victimes et des personnes handicapées** dans tous les aspects de la mise en œuvre et du suivi du traité d'Ottawa, de la Convention d'Oslo et de la CDPH aux niveaux local, régional, national et international.
- Veiller à ce que les organisations de victimes et les OPH disposent des connaissances nécessaires et puissent participer activement à **l'élaboration des politiques ainsi qu'à la planification, au suivi et à l'évaluation des programmes** aux niveaux national, régional et local (non seulement dans le domaine de l'AV, mais également dans tous les processus et secteurs qui les concernent, ainsi que d'autres membres de la société civile).



COMMENT MESURER LES PROGRÈS ?

Cette rubrique présente certains domaines dans lesquels les Etats doivent pouvoir démontrer des changements. Les progrès liés à l'accès aux services, la législation et les politiques doivent *in fine* avoir des répercussions positives sur la qualité de vie.

➤ Autonomisation individuelle

* Les victimes et les personnes handicapées font état d'une augmentation de la confiance en soi et d'une participation accrue au sein de leur famille et de leur communauté. * Les victimes et les personnes handicapées disposent des capacités nécessaires pour atteindre leurs objectifs * Nombre de victimes et de personnes handicapées connaissant leurs droits et sachant comment les défendre. * Les victimes et les personnes handicapées font état d'une amélioration de l'accès aux services proposés par leurs communautés. * Les victimes et les personnes handicapées se regroupent au sein d'organisation représentatives.

➤ Autonomisation collective

* Pourcentage de membres et d'employés des OPH ayant renforcé leurs capacités en gestion de projets, plaidoyer, collecte de fonds en faveur des droits humains et diversification des sources de financement. * Amélioration des capacités organisationnelles des OPH : réunions fréquentes, mécanismes décisionnels transparents, audits. * Mise en place de mécanismes clairs permettant le partage d'informations entre le personnel et les membres des OPH, mais également au sein des réseaux d'OPH * Mise en œuvre d'un plan de plaidoyer complet et coordonné entre les OPH et les autres organisations de la société civile. * Nombre de structures et comités officiels de prise de décisions dont les OPH sont membres. * Nombre de réunions sur l'élaboration, le suivi et l'évaluation des politiques et programmes de développement auxquelles participent activement les OPH (notamment dans le domaine de l'AV).



EXEMPLE DE PROJET : LES « BAN ADVOCATES » ⁽⁹⁾



© Mary Wareham

« Ban Advocates » et militants lors d'une conférence sur les BASM

Le groupe de plaidoyer « **Ban Advocates** » (**BA**) regroupe des victimes de bombes à sous-munitions (**BASM**) originaires de 12 pays. Il a été créé en 2007, avec le soutien de HI.

Problème identifié : manque de participation systématique et éclairée des victimes (survivants, proches de personnes tuées ou blessées, personnes vivant dans les communautés touchées) au processus d'interdiction des BASM.

Objectifs : aider les victimes (également appelées « **BA** ») à connaître et à défendre leurs droits, à soutenir les efforts internationaux visant à débarrasser le monde des BASM, à faire connaître l'impact humain des BASM et à plaider pour une interdiction totale, aux niveaux national et international.

Activités : 1. **Identification et sensibilisation** des victimes dans les pays touchés. 2. **Soutien entre pairs et formation** des BA afin d'améliorer leur bien-être psychologique et leur capacité à mener un plaidoyer efficace. 3. Aide à la **création de réseaux** entre les BA et d'autres victimes, des OPH ou des réseaux et organisations de la société civile. 4. **Soutien technique, logistique et financier** afin de faciliter les initiatives de plaidoyer menées par les BA aux niveaux national et international.

Pérennité : les BA participent au soutien entre pairs et ont suivi plusieurs formations sur les traités d'interdiction des mines et des BASM, la CDPH, ainsi que sur le plaidoyer et le management. Ils ont élargi leur réseau à d'autres organisations de la société civile et sont reconnus comme des membres représentatifs de leurs communautés par les pouvoirs publics. Les BA participent activement au dialogue politique aux niveaux local, national et international. Ils s'engagent pour l'universalisation et la mise en œuvre des traités, en particulier dans le domaine de l'AV, et plaident plus largement pour les droits des personnes handicapées.

Indicateurs clés : * On compte 32 BA (dont 11 femmes) originaires de 12 pays * Les BA ont participé et contribué activement à plus de 25 conférences liées aux traités d'interdiction des mines et des BASM, ainsi qu'à quatre ateliers régionaux sur l'AV. Les efforts de plaidoyer continuent dans les différents pays. * Les BA ont suivi sept formations théoriques et briefings avant chaque conférence. | **Durée** : six ans (en cours en mars 2013) | **Baillleurs** : Norvège et Belgique. Précédents bailleurs : The Diana Princess of Wales Memorial Fund, Pays-Bas, Australie, Irlande et Autriche.



QU'EST-CE QUE L'ACCESSIBILITÉ ?

L'**accessibilité** implique que toutes les personnes puissent circuler librement et utiliser les services en toute sécurité, quels que soient leur âge, sexe ou handicap. ⁽¹⁾ Cette notion est liée au principe de **conception universelle** : les produits et services doivent pouvoir être **utilisés par tous, dans toute la mesure du possible**, sans nécessiter ni adaptation ni conception spéciale ⁽²⁾ (une rampe bien conçue est ainsi accessible à tous, sans besoin d'ajouter des escaliers pour les personnes valides). L'**objectif** est de s'assurer que l'environnement physique et les informations sont accessibles à tous, **sans aucun obstacle physique, comportemental ou lié à la communication**, avec dignité et le plus haut degré d'indépendance possible. L'accessibilité contribue à améliorer la qualité de vie en accroissant **participation, mobilité et communication** des personnes handicapées. Elle profite également à la **société dans son ensemble**, notamment aux personnes âgées, aux personnes présentant un handicap temporaire, aux enfants et aux femmes enceintes. **L'accessibilité n'est donc pas une contrainte, mais une valeur ajoutée.**

Du fait de sa contribution significative à l'amélioration de la qualité de vie, l'**accès aux services** bénéficie d'une attention toute particulière. La notion d'accès s'appuie sur six critères, à savoir : **disponibilité, accessibilité, accessibilité économique, acceptabilité, responsabilité et qualité technique**. ⁽³⁾ Tous les services, y compris dans les zones touchées par les mines/REG, doivent respecter ces six critères d'accessibilité.

Les méthodes suivantes contribuent à rendre les services accessibles, et donc ouverts aux personnes handicapées :

- **Évaluation** : mieux **comprendre** les difficultés rencontrées par les prestataires de services et leurs priorités en termes d'accessibilité.
- **Information** : aider les prestataires de services à mieux **connaître** les droits et besoins des personnes handicapées.
- **Sensibilisation** : faire évoluer les **attitudes** négatives des prestataires de services envers les personnes handicapées.
- **Formation** : renforcer les **compétences pratiques** d'un prestataire afin d'améliorer l'accessibilité des services pour les

- personnes handicapées, notamment : comment rendre l'environnement physique accessible à la majorité des personnes (dont celles souffrant de déficiences physiques ou autres), comment faciliter et améliorer la communication avec les personnes présentant des incapacités auditives, visuelles ou intellectuelles.
- **Plaidoyer** : faire évoluer les **politiques** des prestataires de services ou des autorités concernées en faveur de l'intégration des personnes handicapées.
- **Accompagnement** : apporter un soutien constant aux prestataires de services afin d'améliorer les **connaissances, attitudes, compétences pratiques et politiques à tous les niveaux**, chez **tous les membres du personnel** et de **manière durable**.

Données clefs

- ★ L'**accessibilité** aux services par les survivants s'est **dégradée** dans au moins 12 pays en 2011, surtout en raison du déclin de l'aide internationale, de l'émergence de nouveaux conflits et de l'intensification des conflits existants. ⁽⁴⁾
- ★ Lorsqu'une personne est pauvre et handicapée, elle doit surmonter **d'importants obstacles pour accéder aux services**, ce qui limite ses possibilités pour sortir de la pauvreté. ⁽⁵⁾
- ★ Les effets de la discrimination fondée sur le handicap se font particulièrement sentir dans les domaines de l'éducation, l'emploi, le logement ou les transports. ⁽⁶⁾



CADRES JURIDIQUES ET POLITIQUES

- **Convention sur les armes à sous-munitions** : art. 5 para 1, 2.A. Art. 7 para 1.K.
- **Plan d'action de Ventiane** : actions #22, #25.
- **Plan d'action de Carthagène** : section IV, Action #25. | **CDPH** : art. 3, 9.



