

ASSISTANCE AUX VICTIMES AFRIQUE

ETATS PARTIES COMPTANT UN NOMBRE IMPORTANT DE SURVIVANTS

Indicateurs relatifs à l'assistance aux victimes

État partie	Traité d'interdiction des mines	Survivants connus	Coordination	Plan	Évaluation des besoins
Algérie	1er avril 2002	3 551	Comité interministériel	Plan national d'assistance aux victimes finalisé en 2014, en attente de l'approbation du gouvernement	2011-2012
Burundi	1er avril 2004	Environ 5 000	Comité interministériel et intersectoriel de coordination pour l'assistance aux victimes	Plan d'action national d'assistance aux victimes 2011-2014	Aucune
République Démocratique du Congo	1er novembre 2002	1 401 enregistrés	Groupe de travail sur l'assistance aux victimes	Plan stratégique national pour l'assistance aux victimes de mines 2010-2011	2011
Sénégal	1er mars 1999	Au moins 636	Comité de coordination régional de Casamance	Plan d'action national d'assistance aux victimes 2010-2014	2009
Tchad	1er novembre 1999	Au moins 1 600	Directoire de la sensibilisation et de l'assistance aux victimes	Plan d'action national sur l'assistance aux victimes 2012-2014	Aucune

Note : "État partie" fait référence aux États qui ont ratifié ou adhéré au Traité d'interdiction des mines; "Traité d'interdiction des mines" correspond à la date à laquelle le traité est entré en vigueur dans cet État. "Survivants connus" correspond au nombre total de survivants identifiés à partir du moment où les survivants ont commencé à être référencés jusqu'à la fin 2012. "Coordination" correspond au mécanisme de coordination du gouvernement qui regroupe les actions mises en œuvre pour répondre aux besoins des survivants. "Plan" correspond au plan national qui a pour but de répondre aux besoins des survivants, parfois en même temps qu'aux besoins d'autres groupes vulnérables. "Évaluation des besoins" est le processus par lequel les États et autres acteurs ont déterminé quel type d'assistance les survivants et/ou d'autres groupes de victimes avaient besoin.

Etat des lieux de l'assistance aux victimes de mines et de restes explosifs de guerre en Afrique depuis 1999¹

Le continent africain abrite dix-sept pays qui comptent un grand nombre de victimes de mines terrestres et de restes explosifs de guerre (REG). Il s'agit du continent où l'on retrouve le plus grand nombre de ces pays. Quinze d'entre eux sont parties au Traité d'interdiction des mines, tandis que deux ne se sont pas encore joints au traité (l'Égypte et la Libye) mais reconnaissent tout de même la nécessité de prêter assistance aux victimes.² Un territoire, le Sahara occidental, compte aussi un grand nombre de victimes. Les pays du continent africain ont accordé un appui tout particulier au Traité d'interdiction des mines depuis le début.

En reconnaissance de l'importance du Traité d'interdiction des mines pour le continent africain, la première assemblée des Etats parties au traité a été organisée dans la capitale mozambicaine Maputo, en mai 1999. Dans la Déclaration de Maputo, les Etats parties ont souligné la valeur symbolique du lieu, notant que l'Afrique était l'un des continents les plus affectés par les mines et que le peuple mozambicain connaissait de longue date les effets dévastateurs de ces armes.³ Au cours de cette assemblée, les Etats parties ont convenu de certaines mesures à mettre en place pour porter assistance aux victimes, incluant les mesures suivantes⁴:

- > Offrir un appui complet aux victimes, non seulement en matière de soins médicaux et de rééducation physique, mais aussi en ce qui concerne la reconstruction du tissu socio-économique dans les communautés affectées.
- > Rendre publics les renseignements portant sur l'allocation de ressources par les donateurs, par les pays affectés, et par les fournisseurs de services, ceci afin d'établir où se trouvent les manques à gagner, d'utiliser le financement de la manière la plus efficace possible, et de limiter la dispersion des efforts.