PRINCIPAUX ACTEURS

- **Organisations** de survivants et de personnes handicapées | **Prestataires de service** dans tous les secteurs concernés par l'AV | **Ministères**: **Infrastructure**, tous les autres ministères | **Organisations internationales** : Organisation internationale de normalisation (ISO) et autres organismes pertinents des Nations Unies.



QUELS SONT LES DÉFIS COMMUNS AUX PAYS À FAIBLE REVENU ?

- Les victimes et les personnes handicapées font souvent état d'**obstacles** en matière d'accès aux services : moyens financiers insuffisants, éloignement géographique, opinion négative des prestataires de services, inaccessibilité des bâtiments, difficultés de communication, procédures administratives trop complexes et manque d'informations sur les services existants.
- Certaines organisations mènent des séances de sensibilisation pour améliorer l'accessibilité des services, sans tenir compte du fait que les prestataires ont besoin d'un **soutien régulier et de conseils techniques concrets** pour s'assurer que les services deviennent et demeurent accessibles et inclusifs.
- Les prestataires de services pensent parfois à **tort** que les personnes handicapées ont uniquement **besoin de services « spécialisés »**. Ils ne connaissent pas toujours leurs droits et besoins, et considèrent parfois l'accessibilité comme un « luxe » ou une étape ultérieure, alors que l'accessibilité est un droit et qu'il est possible de réaliser des adaptations simples pour s'assurer que les services sont accessibles à tous dès leur création. ⁽⁷⁾
- Dans certains cas, **la prestation de services n'est pas fondée sur l'égalité** et favorise uniquement certains groupes de la population. Les mesures d'incitation à la prestation de services aux populations vulnérables peuvent être compromises par le manque de connaissances, de capacité et de volonté des pouvoirs publics ou par un conflit. ⁽⁸⁾
- Les lois et politiques n'intègrent pas toujours des **normes d'accessibilité**. Lorsqu'elles existent, elles ne tiennent pas forcément compte des normes et bonnes pratiques existantes ou ne sont pas adaptées au contexte (ex. zones rurales ou isolées). Elles ne sont pas toujours largement connues et diffusées.
- Il ne suffit pas d'améliorer l'accessibilité des services, il faut mettre en place **une assistance ou un accompagnement social personnalisé** pour permettre aux victimes et aux personnes handicapées d'accéder aux services dont elles ont besoin.



EXEMPLES DE PROJETS RÉUSSIS VISANT À PROMOUVOIR L'ACCESSIBILITÉ ET L'ACCÈS AUX SERVICES

Les **campes de réfugiés birmanes** en Thaïlande comptent un nombre important de personnes handicapées et de survivants. Ces personnes ont encore plus de difficultés à se déplacer, communiquer et accéder aux services que le reste de la population (pourtant confrontée à d'importantes difficultés). *HI* a amélioré l'accessibilité des camps en aménageant les **pentons** et les **abris des personnes handicapées**. L'association aide d'autres organisations à mettre en place des projets accessibles, notamment celles qui interviennent dans les domaines de la santé, de l'eau et de l'assainissement. *ZOA*, une ONG partenaire, a aidé les survivants à **adapter leurs outils** de manière à pouvoir participer aux activités agricoles et de jardinage.

En **Ouganda**, en partenariat avec le *ministère de la condition féminine, du travail et du développement social*, l'organisation *Uganda National Action on Physical Disability* a élaboré et diffusé des **normes d'accessibilité** visant à faciliter la mise en œuvre de la politique nationale sur le handicap. Ces normes offrent des conseils pratiques aux architectes, prestataires de services et décideurs lors de la conception et de la mise en œuvre de projets de construction.



COMMENT LES ÉTATS PEUVENT-ILS AGIR ?

Améliorer la qualité de vie :

- Réaliser un **diagnostic d'accessibilité** et proposer des solutions dans les logements des survivants et des personnes handicapées, notamment pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement.
- Proposer un soutien personnalisé afin de s'assurer que les survivants et les personnes handicapées **connaissent** tous les services dont elles ont besoin et ont les **moyens** d'y accéder.

Améliorer l'accès aux services :

- S'assurer que les survivants et les **personnes handicapées participent à l'amélioration de l'accessibilité** et que les **différents types de déficiences** (visuelles, auditives, verbales, physiques, mentales, intellectuelles et multiples) sont pris en compte.
- Évaluer les **connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de services** en matière d'accessibilité et élaborer conjointement une stratégie adaptée visant à améliorer l'accessibilité des services.
- Mener des **activités de sensibilisation à l'accessibilité**, avec des objectifs et indicateurs spécifiques et vérifiables. S'assurer que les activités de sensibilisation sont ciblées et adaptées au public visé : architectes, autorités, prestataires de services, etc.
- Apprendre aux prestataires ce que signifient **concrètement** des services **accessibles et inclusifs** dans leurs secteurs, domaines et zones d'intervention spécifiques.
- Élaborer et diffuser des **directives pratiques sur l'accessibilité** adaptées au contexte, dont des directives spécifiques par secteur (santé, éducation, emploi...). Elles doivent couvrir l'accessibilité physique, comportementale, et liée à la communication.
- Identifier les **pratiques innovantes** et assurer leur diffusion.
- Afin de garantir l'impact durable des efforts pour améliorer l'accessibilité, cibler **certaines prestataires de services par un accompagnement** axé sur la sensibilisation, la formation et le plaidoyer pour l'amélioration des infrastructures, la communication et les attitudes de l'organisation et du personnel, et suivre les résultats de ces efforts pendant six mois.

Améliorer la législation et les politiques :

- S'assurer que les **lois et politiques de tous les secteurs** intègrent des **normes d'accessibilité** basées sur des bonnes pratiques.
- Soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de **plans d'accessibilité locaux** aux niveaux communautaire et provincial, sur le plan technique et financier.



COMMENT MESURER LES PROGRÈS ?

Cette rubrique présente certains domaines dans lesquels les États doivent pouvoir démontrer des changements. Les progrès liés à l'accès aux services, la législation et les politiques doivent *in fine* avoir des répercussions positives sur la qualité de vie.

➢ Qualité de vie :

* Nombre de survivants et de personnes handicapées faisant état d'une meilleure mobilité au sein de leur domicile après les adaptations. * Nombre de victimes ayant accédé pour la première fois à un service donné. * Nombre de victimes faisant état d'une amélioration de leur qualité de vie après avoir accédé aux services.

➢ Accès aux services :

* Augmentation du pourcentage de personnes handicapées parmi les utilisateurs d'un service donné. * Amélioration des connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de services en matière d'accessibilité. * Nombre d'actions visant à améliorer l'accessibilité menées par des personnes ayant participé à une formation sur le sujet. * Nombre de prestataires de services bénéficiant d'un accompagnement constant pour rendre leurs services accessibles aux personnes handicapées. * Intégration de l'accessibilité dans les programmes de formation existants sur l'architecture, l'urbanisme et le génie civil.

➢ Législation et politiques :

* Disponibilité et nombre d'audits publics sur l'accessibilité menés avec la participation de personnes handicapées. * Mise en place de normes techniques obligatoires garantissant un accès sans obstacle à tous les bâtiments.



EXEMPLE DE PROJET : ACCESSIBILITÉ AVEC LA PETITE ENTREPRISE ELIBY AU SÉNÉGAL



© J.-J. Bernard / Handicap International

Employés handicapés et valides travaillant ensemble au Sénégal, 2010.

Problèmes identifiés : manque d'opportunités d'emploi (taux de chômage allant jusqu'à 60 %), manque de connaissances de la part des employeurs sur la manière de rendre leurs services **accessibles et ouverts** aux personnes handicapées (en particulier aux femmes pauvres handicapées) en Casamance, région fortement affectée par les mines.

Objectifs : 1. Améliorer l'accessibilité d'un petit producteur local de noix de cajou. 2. Aider les survivants et les personnes handicapées à accéder à l'emploi salarié dans des conditions de travail décentes, sur la base de l'égalité avec les autres.

Activités : 1. Amélioration des **connaissances et attitudes** des employés des petites entreprises et de la communauté sur les droits et capacités des personnes handicapées, grâce à des séances de sensibilisation. 2. Amélioration des **pratiques** des propriétaires de ces entreprises grâce à une formation sur l'emploi des personnes handicapées dans le respect des **normes de l'OIT sur le travail décent**. 3. Soutien technique visant à améliorer l'**accessibilité physique** de l'usine de noix de cajou (entrée des locaux, circulation au sein de l'usine, adaptation des postes de travail, toilettes, équipements et outils pour les personnes en fauteuil roulant, etc.) 4. Aide à la mise en relation des propriétaires de ces entreprises avec un réseau de **commerce équitable**. 5. **Soutien personnalisé** visant à permettre aux personnes handicapées d'accéder à l'emploi salarié (accompagnement social personnalisé, orientation vers les services de réadaptation, appareils et accessoires fonctionnels, formation professionnelle, etc.).

Pérennité : le projet a été mis en œuvre en partenariat avec une petite entreprise locale. Des contacts ont été établis avec un réseau de commerce équitable afin de faciliter l'accès aux marchés nationaux et internationaux. Une vidéo de sensibilisation a été produite afin de garantir la diffusion des bonnes pratiques.

Indicateurs clés : plus de 40 personnes handicapées ont été embauchées par la petite entreprise et ses partenaires. Les personnes handicapées représentent au moins 10 % des effectifs de ces entreprises. | **Durée du projet :** 3 ans.

Mis en œuvre par : HI, EnterpriseWorks, Eliby. | **Bailleurs :** ambassade des Pays-Bas, HI.



QU'EST-CE QUE LA COLLECTE DE DONNÉES ?

La collecte de données se réfère à la collecte, à l'analyse et au partage d'informations dans un domaine particulier. Dans le contexte de l'AV, il s'agit de la collecte de données sur le nombre, la situation et la qualité de vie des victimes. Son but est de : 1) Comprendre, établir des rapports et transmettre l'information sur le **nombre, le sexe, l'âge, la situation, les besoins et les capacités** des victimes ; 2) Permettre aux ministères et aux autres parties prenantes **d'élaborer, de mettre en œuvre, de suivre et d'évaluer les politiques, les plans et les programmes** afin de prendre en compte les droits et les besoins des victimes. **Sans données pertinentes et précises**, il est impossible de proposer des options de politiques efficaces, d'avoir un point de repère permettant de mesurer les progrès effectués, de mobiliser des ressources, et de manière plus générale, de planifier et de mettre en œuvre l'AV de manière efficace et stratégique.

Il existe de nombreuses méthodologies permettant de réaliser une collecte de données. Habituellement, quelques-unes d'entre elles sont utilisées simultanément (idéalement, de manière coordonnée) afin de répondre de manière adéquate aux différents objectifs de la collecte de données.

Les **méthodologies principales** comprennent :

- **La collecte de données sur les victimes** : rassemblement et analyse des données sur les victimes avec pour but principal de planifier l'éducation aux risques, la dépollution et la restitution des terres. Le système de gestion de l'information pour l'action contre les mines (IMSMA) est l'un des outils fréquemment utilisés à cette fin par les centres de lutte anti-mines et les autorités. ⁽¹⁾
- **Evaluation des besoins et capacités et cartographie des services** : permettent de rassembler des données pertinentes afin de comprendre la situation sur un territoire donné et de planifier et prioriser les programmes (notamment l'allocation des ressources) de manière participative. Les données sont collectées sur A) la population cible : besoins, demandes, capacités et ressources ; B) l'environnement : fournisseurs de services, normes sociales et culturelles et infrastructures comme facilitateur ou obstacle à la qualité de vie des victimes. ⁽²⁾
- **Diagnostic pour l'accompagnement personnalisé** : collecte d'informations sur et avec les victimes les plus vulnérables et les personnes en situation de handicap pour les aider à améliorer leur qualité de vie. Cela inclut les besoins et priorités de la personne et les remarques de la famille et des professionnels (ex. travailleurs sociaux, services de santé) ; il s'agit également d'identifier les obstacles et facilitateurs environnementaux de la personne. ⁽³⁾

Données clés

- ★ **4 286** nouvelles victimes directes de mine/REG identifiées en 2011. ⁽⁴⁾
- ★ **Les données sur les victimes** sont plus systématiques dans les pays utilisant l'IMSMA. Cependant, d'autres méthodes plus complètes permettent de planifier et de suivre l'AV.
- ★ La plupart des pays affectés **manquent de renseignements de base sur la qualité de vie** des victimes et il est donc difficile de mesurer les progrès atteints.
- ★ Seuls **10 pays** ont mis en œuvre des évaluations suffisamment exhaustives des besoins en AV. ⁽⁵⁾



CADRES JURIDIQUES ET POLITIQUES

Convention sur les armes à sous-munitions : Art.5, para 1, 2.A. Art.7 para 1.K. | **Plan d'action de Ventiane** : Actions #22 & #25. | **Plan d'action de Carthagène** : Section IV, Action #25. | **CRPD**: Art.31.



ACTEURS PRINCIPAUX

Organisations de survivants ou de personnes handicapées | **Prestataires de services** dans tous les secteurs liés à l'AV | **Ministères** : affaires sociales, points focaux sur le handicap, tous les autres ministères | **Les centres de lutte anti-mine (CLAM) et les autorités de lutte anti-mines** | **Les organisations internationales** : La **Division des statistiques de l'ONU, le centre international de déminage humanitaire de Genève (CIDHG)**.



QUELS SONT LES DÉFIS COMMUNS AUX PAYS AFFECTÉS PAR LES MINES/REG ?

- La plupart des pays n'ont pas encore établi de **statistiques, de collecte de données et de mécanisme de recensement** conformément à la CDPH.
- Dans la plupart des pays en développement, **les systèmes d'information sur la santé** sont très limités. ⁽⁶⁾
- Les **ressources et le personnel formé** aux méthodologies de collecte de données et à **la façon d'interviewer les victimes et les personnes handicapées sont faibles**. Les autorités, prestataires de services et OPH rassemblent les données sans vraie coordination et manquent souvent d'un mécanisme permettant de les compiler de manière systématique. Ces données sont rarement comparables et donc difficiles à utiliser pour appréhender la situation dans son ensemble.
- Dans certains cas, les **données collectées ne sont pas utilisées** pour concevoir des programmes visant à améliorer la qualité de vie des victimes, ne faisant qu'engendrer des attentes parmi les personnes interviewées.
- Manque de coordination **entre le CLAM, le MAA et les ministères** sur les méthodes de collecte de données, leur but et leur utilisation.
- Manque de connaissances sur **la façon de concevoir des questions appropriées sur le handicap** : on demande traditionnellement aux membres du foyer s'ils sont « sourd, aveugle, infirme ou déficient mental », terminologie basée sur une approche médicale désuète et qui s'est révélée limitée et biaisée. Cette approche ne permet d'identifier qu'un faible nombre de personnes handicapées, autorisant les gouvernements à largement les ignorer ou à réduire les politiques et programmes pour personnes handicapées au domaine des soins médicaux et de la réadaptation. ⁽⁷⁾



EXEMPLES DE PROJETS RÉUSSIS SUR LA COLLECTE DE DONNÉES

➤ **En Afghanistan, l'enquête nationale sur le handicap** de 2005 a contribué à une meilleure connaissance du nombre de personnes handicapées, dont les survivants, de leurs besoins et priorités dans les domaines de la santé, la réadaptation, l'éducation et les moyens de subsistance. ⁽⁸⁾

➤ **En Albanie, une vaste collecte de données pour la conception de programmes et le partage d'informations** a contribué au succès du programme d'AV de 2005 à 2009. En 2011, l'organisation de personnes handicapées *ALB-AID* a maintenu à jour des données sur tous les survivants parmi ses membres. La *société albanaise de la Croix-Rouge* collecte des données sur les personnes blessées dans 12 provinces. Les données sont ventilées par âge, sexe et enregistrées dans la base de données de l'IMSMA. ⁽⁹⁾

➤ **Au Cambodge**, un projet conjoint de *HI*, l'ONG locale *OEC* et *l'organisation cambodgienne de personnes handicapées* collecte des données sur les besoins de base, les capacités et la participation dans la vie communautaire, sociale et politique des victimes avant et après la réalisation du projet, ce qui permet de mesurer et d'établir des rapports sur les **améliorations de la qualité de vie**. ⁽¹⁰⁾

➤ **Au Nicaragua**, des informations sur les survivants ont été collectées à travers **des enquêtes communautaires sur le handicap** réalisées dans tout le pays. ⁽¹¹⁾



COMMENT LES ÉTATS PEUVENT-ILS AGIR ?