Lorsque les membres du Comité permanent sur l'assistance aux victimes se sont réunis pour la première fois⁵, plus tard au cours de l'année 1999, les survivants eux-mêmes ont demandé aux États parties de⁶:

- > Considérer l'assistance aux victimes comme faisant partie intégrale de leur stratégie de développement, et non comme une activité charitable ponctuelle
- > Contribuer financièrement à un ensemble de programmes pour aider les survivants: soins médicaux, rééducation physique, soutien psychologique, réintégration sociale et économique

¹ Sauf indication contraire, tous les renseignements proviennent des «chapitres par pays» de l'Observatoire des mines: www.the-monitor.org (en anglais).

² On retrouve en Égypte et en Libye des milliers de survivants de mines et de restes explosifs de guerre.

³ Déclaration de Maputo, Maputo, Mozambique, APLC/MSP.1/1999/L.6, 6 mai 1999.

http://www.apminebanconvention.org/fileadmin/APMBC/MSP/1MSP/Maputo_declaration_en.pdf

⁴ Tel que rapporté par le Comité permanent sur l'assistance aux victimes. *Programme de travail intersessionnel, septembre 1999, décembre 1999 et janvier 2000: assistance aux victimes.*

www.apminebanconvention.org/intersessional-work-programme/sept-dec-1999-jan-2000/victim-assistance/meeting-report/#sthash.pSmTVbea.dpuf

⁵ Appelé à l'origine Comité permanent d'experts sur l'assistance aux victimes, la réintégration socio-économique et l'éducation aux risques des mines, le comité a ensuite vu son nom modifié en Comité permanent sur l'assistance aux victimes et la réintégration socio-économique.

⁶ *Op. cit.*, note #4

> Assurer que les victimes de mines et les associations de personnes handicapées participent pleinement à la planification des programmes, de manière égale aux autres participants.

Quinze ans après la première assemblée des États parties, nous nous retrouvons à nouveau à Maputo pour la troisième conférence d'examen du traité. Le temps est venu de mesurer les progrès accomplis et de convenir d'une stratégie pour faire face aux défis restants.

En Afrique, des progrès ont été réalisés par les États parties en ce qui concerne la protection des droits des survivants et la réponse à leurs besoins. Ceci a parfois été accompli en dépit de conditions très difficiles, et tout en faisant également face à des situations de conflit armé ou de grande pauvreté. Certains États tels que l'Éthiopie, le Mozambique et le Soudan du Sud ont intégré l'assistance aux victimes dans des programmes plus généraux destinés aux personnes handicapées, afin que les programmes puissent bénéficier à ces deux groupes. En Guinée-Bissau, le gouvernement a expressément inclus les survivants de mines et de REG dans sa stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. Certains gouvernements tels que ceux de l'Algérie, de la Guinée-Bissau et du Soudan, souvent avec l'appui de donateurs internationaux, ont réussi à améliorer l'accès aux services de rééducation physique ou la disponibilité de ces services. Au Sénégal, le gouvernement a accordé pendant quelques années son soutien à un hôpital psychiatrique, en créant un service de visites à domicile pour les survivants de mines/REG. En Ouganda, grâce à l'appui d'organisations non-gouvernementales nationales et internationales, le gouvernement a commencé à codifier les normes d'accessibilité applicables aux édifices publics ou privés et aux infrastructures, mettant ainsi en œuvre un des aspects du droit à une pleine participation à la vie de la communauté pour les personnes handicapées.