Au niveau national :

- La collecte de données sur les victimes via l'IMSMA est plus appropriée pour définir les priorités en terme d'éducation aux risques, de dépollution et de restitution des terres qu'en terme de développement inclusif et d'AV.
- Lorsqu'un **CLAM mène une mission** d'AV, cela doit être de manière **temporaire** et en se focalisant sur la sensibilisation, la mobilisation et le soutien des ministères pertinents afin qu'ils en assument la responsabilité, surtout si l'un d'eux est en charge de la question du handicap
- Identifier un **ministère, une autorité ou un comité** en charge de guider et de coordonner le travail de la collecte de données dans le but précis d'améliorer l'AV et l'accès aux services pour les personnes handicapées.
- Les données utilisées afin de définir les politiques, les plans et les programmes liés à l'AV doivent rester sous la **responsabilité principale du ministère compétent** (santé, affaires sociales, emploi, etc. ...).

Au niveau du terrain :

- Définir les besoins et objectifs de la collecte de données de manière **participative** afin de **choisir les méthodologies les plus appropriées**. Une méthodologie unique (ex : surveillance des blessures, évaluation des besoins et capacités des victimes, etc.) ne peut pas répondre à la fois aux besoins des programmes de lutte anti-mines et à la planification de l'AV, ou mesurer les progrès et rendre compte de l'amélioration de la qualité de vie des victimes.
- S'assurer que tous les efforts d'amélioration de la collecte de données sur les **victimes** soient liés aux efforts plus vastes de collecte de données sur **toutes les personnes handicapées**.
- **Former les personnes chargées de la collecte de données** aux méthodologies efficaces, aux droits des victimes et des personnes handicapées et aux méthodes de communication avec des personnes présentant différents types de handicap.
- S'assurer que les personnes interrogées **comprennent** l'objectif de la collecte de données.
- Garantir le **respect de la vie privée et la confidentialité** des données sur les victimes et les personnes handicapées.
- S'assurer que les questionnaires comportent une **terminologie appropriée vis-à-vis du handicap** : éviter les termes discriminatoires tels que « infirme ». Les questions et la terminologie doivent être basées sur les recommandations de la division des statistiques de l'ONU, conformément à la classification internationale. Il existe des exemples indiquant comment cette dernière a été incorporée dans plusieurs recensements en Asie. ⁽¹²⁾



COMMENT MESURER LES PROGRÈS ?

Cette rubrique présente certains domaines dans lesquels les Etats doivent pouvoir démontrer des changements. Les progrès liés à l'accès aux services, la législation et les politiques doivent *in fine* avoir des répercussions positives sur la qualité de vie.

- Le recensement national inclut des questions et approches pertinentes sur le handicap, conformément aux directives de la division des statistiques de l'ONU.
- Le système de surveillance national des victimes différencie les causes et types de blessures, dont les accidents liés aux mines/REG.
- Les données de l'IMSMA sont utilisées pour identifier les victimes et sont envoyées aux ministères compétents de manière systématique.
- Un mécanisme de collecte des données sur les personnes handicapées existe, il est conforme à la CDPH et inclut des données sur les survivants.
- Un point focal ou un comité est en place pour guider et coordonner la collecte de données relative à l'AV, selon différents mécanismes et méthodologies (surveillance des blessés, IMSMA, besoins des survivants et évaluation des capacités, etc.).
- Les personnes chargées de la collecte des données sont formées aux méthodologies et à la communication respectueuse avec les victimes et les personnes handicapées.
- Un niveau de référence est établi de manière participative pour mesurer et surveiller les progrès atteints avec un focus sur la qualité de vie et la participation.
- Des données pertinentes sont transmises aux acteurs concernés, tout en assurant la confidentialité aux victimes.



EXEMPLE DE MÉCANISME DE COLLECTE DE DONNÉES :

SYSTÈME D'INFORMATION CAMBODGIEN SUR LES VICTIMES DE MINES/REG ^{(13) (14)}



© Nicolas Avelrod / Handicap International

Thoeun Leang, épicière, bénéficiaire du projet TIGA, province de Battambang, Cambodge

Problème identifié : Manque d'informations systématiques, comparables, précises et à jour sur les victimes de mines/REG au Cambodge.

Objectif : Fournir une **collecte, une analyse, une interprétation et une transmission de l'information systématique** sur les victimes de mines, engins non explosés et autres REG au Cambodge.

Activités : Les collecteurs de données pour le **système d'information sur les victimes de mines/REG au Cambodge (CMVIS)** sont sélectionnés pour leurs connaissances d'une zone géographique et formés sur la façon de remplir les formulaires CMVIS. Ils établissent des rapports pour le coordinateur de la province qui transmet les données à la capitale. Le CMVIS fonctionne également grâce à un réseau de volontaires dans les zones moins contaminées par les mines/REG.

Pérennité : Le CMVIS a été créé en 1994 par la Croix-Rouge cambodgienne avec le soutien technique et financier de HI et de l'UNICEF. Le processus de transfert aux autorités cambodgiennes responsables de l'AV et de la lutte anti-mines (CMAA) a été réalisé en 2009.

Indicateurs clés : Le CMVIS est entièrement géré par le CMAA. Il a permis au gouvernement cambodgien d'établir à 64 214 le nombre total de victimes directes des mines/REG entre 1979 et 2013. En janvier 2013, 30% des victimes étaient impliqués dans des activités liées aux moyens de subsistance au moment de leur accident, 78% des victimes ont été blessées et 22% tuées ; 31% d'entre elles étaient des enfants. Ces informations permettent la planification et l'établissement des priorités pour les activités de lutte anti-mines et, couplées à d'autres données, permettent la planification de l'AV.

Mis en œuvre par : le CMAA

Références ^{(1) (8) (11)} CIDHG. *Assisting Landmine and other ERW Survivors in the Context of Disarmament, Disability and Development*. 2011 | ⁽²⁾ HI. *Développement local inclusif*. 2009 | ⁽³⁾ HI. *Accompagnement social personnalisé : méthodes, approches, outils*. 2009 | ^{(4) (5) (9)} ICBL-CMC. *L'Observatoire des mines et des armes à sous-munitions*. 2012 | ⁽⁶⁾ World Health Assembly. *Strengthening of health information systems*. 2007 | ⁽⁷⁾ UNESCAP. *Results of the Testing of the ESCAP Extended Question Set on Disability*. 2011 | ⁽¹⁰⁾ HI. *Good Practices from the project: "Towards Sustainable Income Generating Activities in Cambodia"*. 2010 | ⁽¹²⁾ OMS, UNESCAP. *Training Manual on Disability Statistics*. 2008 | ⁽¹³⁾ Site web des autorités d'assistance aux victimes et de lutte anti-mines du Cambodge (CMAA). | ⁽¹⁴⁾ CIDHG. *CMVIS External Evaluation Report*. 2006 ; James Madison University Mine Action Information Center. *Landmine Casualty Data : Best Practices Guide*. 2008 ; OMS. *Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence*. 2004

**QU'EST-CE QU'UN PLAN D'ACTION NATIONAL ?**

Les États parties aux traités d'interdiction des mines et armes à sous-munitions, en particulier ceux qui sont responsables du bien-être d'un nombre important de victimes, se sont engagés à élaborer **un plan d'action national pour les victimes**. Leur objectif est d'établir **un cadre stratégique et coordonné** grâce auquel : a) Tous les ministères et autres intervenants sont sensibilisés aux droits et besoins des victimes et des personnes handicapées ; b) **Un point focal/comité** sur l'AV et/ou le handicap est mis en place ; c) **Des responsabilités claires et spécifiques sont identifiées** afin de garantir que l'AV soit suffisamment prise en compte ; d) **Une meilleure coordination** existe entre les acteurs travaillant sur l'AV, le handicap, les actions de développement ; e) **Les victimes et les personnes handicapées** prennent un rôle actif et participent à la prise de décisions ; f) **L'existence d'une base de données** permet de suivre et de rendre compte des progrès accomplis en matière d'AV ; g) Il existe **une base commune** pour **mobiliser des ressources nationales**, et, si nécessaire, **internationales**.

Les plans d'action nationaux pour les victimes doivent : a) être liés à ou **inclus dans des plans plus larges sur le handicap/le développement inclusif** lorsqu'ils existent ; b) être rédigés avec **la participation avisée** des victimes et des personnes handicapées ; c) être fondés sur les données recueillies par l'évaluation des besoins des survivants et la cartographie des services ; d) être conformes **aux normes et lignes directrices** établies par la CDPH, la Convention sur les armes à sous-munitions, et les plans d'action de Vientiane et de Carthagène ; e) être construits **sur les bonnes pratiques de différents secteurs** - santé, réadaptation, santé mentale incluant soutien psychosocial, éducation, inclusion socio-économique ; f) **adopter une approche sensible au genre et à l'âge**. L'élaboration d'un Plan d'action national pour les victimes peut : lancer une dynamique nationale sur le handicap, en particulier dans les pays qui ne sont pas encore États parties à la CDPH, contribuer à améliorer l'appropriation nationale, la pérennisation et l'impact de l'AV et des actions sur le handicap et le développement, et permettre à chaque État d'identifier ses propres priorités et objectifs de manière participative.