Bien que de nombreuses initiatives aient été entreprises avec succès, il reste un tout aussi grand nombre de défis majeurs à relever afin que les survivants de mines et de REG voient leurs droits pleinement respectés et trouvent réponse à leurs besoins les plus essentiels. Sur l'ensemble du continent, de très nombreux survivants et autres personnes handicapées n'ont toujours pas accès aux soins médicaux ou aux services de rééducation les plus élémentaires. Parfois, c'est parce que ces services n'existent simplement pas, mais d'autres fois, c'est parce que les survivants n'ont pas les moyens de se rendre sur les lieux où les services sont offerts, ou qu'ils ne peuvent pas payer les montants exigés en contrepartie des soins. Les conflits armés, par exemple, empêchent souvent les survivants de voyager jusqu'aux lieux où les services sont offerts. Bien que de nombreux projets d'assistance aient en effet été mis en place, la plupart des survivants de mines et de REG en Afrique se trouvent encore aujourd'hui dans l'impossibilité de participer pleinement à la vie de leur communauté ou à celle de leur école, par exemple, ou de contribuer à faire vivre leur famille en gagnant un revenu au même titre que les autres.

Considérations liées au genre et à l'âge

Sur tout le continent, les femmes et les enfants qui sont survivants de mines ou de REG font face à de plus grandes difficultés que les hommes en matière d'accès aux services et de respect de leurs droits. En Éthiopie et au Mozambique, le gouvernement et les organisations non-gouvernementales ont noté que les survivantes de mines/REG sont plus désavantagées que les survivants, dans les domaines de l'éducation et du marché du travail. Dans les centres de santé ougandais, les sources consultées par l'Observatoire des mines ont noté que les services sont le plus souvent dispensés d'une manière qui ne tient pas compte des besoins particuliers liés au genre des personnes handicapées. Une telle discrimination se retrouve aussi communément à l'échelle continentale dans les autres États parties au Traité. Toutefois, des efforts récents pour y remédier ont été observés. En Éthiopie, des mesures législatives ont été prises en reconnaissance des difficultés additionnelles rencontrées sur le marché du travail par les femmes handicapées. En République Démocratique du Congo, les projets de soutien par les pairs mis en œuvre par un consortium d'organisations non-gouvernementales veillaient à encourager une participation égale des hommes et des femmes survivant(e)s.

Dans plusieurs des États parties africains, les enfants survivants de mines/REG ne bénéficient pas non plus de services adaptés à leur âge. Toutefois, en Algérie, au Mozambique et en Ouganda, des programmes d'éducation inclusive ont été lancés en 2012 afin de former les instituteurs(trices) et d'améliorer l'accessibilité des écoles. Au Sénégal, le gouvernement a augmenté le financement en soutien aux activités scolaires des enfants et des adolescents survivants. En fonction des fonds disponibles, des organisations non-gouvernementales ont alors pu fournir des « kits scolaires » à des enfants victimes de mines, et elles ont travaillé à améliorer l'accès des enfants à l'éducation. Au Soudan du Sud, le Ministère des Affaires Sociales a collaboré avec une organisation internationale afin qu'un centre de santé à Juba offre des services de rééducation physique adaptés aux enfants handicapés, incluant les survivants de mines/REG.

Disponibilité des services / Accès aux services

Cette section examine les progrès réalisés en matière de disponibilité des services et d'accès aux services dans les pays francophones du continent africain qui comptent un nombre important de survivants de mines et de REG: Algérie, Burundi, République Démocratique du Congo, Sénégal et Tchad.

Algérie

Depuis 1999, l'Algérie a fourni gratuitement des soins médicaux continus et d'urgence aux victimes de mines/REG ainsi qu'à d'autres groupes vulnérables. En 2001, des organisations internationales ont commencé à oeuvrer pour améliorer la disponibilité, la qualité et la capacité des services de rééducation. En 2009, ce soutien a pris fin et la gestion de tous les programmes de rééducation a été transférée au Ministère de la Santé. En 2012, le gouvernement a amélioré l'accès des survivants et autres personnes vulnérables à la rééducation en créant un programme destiné à couvrir les coûts de ces services.

Alors que les survivants enregistrés et les familles de victimes ont eu droit à une petite pension au cours de la période considérée, les survivants civils et les familles se sont souvent plaints que les pensions ne suffisaient pas à couvrir les coûts de base. Les pensions accordées aux victimes militaires ont été généralement plus élevées. En 2004, les programmes gouvernementaux destinés aux personnes en situation de handicap ont commencé à proposer des possibilités d'insertion économique. Cependant, le chômage est resté élevé parmi les personnes en situation de handicap au cours de la décennie, y compris pour les survivants de mines. Depuis 1999, des organisations non-gouvernementales nationales et internationales ont proposé quelques projets de micro-crédit pour les victimes de mines/REG et pour les autres personnes handicapées. C'est surtout la disponibilité en termes de soutien psychologique qui fait défaut; le peu d'assistance disponible dans ce domaine a généralement été fourni par les organisations internationales et les associations locales de survivants.

Les survivants des mines/REG doivent être enregistrés auprès du gouvernement afin d'obtenir une série de prestations, notamment soins médicaux, rééducation et pensions. Cependant, le nombre de survivants estimé est considérablement plus élevé que le nombre enregistré.

Défis majeurs et recommandations

- Le soutien psycho-social n'est pas assez largement disponible et le peu de soutien disponible n'est pas durable. **Un soutien psycho-social accessible, durable et géré par l'État devrait être développé conjointement avec les services complémentaires opérés par les organisations non-gouvernementales.**

- Des barrières bureaucratiques et administratives empêchent les survivants d'accéder aux prestations auxquelles ils ont droit. **Les survivants devraient recevoir une assistance à l'enregistrement en fonction de leurs besoins afin d'assurer leur plein accès à ces prestations.**

Burundi

De 1999 à 2013, le Burundi dépendait en quasi-totalité de l'appui des organisations internationales, et de quelques organisations non-gouvernementales nationales, en matière de soins médicaux d'urgence, de rééducation physique, de programmes d'inclusion économique et de soutien psycho-social pour les survivants de mines/REG. En effet les infrastructures du pays, incluant le système national de soins de santé, ont été dévastées par le conflit interne qui a duré plus de vingt ans et qui s'est terminé en 2005.

Depuis la fin du conflit, et avec l'amélioration des conditions de sécurité, de modestes progrès ont été enregistrés en ce qui concerne la disponibilité des services et la capacité des survivants à y accéder. Cela concerne en particulier les services de rééducation physique. En 2009, certaines organisations internationales ont commencé à étendre leurs services à l'extérieur de la capitale, pour rejoindre les régions rurales. En 2010, le gouvernement du Burundi a ouvert un nouveau centre de rééducation physique avec le soutien financier de la Thaïlande, tandis que le CICR rénovait un centre qui se trouvait déjà dans la capitale. En 2012, le CICR y a ajouté un dortoir afin d'héberger les patients en provenance de l'extérieur. Hormis ces améliorations, les parties prenantes de l'assistance aux victimes n'ont pas noté de véritables progrès additionnels en matière de disponibilité des services ou d'accès à ceux-ci en 2012-2013. Une meilleure sensibilité aux questions de genre a toutefois été observée.

Les activités de soutien psychosocial ont été extrêmement limitées depuis 1999: l'organisation non-gouvernementale Landmine Survivors Network a offert certains de ces services jusqu'à sa fermeture, tandis qu'un réseau national d'anciens combattants (CEDAC) a fait de même dans les limites de la disponibilité des fonds.

Défis majeurs et recommandations

- Les frais exigés en contrepartie des services sont un obstacle pour de nombreux survivants qui ont besoin de soins de rééducation physique. **Il est impératif de trouver des solutions pour permettre à tous les survivants de bénéficier de ces services.**
- Le plan national d'assistance aux victimes du Burundi entend mettre les survivants en relation avec les services déjà existants. **Le gouvernement et les organisations non-gouvernementales concernées devraient faire en sorte d'intégrer cet objectif à leurs plan d'activités.**

République Démocratique du Congo

Depuis 1999, la plupart des survivants et des autres personnes handicapées ne sont pas en mesure d'accéder aux services en République Démocratique du Congo. La taille du pays, combinée à la violence armée, au manque de moyens de transport, au manque d'infrastructures et au coût financier de l'assistance ont rendu difficile l'accès aux services déjà limités et uniquement disponibles dans les grandes villes.