Les plans d'action nationaux doivent inclure, au minimum :

- Une analyse de la **législation et des politiques existantes** qui concernent l'AV, le handicap et le développement.
- Une analyse **des acteurs pertinents**.
- Une analyse de la situation actuelle **dans chaque secteur** concernant l'AV.
- Une description **des données** qui doivent encore être collectées/mises à jour.
- Une liste d'**objectifs SMART** par secteur, avec des actions pour réaliser ces objectifs et des indicateurs pour en mesurer les progrès.
- Une **synthèse des ressources nécessaires** pour mettre en œuvre, assurer le suivi et évaluer le plan, y compris les ressources nationales et internationales déjà garanties, et les ressources devant être mobilisées.
- Un résumé décrivant le **mécanisme de suivi** du plan.

Données clés ⁽¹⁾

- ★ Au moins 19 États parties au traité d'Ottawa disposaient de **mécanismes nationaux de coordination** traitant de l'AV en 2011.
- ★ Au moins 17 États parties au traité d'Ottawa avaient un **plan pour l'AV ou pour le handicap** qui incluait explicitement les survivants.
- ★ Pour la première fois ces dernières années, plusieurs États parties ont constaté en 2011 **une baisse quantitative et qualitative des services liés à l'AV, pour tous les secteurs**.

**CADRES JURIDIQUES ET POLITIQUES**

Convention sur les armes à sous-munitions : art.5, para. 2.C.
Plan d'action de Vientiane : actions #21, 24, 33, 56.
Plan d'action de Carthagène : section IV Action #27, Section V Action #34. | **CDPH** : art.33.

**ACTEURS PRINCIPAUX**

Les organisations de survivants, de personnes handicapées, à base communautaire, de la société civile, dont organisations de femmes et de femmes en situation de handicap. | **Les prestataires de service** dans tous les secteurs de l'AV | **Les Ministères** : de la santé, de l'emploi, des Affaires sociales et les autres ministères concernés par l'AV, le handicap et le développement | **Les Centres et les autorités chargés de l'action contre les mines** | **Les organisations internationales**: CICR, agences des Nations unies, et autres organisations relatives à l'AV.

**QUELS SONT LES DÉFIS COMMUNS AUX PAYS AFFECTÉS PAR LES MINES/REG ?**

- Pas ou peu de connaissances, de participation ou d'**engagement des ministères concernés** (Santé, Emploi, Affaires sociales, etc.) sur la question de l'AV. Elle est parfois encore considérée comme de la responsabilité des acteurs de l'action contre les mines, plutôt que de la responsabilité de chaque ministère concerné.
- Pas suffisamment de liens ou de coordination entre **les actions d'AV et les cadres destinés à promouvoir les droits des personnes handicapées**.
- **Manque de données suffisantes, mises à jour, pertinentes et comparables** sur les besoins des survivants et les services disponibles/manque d'analyse de ces données pour élaborer un plan d'action national pertinent et réalisable pour l'AV.
- **Pas suffisamment de ressources humaines et techniques** pour piloter la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des plans d'action nationaux.
- Pas suffisamment d'engagement ni de capacités pour **mettre à jour, suivre et évaluer** régulièrement le plan d'action, une fois qu'il a été adopté.

**EXEMPLES DE PLANS D'ACTION NATIONAUX SUR L'AV ET LE HANDICAP**

L'Albanie dispose d'un **plan national d'AV** conforme aux recommandations du Plan d'action de Carthagène. Le *Bureau albanais de Coordination contre les mines et les munitions* surveille sa mise en œuvre, ce qui permet à l'Albanie d'élaborer un rapport détaillé sur ses actions relatives à l'AV. Les survivants sont représentés à tous les niveaux de la planification et de la mise en œuvre du plan. ⁽²⁾

En Jordanie, l'AV est couverte par la stratégie nationale sur le handicap. Le *Conseil supérieur des personnes handicapées* est le point focal national sur l'AV. L'AV est coordonnée par le *Comité de pilotage des survivants et de l'AV*, qui inclut des représentants gouvernementaux et non gouvernementaux ainsi que des survivants. L'AV est également incluse dans le Plan d'action national sur les mines 2010-2015. ⁽³⁾

Au Tchad, un **plan d'action national sur l'AV** a été adopté en 2012. Il est conforme au Plan d'action de Carthagène, et reconnaît le principe de non-discrimination entre les victimes et les personnes handicapées. L'effort de coordination a été mené par le *Centre d'action contre les mines* avec la participation active des *ministères* concernés (notamment des affaires sociales), du *CICR*, d'*ONG* et d'*OPH* qui comprennent des survivants. Les *Nations Unies*, en partenariat avec *HI*, ont fourni un appui technique pour son élaboration.



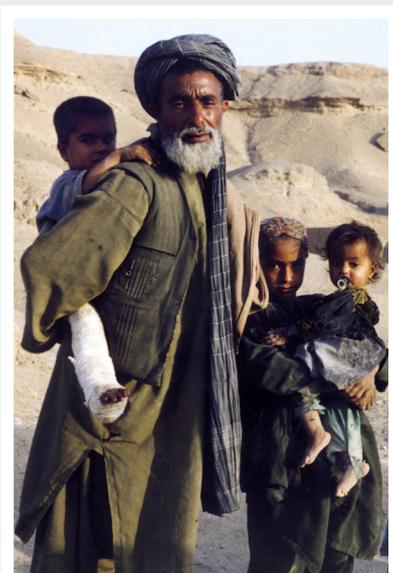
COMMENT LES ÉTATS PEUVENT-ILS PRÉPARER UN PLAN D'ACTION NATIONAL?

Ce paragraphe est basé sur "L'approche stratégique d'aide aux victimes en treize étapes" développée par l'unité de soutien à la mise en œuvre du traité d'Ottawa. ⁽⁴⁾ Il comprend quelques modifications basées sur l'expérience récente de HI de soutien au développement de plans d'action nationaux et de plans de développement local inclusif, et ce dans différents pays. Il s'appuie également sur des documents et des publications sur la politique de développement local inclusif de HI ^{(5) (6)} et du Consortium international sur le handicap et le développement (IDDC). ⁽⁷⁾ Ce paragraphe offre un aperçu du processus ; chaque pays doit l'adapter à son propre contexte, et s'assurer de ne pas dupliquer les actions pour promouvoir l'AV et les droits de toutes les personnes handicapées