La violence armée a accru la demande de services au moment même où certaines organisations non-gouvernementales ont fait face à des difficultés de financement. La plupart des services ont été fournis par des organisations non-gouvernementales, notamment un consortium réunissant des groupes de survivants et des prestataires de services. Le secteur de la rééducation physique manque de ressources et il existe peu de centres en activité. Les possibilités de soutien psycho-social sont limitées à des projets *ad hoc* d'organisations non-gouvernementales.

En 2012, le nombre de projets proposant des services aux survivants a augmenté et il y a eu des améliorations encourageantes concernant la disponibilité et la qualité des services d'assistance aux victimes dans les domaines de l'insertion économique, de la rééducation physique et du soutien psycho-social. Cependant, un certain nombre de ces projets n'a reçu de financements que pour une année et ont pris fin quand ils n'ont pu s'assurer d'autres sources de financement.

Défis majeurs et recommandations

- Les services de rééducation physique et de soutien psycho-social disponibles ne suffisent pas à répondre aux besoins des survivants de mines/REG. **Pour étendre l'offre de services, davantage de ressources sont nécessaires.**
- De nombreuses organisations non-gouvernementales d'assistance aux victimes dépendent intégralement de financements internationaux irréguliers passant par le secteur du déminage, ce qui conduit à un manque de durabilité. **Un soutien devrait être accordé aux projets proposant de petites subventions pour des activités d'entreprise collectives et génératrices de revenus, qui mettent l'accent sur les réalités du marché local et sur la durabilité. Il existe en effet de tels projets qui se sont révélés fructueux et adaptés aux besoins des survivants.**
- L'offre de services de réadaptation physique et de soutien psycho-social doit être améliorée. **Davantage de ressources et une meilleure planification stratégique sont nécessaires pour mettre en place ces services.**

Sénégal

Dans la région de la Casamance, où vivent la plupart des survivants, les services sont beaucoup plus limités que dans le reste du pays. Des années de conflit et une violence à la fois intermittente et continue ont dévasté les infrastructures et ont empêché l'accès aux services. Depuis 1999, le gouvernement compte sur les organisations non-gouvernementales nationales et internationales, notamment l'Association Sénégalaise des Victimes de Mines (ASVM), pour porter assistance aux survivants dans tous les domaines hormis les soins de santé.

L'évacuation des victimes blessées demeure un défi persistant et les soins médicaux de suivi sont limités, bien que l'offre de suivi médical gratuit et de rééducation physique se soit améliorée à l'hôpital régional de Ziguinchor en 2013. Le soutien psycho-social a été fourni par l'ASVM et le centre psychiatrique de Kénia. Cependant, le centre national de lutte anti-mines a interrompu son soutien financier au programme de visites à domicile en 2012. Le centre psychiatrique est le seul établissement ayant offert du soutien psycho-social aux victimes de mines et aux autres personnes handicapées dans toute la Casamance.

Tout au long de la période, la réinsertion économique et les possibilités offertes en matière d'éducation n'ont pas été appropriées aux besoins des survivants. Il y a peu de programmes ciblant les survivants et ces derniers ont eu des difficultés à accéder aux programmes plus larges destinés à tous les groupes vulnérables. Les survivants militaires soutenus par le Ministère des Forces Armées reçoivent des services de bien meilleure qualité que les survivants civils et autres personnes handicapées.

Défis majeurs et recommandations

- Le soutien du gouvernement a joué un rôle important permettant aux survivants d'accéder aux services existants, notamment au soutien psycho-social. **Un tel soutien devrait être prolongé.**
- Les organisations non-gouvernementales, et plus particulièrement l'association nationale de survivants, jouent un rôle important en aiguillant les patients vers les services existants et en facilitant le transport vers les lieux où sont offerts les services. Elles manquent toutefois de

financement durable. **Un soutien devrait être accordé aux programmes d'aiguillage des patients, qui offrent un bon rapport coût/efficacité.**

Tchad

Les services dédiés aux survivants de mines/REG ont été freinés par le conflit interne et intermittent, par les conflits transfrontaliers, ainsi que par un manque sérieux de fonds depuis 1999. Afin d'accéder à la plupart des services, de nombreux survivants doivent être transférés à N'Djaména, où sont situées les installations existantes, qui demeurent cependant peu nombreuses et inadaptées aux besoins. La rééducation a été limitée à deux centres seulement dont les services ne sont pas gratuits, sauf s'ils sont couverts par le CICR.