- Sensibiliser les ministères et acteurs concernés** au cadre de l'AV et aux droits et besoins des victimes et des personnes handicapées. Développer du matériel d'information dans des formats accessibles. Impliquer les victimes en les associant aux activités de sensibilisation et d'élaboration du plan d'action national dès le lancement du processus.
- Désigner les responsabilités dans le processus d'élaboration du plan d'action national.** Cette responsabilité doit incomber à l'entité responsable des droits des personnes handicapées (ex. ministère des affaires sociales, de la parité, de la jeunesse). S'il n'existe pas de point focal, d'autres solutions temporaires doivent être explorées pour piloter le processus - y compris le centre ou l'autorité pour l'action anti-mines. A la fin, la responsabilité doit incomber au ministère le plus pertinent.
- Désigner un comité interministériel/intersectoriel pour coordonner le processus.** Il doit représenter tous les secteurs de l'AV (santé, insertion économique...) et inclure des représentants des ministères, prestataires de services et organisations de survivants et de personnes handicapées. Il doit avoir un mandat officiel, des ressources et termes de référence adéquats.
- Effectuer une analyse préliminaire de la situation.** Pour élaborer un plan pertinent, il faut a) comprendre le contexte juridique et politique; b) connaître la situation actuelle des victimes (besoins, demandes, capacités, ressources et priorités); c) procéder à une analyse des acteurs: qui fait quoi et où, en termes de prestation de services, dans tous les secteurs de l'AV. Si nécessaire, inclure au plan d'action lui-même la nécessité de mener cette étude approfondie.
- Organiser un premier atelier et une consultation nationale** pour présenter la question de l'AV comme entrant dans le cadre du handicap, du développement et des droits humains; revoir et compléter l'analyse préliminaire de la situation, et commencer à discuter des stratégies possibles. Tous les acteurs concernés doivent participer à cet atelier.
- Organiser des groupes de travail par secteur** (réadaptation, éducation, etc.) **et établir des objectifs SMART, ainsi que les indicateurs et actions pour atteindre ces objectifs.** Chaque groupe de travail doit identifier une organisation/un point focal pour diriger les discussions et rédiger un rapport sur les travaux du groupe tout au long du processus. Lorsque des actions ou projets déjà en cours contribuent aux objectifs des plans d'action, ils doivent y être inclus. Ceci garantit que les efforts mis en œuvre sont pleinement pris en considération, et que les actions futures s'appuient sur les initiatives existantes. Le plan doit inclure un budget qui mentionne et différencie clairement les ressources nationales des ressources internationales, ainsi que les financements acquis/à acquérir.
- Organiser un deuxième atelier national pour intégrer le travail de chaque groupe, établir les priorités et finaliser un projet de plan d'action national.** Compiler et présenter le travail de tous les groupes, et hiérarchiser par ordre de priorité les objectifs et les actions qui y sont liées, sur la base des ressources existantes.
- Diffuser le projet de plan d'action à tous les acteurs pour obtenir leurs observations et leur approbation définitive, et respecter toute procédure nécessaire à son adoption.**
- Coordonner, assurer le suivi, évaluer et rédiger des rapports** sur les progrès et les défis rencontrés dans la mise en œuvre du plan d'action, au niveau local, national et international, et ce régulièrement. Les victimes et les personnes handicapées doivent être activement impliquées dans le suivi et l'évaluation du plan d'action, ainsi que dans toutes les autres étapes.
- Mettre à jour et réviser le plan au moins une fois par an** pour s'assurer qu'il demeure pertinent et que tout problème soit traité aussitôt que possible.



PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PLAN D'ACTION NATIONAL EN AFGHANISTAN ⁽⁸⁾



© Chris Horwood / Handicap International

Famille d'une victime de mines/REG, en Afghanistan, 2013.

Problème identifié : l'Afghanistan est un des pays comptant le plus de victimes de mines/REG dans le monde. Le manque de coordination et l'absence d'une approche systématique de l'AV ont été considérés comme un obstacle entravant la réponse aux besoins et droits des victimes, et plus largement des personnes handicapées.

Objectifs : « tenir compte des droits et des besoins des toutes les personnes handicapées, y compris les survivants d'accidents par mines, dans le cadre de la Stratégie nationale de développement de l'Afghanistan et du traité d'Ottawa ».

Méthodologie : Le Plan d'action national sur le handicap en Afghanistan 2008-2011 a été élaboré suivant un processus de consultation sous l'égide du ministère de l'Emploi, des Affaires sociales, des Martyrs et des personnes handicapées, en lien avec les OMD et la stratégie nationale de développement. Il a été rédigé grâce à une série de séances et d'ateliers de sensibilisation, et comprend un examen de la situation, les objectifs adoptés en 2006 et les objectifs révisés en 2008, ainsi que les actions pour atteindre les nouveaux objectifs. Grâce aux consultations et sur la base du traité d'Ottawa et des priorités nationales, les secteurs suivants ont été identifiés comme pertinents pour être inclus dans le plan d'action: 1. La collecte des données; 2. Les soins médicaux d'urgence et les soins continus; 3. La rééducation fonctionnelle et la réadaptation; 4. Le soutien psychologique et la réinsertion sociale; 5. La réinsertion économique; 6. La réadaptation à base communautaire; 7. L'éducation inclusive; 8. Les lois et politiques publiques. Il est actuellement en cours de révision et de mise à jour.

Pérennité : Le Plan d'action national a été piloté et rédigé par les ministères concernés, avec l'appui technique d'acteurs internationaux. Dès le début, il a été relié aux cadres d'action nationaux pour le handicap et le développement. Il a été mis en place à travers un processus de consultation impliquant tous les acteurs nationaux et internationaux et, en particulier, les survivants et les personnes handicapées.

Piloté par : Le ministère afghan de l'emploi, des affaires sociales, des martyrs et des personnes handicapées.

Références ^{(1) (2) (3)} ICBL-CMC. L'Observatoire des mines et des armes à sous-munitions. 2012 | ⁽⁴⁾ CIDHG. Assisting Landmine and other ERW Survivors in the Context of Disarmament, Disability and Development. 2011 | ⁽⁵⁾ HI. Recommendations pour les plans d'action nationaux d'assistance aux victimes 2011-2015. 2009.

⁽⁶⁾ HI. Développement local inclusif. 2009 | ⁽⁷⁾ IDDC. A Guidance Paper on Inclusive Local Development Policy. 2009 | ⁽⁸⁾ Ministry of Labor, Social Affairs, Martyrs and Disabled/ Afghanistan. Afghanistan National Disability Action Plan 2008-2011 to address the rights and needs of persons with disabilities, including mine survivors. 2008



**QU'EST-CE QUE LA COOPÉRATION ET L'ASSISTANCE INTERNATIONALE ?**

La coopération et l'assistance internationale fait référence à toute forme de soutien fourni aux États affectés et aux acteurs pertinents par des organisations nationales, régionales ou internationales, pour mettre en œuvre l'AV d'une manière efficace, efficiente et pérenne. Elle peut être fournie, entre autres, par des mécanismes bilatéraux, régionaux et multilatéraux (notamment agences des Nations Unies), ainsi que par le biais de la coopération Sud-Sud, et ce au bénéfice du CICR, des ONG, des prestataires de services, des organisations de survivants et de personnes handicapées.

Les pays affectés sont confrontés à de multiples défis qui entravent la mise en œuvre rapide et efficace de l'AV : conflits en cours, pauvreté généralisée et manque de moyens humains, techniques et de ressources financières. L'objectif de la coopération et de l'assistance internationale est de soutenir les États qui n'ont pas de ressources suffisantes pour s'acquitter de leurs obligations liées à l'AV, garantissant ainsi que les droits des victimes et des personnes handicapées sont appliqués et que leur qualité de vie est améliorée. La coopération et l'assistance internationale ont plus d'impact si elles répondent aux priorités fixées par les États affectés dans leurs plans d'action nationaux. C'est pourquoi la coopération internationale est l'un des piliers des traités d'Ottawa et d'Oslo, et est incluse dans les plans d'action de Vientiane et Carthagène.

Les modalités incluent :

- **Le soutien technique** : accompagnement sur le terrain pour la mise en œuvre d'un projet spécifique, comme l'élaboration d'un plan d'action national, la réalisation d'une évaluation des besoins ou d'une cartographie des ressources.
- **Le renforcement des capacités** : Formation et coaching des autorités compétentes ou des prestataires de service à intervalles réguliers sur une période donnée, dans le but d'améliorer leurs connaissances, attitudes, pratiques et compétences globales sur

un sujet donné. Elle peut être spécifique à un secteur (ex. formation des professionnels de réadaptation), ou concerner le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes.

- **Le soutien financier** : appui budgétaire à travers des mécanismes de coopération bilatérale, régionale ou multilatérale aux États, aux organisations internationales et aux Nations Unies, aux ONG internationales et locales, aux organisations de survivants et de personnes handicapées et aux prestataires de services.

Données clés

- ★ Des reculs en matière d'accès aux services pour les survivants ont été constatés dans au moins 12 pays en 2011, résultant pour la plupart du déclin de l'aide internationale. ⁽¹⁾
- ★ Traiter des droits et des besoins des personnes handicapées est un engagement à long terme au niveau politique, financier et matériel. ⁽²⁾
- ★ Le financement de l'action contre les mines a atteint un record en 2011 avec près de 578 millions d'euros, mais l'AV ne représentait que 6% de ce montant.

**CADRES JURIDIQUES ET POLITIQUES**

Convention sur les armes à sous-munitions : Art.6, paragraphe 7. | Plan d'action de Vientiane : Actions n° 33 – 38, 41, 42, 47, 56 and 59. | Plan d'action de Carthagène : Paragraphe IV, Action n° 32. Paragraphe V, Actions n° 35, 36, 37, 39, 41, 47, 48, 50, 51 et 52. | CDPH : Art.32.

**ACTEURS PRINCIPAUX**

Les organisations de survivants et de personnes handicapées | Les prestataires de service dans tous les secteurs de l'AV | Les Ministères : tous ceux concernés dans les pays affectés | Les organisations internationales : agences des Nations Unies, CIDHG, CICR, ONG internationales | Les forums régionaux et multilatéraux | Les organismes internationaux de développement et de coopération, tels que : ADA, AusAid, AFD, BMZ, ACDI, DFID, DGCD, JICA, NORAD, SIDA, USAID, WRA ... | Les ministères des Affaires étrangères des pays engagés dans la coopération et l'aide internationale.

**QUELS SONT LES DÉFIS COMMUNS QUE DOIT RELEVÉR LA COOPÉRATION INTERNATIONALE ?**

- Donner la priorité à la coopération internationale est difficile lorsqu'il existe peu d'études fondées sur des données probantes analysant les besoins et capacités des victimes, les services et ressources existantes, et les efforts nationaux pour remédier aux lacunes.
- De nombreux obstacles empêchent encore les personnes handicapées d'être incluses dans tous les aspects du développement et de la coopération au développement ; des difficultés subsistent pour garantir que les efforts sur l'AV sont basés sur, ou liés à, des efforts pour l'inclusion des personnes handicapées.
- Les pays engagés dans la coopération internationale et les pays affectés peuvent avoir des priorités différentes.
- Les bonnes pratiques de différents pays en matière de coopération internationale sur l'AV n'ont pas encore été bien documentées, ce qui rend difficile d'optimiser l'impact des efforts de la coopération internationale et d'en tirer des leçons plus larges et des recommandations claires de manière à dupliquer et à diffuser les exemples fructueux.

**EXEMPLES DE SUCCÈS LIÉS À LA COOPÉRATION INTERNATIONALE**

En Afghanistan, l'organisation *Afghanistan Landmine Survivor* (ALSO) met en œuvre des projets de soutien entre pairs, sensibilisation, accessibilité, inclusion, plaidoyer et autonomisation. Ils sont soutenus par *Clear Path International* (CPI), OSI, ACDI, les ambassades de Norvège, Finlande et Australie, et de petites subventions d'ICBL-CMC et de HI. CPI a eu un impact important sur les premières activités d'ALSO grâce à : 1. l'octroi d'un financement pour le premier projet de soutien entre pairs ; 2. la prise en charge en partie du renforcement des capacités d'ALSO et de ses coûts de fonctionnement ; 3. un soutien continu pendant des années ; 4. au développement des ressources humaines d'ALSO par la formation à la comptabilité, la gestion et le suivi. Grâce à ses projets, ALSO a permis l'autonomisation de centaines de femmes handicapées, dont des survivantes ; près de 100 écoles et autres lieux publics sont devenus accessibles ; le soutien entre pairs a été introduit comme nouveau concept en Afghanistan ; de nombreuses personnes ont pu s'inscrire à l'école et trouver un emploi. ALSO a également contribué à la ratification de la CDPH et de la Convention d'Oslo. ⁽³⁾

En République démocratique du Congo, le Centre de coordination de l'action contre les mines des Nations Unies (UNMACC) soutient les autorités nationales et les organisations d'action anti-mines afin de coordonner et de mettre en œuvre l'AV. UNMACC mobilise les ressources, fait du plaidoyer pour la ratification de la CDPH et gère une base de données sur les victimes. Les donateurs incluent le Japon, AusAid et MONUSCO. En 2011-2013, UNMACC a offert des subventions à des ONG pour des projets nationaux d'AV, notamment d'insertion économique ; réalisé une enquête sur l'AV ; mis à jour la base de données sur les victimes ; dirigé la rédaction du plan national d'action contre les mines 2012-2016 ; dirigé, facilité, soutenu et collaboré avec des organisations partenaires pour l'élaboration du plan national 2010-2012 pour l'AV et les personnes handicapées. Comme résultat, 1 243 survivants ont été identifiés et 228 sont engagés dans des activités génératrices de revenus et ont amélioré le revenu de leur ménage ; 135 personnes ont accès à des services de rééducation et réadaptation ; les informations sur l'AV sont harmonisées ; la base de données, mise à jour, fonctionne. UNMACC encourage les projets qui adoptent une approche globale incluant la rééducation & la réadaptation, le soutien psychosocial et l'insertion économique, ce qui garantit une amélioration plus pérenne et significative de la qualité de vie des survivants. ⁽⁴⁾



COMMENT LES ÉTATS PEUVENT-ILS AGIR ?

Cette section présente des recommandations aux États affectés afin qu'ils puissent mobiliser de manière efficace les ressources internationales disponibles pour l'AV, le handicap, le développement et les droits humains, ainsi que des recommandations pour les pays engagés dans la coopération internationale afin de faciliter l'application des dispositions relatives à l'AV conformément à la CDPH. Pour des recommandations spécifiques à chaque secteur dont l'AV fait partie, ou sur des questions transversales, se référer aux fiches d'information 1 -11.

Recommandations pour les États affectés :

- Recueillir, analyser et diffuser des informations fiables sur les besoins et capacités des victimes et des personnes handicapées, sur les ressources et les prestataires de service existants, et sur les efforts nationaux pour se conformer aux dispositions relatives à l'AV en conformité avec la CDPH.
- Développer un plan d'action national pour l'AV et/ou handicap, et compléter avec une analyse de la situation et des besoins, des objectifs SMART et les activités et le budget liés.
- Lorsque l'assistance internationale est requise, montrer comment elle contribuera à la réalisation d'un ou plusieurs objectifs SMART du plan d'action national pour l'AV et/ou le handicap. Mentionner tous les efforts nationaux et internationaux déjà engagés poursuivant le même objectif.
- Solliciter l'assistance internationale avec les acteurs pertinents tels que les ONG, les organisations de personnes handicapées et de survivants, et les prestataires de services.
- Ratifier ou adhérer aux dispositifs pertinents comme les traités d'interdiction des mines et des armes à sous-munitions et la CDPH, car cela augmentera les opportunités de financement qui profiteront autant aux survivants qu'aux personnes handicapées.

Recommandations aux pays et organisations engagés dans la coopération et l'assistance internationale : ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾

- Veiller à ce que les actions d'AV soient rationalisées et harmonisées avec d'autres activités de développement (soins de santé, éducation, autonomisation, aide humanitaire). Continuer d'assurer le financement continu de l'AV dans le cadre des budgets consacrés à l'action anti-mines, afin d'éviter toute interruption de financement aussi longtemps que l'AV n'est pas prise en considération dans les fonds de développement plus importants. Les budgets spécifiques à l'AV doivent être disponibles même après qu'un pays ait été déclaré libre de mines et de sous-munitions, jusqu'à ce que la qualité de vie des victimes soit équivalente à celle du reste de la population.
- S'assurer que tous les efforts de développement qui bénéficient d'un financement, intègrent le handicap. Former le nouveau personnel et celui actuellement en poste responsable de l'évaluation des demandes de financement, à l'AV et au développement inclusif.
- Demander aux bénéficiaires de la coopération et de l'assistance internationale dans tous les secteurs de fournir des informations sur les mesures qui seront prises pour garantir que leurs efforts de développement soient inclusifs afin que les victimes et les personnes handicapées puissent en bénéficier, sur un pied d'égalité avec les autres.
- Être flexible et répondre aux besoins et lacunes constatés dans les pays affectés, y compris sur les aspects qui sont les moins financés : santé mentale, soutien psychosocial, développement des capacités à moyen et long terme des organismes de survivants, des OPH et des pouvoirs publics nationaux.

Recommandations aux pays et organisations engagés dans la coopération et l'assistance internationale et aux États affectés :

- Documenter et diffuser les bonnes pratiques et les leçons apprises sur la façon dont la coopération et l'assistance internationale soutient les efforts nationaux sur l'AV, y compris sur les stratégies pour lier l'AV aux cadres plus larges du handicap, du développement et des droits humains.
- Consulter et engager les personnes handicapées à tous les niveaux, y compris aux postes de direction de haut niveau. Nommer des personnes chargées spécifiquement de l'AV et du handicap. Ces personnes doivent avoir le pouvoir d'influer sur les décisions ainsi que sur l'allocation des budgets.
- Les recherches, collectes de données, suivis et évaluations des projets de développement doivent ventiler les données par sexe, handicap et âge.
- S'assurer que les besoins et capacités des victimes sont reconnus, et que les efforts liés sont mis en place dans les programmes de développement et d'action humanitaire.
- Promouvoir les échanges régionaux et bilatéraux sur les bonnes pratiques comme élément clef des stratégies de coopération.
- Pour les États parties aux traités d'interdiction des mines et des armes à sous-munitions, faire état, à l'article 7, de la manière dont la coopération et l'assistance internationale à l'AV contribue, et est intégrée aux stratégies plus larges en matière de handicap, de développement et de droits humains; contribue à l'élaboration d'un système inclusif de services disponible et accessible ainsi qu'à l'amélioration de la qualité de vie des victimes et des personnes handicapées.



EXEMPLE DE COOPÉRATION INTERNATIONALE DANS LE DOMAINE DE L'ASSISTANCE AUX VICTIMES



© Kilian Munch

Conférence de signature de la Convention sur les armes à sous-munitions, 3 décembre 2008.

Le projet : HI a mis en place un projet sur une période de quatre ans -2009 à 2012- **promouvant la coopération Sud-Sud en matière d'AV** en Asie & Asie du Sud-Est, au Moyen-Orient, en Afrique centrale et orientale et en Asie centrale. Cinq ateliers régionaux sur l'AV ont été organisés pour sensibiliser de manière plus large à l'AV & au handicap, pour améliorer les connaissances sur la façon d'élaborer un plan d'action national sur l'AV/le handicap, et pour offrir une plate-forme d'échange entre pays donateurs et pays affectés sur les bonnes pratiques et les opportunités. Tous **les acteurs pertinents** d'une région donnée ont participé à ces ateliers : représentants des ministères et des centres d'action contre les mines; représentants des pays engagés dans la coopération internationale, des organisations régionales, des OPH et des organisations de survivants, du CICR, des Nations Unies, de l'OIT, d'ITF, du CIDHG, de l'ICBL-CMC. Ces ateliers régionaux ont été organisés à Bangkok, Amman, Nairobi, Douchanbé et Vientiane.

La coopération internationale : a. Financement: par la France via un fonds spécial pour renforcer les organisations de la société civile, et par l'Agence française de développement (AFD) ; par la Norvège via son Ministère des affaires étrangères ; par l'Union européenne via son fonds pour l'éducation au développement.

Résultats du projet : * Développement de soutien entre pairs en Irak, * Participation avisée et active de la société civile en RDC à l'élaboration du Plan stratégique national 2010-2012 pour l'AV et les personnes handicapées, * échanges ultérieurs entre le Laos, le Vietnam et le Cambodge sur les moyens de subsistance.

Références ⁽¹⁾ ICBL-CMC. *L'Observatoire des mines et des sous-munitions*. 2012 | ⁽²⁾ ⁽⁷⁾ CIDHG. *Aide aux victimes des mines/REG dans des contextes de désarmement, de handicap et de développement*. 2011 | ⁽³⁾ Emails de Firoz Alizada, membre du comité directeur de ALSO, 2013. ⁽⁴⁾ Emails de l'UNMACC, 2013. | ⁽⁵⁾ European Disability Forum. *Policy Paper Disability and Development Cooperation*. 2002 | ⁽⁶⁾ IDDC. *A guidance paper on Inclusive Local Development Policy*. 2009 | AusAID. *Development for All: Towards a disability-inclusive Australian Aid program 2009-2014*. 2008 | JICA. *Thematic guidelines on disability*. 2009 Norwegian Agency for Development Cooperation. *Report on Mainstreaming Disability in Development Cooperation*. 2011 ; SIDA. *Human Rights for People with Disabilities: SIDA's plan for work* ; Banque Mondiale. *Disability and International Cooperation and Development: A Review of Policies and Practices*.



ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ACDI : Agence Canadienne pour le Développement International	ISPO : Société Internationale pour la Prothèse et l'Orthèse
ADA : Agence Autrichienne de Développement	ITF : International Trust Fund
AFD : Agence Française de Développement	JICA : Agence Japonaise de Coopération Internationale
ALSO : Organisation Afghane des Survivants de Mines	LDPA : Association des Personnes Handicapées du Laos
AusAid : Agence Australienne pour le Développement International	LSN : Landmine Survivors Network
AV : Assistance aux victimes	MONUSCO : Mission de l'Organisation des Nations Unies pour la Stabilisation en République démocratique du Congo
BA : Ban Advocates	NORAD : Agence Norvégienne pour la Coopération et le Développement
BMZ : Ministère fédéral pour la Coopération économique et le Développement (Allemagne)	OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
CDPH : Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées	ONG : Organisation non-gouvernementale
CESAP : Commission Economique et Sociale pour l'Asie et le Pacifique	OIT : Organisation Internationale du Travail
CIDHG : Centre International de Déminage Humanitaire de Genève	OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
CICR : Comité International de la Croix-Rouge	OMS : Organisation Mondiale de la Santé
CLAM : Centre de lutte anti-mines	OPH : Organisation de personnes handicapées
CMAA : Autorité cambodgienne de lutte anti-mines	OSI : Open Society Institute
CMC : Coalition contre les sous-munitions	PIB : Produit Intérieur Brut
CMVIS : Système d'information sur les victimes de mines et restes explosifs de guerre au Cambodge	PNUD : Programme des Nations unies pour le Développement
CPI : Clear Path International	P&O : Prothèses et orthèses
DFID : Département pour le Développement International (Royaume-Uni)	RBC : Réadaptation à Base Communautaire
DGD : Direction générale Coopération au Développement et Aide humanitaire (Belgique)	REG : Restes explosifs de guerre
FUNDISCA : Fondation des personnes handicapées en Colombie	SIDA : Agence suédoise de Coopération et de Développement international
HI : Handicap International	ULSA : Association ougandaise des victimes de mines
ICBL : Campagne internationale pour l'interdiction des mines	UNESCO : Organisation des Nations unies pour l'Education, la Science et la Culture
IDDC : Consortium international sur le handicap et le développement	UNMACC : Centre de Coordination de l'Action contre les Mines des Nations unies
IMSMA : Système de gestion de l'information pour l'action contre les mines	USAID : Agence des États-Unis pour le Développement international
	VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Fédération Handicap International

138 avenue des frères Lumière
CS 88379
69371 Lyon Cedex 08
FRANCE
Tél. : + 33 (0) 4 78 69 79 79
Fax : + 33 (0) 4 78 69 79 94
www.handicap-international.org

France

138 avenue des frères Lumière
CS 78378
69371 Lyon Cedex 08
Tél. : + 33 (0) 4 72 72 08 08
Fax : + 33 (0) 4 26 68 75 25
info@handicap-international.fr
www.handicap-international.fr

Allemagne

Leopoldstr. 236
80807 München
Tél. : + 49 (0) 89 54 76 06 00
Fax : + 49 (0) 89 54 76 06 20
info@handicap-international.de
www.handicap-international.de

France - Bureau de représentation à Paris

104-106 rue Oberkampf
75011 Paris
FRANCE
Tél. : +33 (0) 1 43 14 87 00
Fax : +33 (0) 1 43 14 87 07

Belgique

Rue de Spa, 67
1000 Bruxelles
Tél. : +32 (0) 2 280 16 01
Fax : +32 (0) 2 230 60 30
info@handicap.be
www.handicap-international.be

Luxembourg

140 rue Adolphe Fischer
1521 Luxembourg
Tél. : +352 42 80 60 - 1
Fax : +352 26 43 10 60
contact@handicap-international.lu
www.handicap-international.lu

Canada

1819 boulevard René-Lévesque Ouest
Bureau 401
Montréal (Québec) H3H 2P5
Tél. : +1 514 908 2813
Fax : +1 514 937 6685
info@handicap-international.ca
www.handicap-international.ca

Royaume-Uni

9 Rushworth Street
London SE1 0RB
Tél. : + 44 (0) 870 774 37 37
Fax : + 44 (0) 870 774 37 38
info@hi-uk.org
www.handicap-international.org.uk

Etats-Unis

6930 Carroll Avenue – Suite 240
Takoma Park, MD 20912
Tél. : + 1 301 891 2138
Fax : + 1 301 891 9193
info@handicap-international.us
www.handicap-international.us

Suisse

Avenue de la Paix 11
1202 Genève
Tél. : +41 (0) 22 788 70 33
Fax : +41 (0) 22 788 70 35
contact@handicap-international.ch
www.handicap-international.ch



Commission Nationale pour l'Élimination
des Mines Antipersonnel



Ces fiches pratiques ont été produites grâce au soutien financier du ministère norvégien des Affaires étrangères et de la Commission Nationale pour l'Élimination des Mines Antipersonnel (CNEMA), ministère français des Affaires étrangères et du Développement international. Le contenu de ces documents est de la responsabilité de Handicap International et ne reflète en aucun cas la position du ministère norvégien des Affaires étrangères et du ministère français des Affaires étrangères et du Développement international.