Il y a un manque récurrent de kinésithérapeutes et de prestataires de services qualifiés; aucun ne travaille dans les zones affectées par les mines. Le gouvernement gère quelques programmes éducatifs, d'emploi et de rééducation pour les personnes handicapées. Il n'y a pas eu de changement significatif en termes d'accessibilité, de disponibilité ou de qualité des services d'assistance aux victimes au Tchad depuis 1999.

Défis majeurs et recommandations

- Il persiste un besoin global de mettre en place des services et des compétences en dehors de N'Djaména. **Les prestataires de services doivent être identifiés, formés et mobilisés afin d'améliorer l'accès aux services d'assistance aux victimes dans l'ensemble des régions du Tchad, particulièrement dans les zones reculées et affectées par les mines, comme la partie nord du pays.**
- Les opportunités en termes de soutien psycho-social, formation professionnelle et réinsertion économique sont extrêmement limitées pour les survivants et personnes handicapées. **Un réseau d'acteurs au sein des communautés touchées devrait être développé afin de fournir un soutien psycho-social et des informations sur les services disponibles.**

Indicateurs relatifs au développement et au handicap

État partie	Droits des personnes handicapées		Dépenses de santé % total du PIB					Médecins pour 1 000 personnes	
	CDPH	Mécanisme régional	<u>Année repère 1999</u>	2009	2010	2011	2012	2007-2012	
Algérie	4 décembre 2009	Plan d'action continental pour la décennie africaine des personnes handicapées 2010-2019	<u>3,4</u>	4,6	4,2	4,4	5,2	1,2	
Burundi	22 mai 2014		<u>5,6</u>	7,0	8,8	9,0	8,1	N/A	
République Démocratique du Congo	Non		<u>4,2</u>	4,5	4,0	2,8	2,8	N/A	
Sénégal	7 septembre 2010		<u>4,5</u>	9,1	7,0	6,1	5,6	0,1	
Tchad	Signature		<u>5,9</u>	4,8	4,8	5,0	5,0	N/A	
État partie	OIT 159	Rang dans le classement de l'Indice de Développem ent Humain 2012	IDHI 2012	Dépenses de santé par habitant (\$ US) Année repère 1999, 2009 à 2012					% de dépenses de santé payées par les patients eux- mêmes
Algérie	Non	93 /187	N/A	<u>53\$</u>	174 \$	181\$	233 \$	279\$	15.0
Burundi	Non	178 /187	N/A	<u>7\$</u>	14\$	19\$	21\$	20\$	28.3
République Démocratique du Congo	Non	186 /187	0.183	<u>12\$</u>	17\$	15\$	15\$	15\$	32.5
Sénégal	Non	154 /187	0.315	<u>24\$</u>	49\$	48\$	54\$	51\$	34.1
Tchad	Non	184 /187	0.203	<u>11\$</u>	28\$	29\$	25\$	25\$	66.4

Note: "État partie" fait référence aux États qui ont ratifié ou adhérer au Traité d'interdiction des mines; "CDPH" est la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Les statistiques relatives aux dépenses de santé en tant que pourcentage total du produit intérieur brut sont réunies par la Banque Mondiale: <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.TOTL.ZS>. Le nombre de médecins pour 1 000 personnes: <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.MED.PHYS.ZS>. "OIT 159" correspond à la Convention de l'Organisation Internationale du Travail sur la réadaptation professionnelle et l'emploi des personnes handicapées (1983): http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:11300:0::NO::P11300_INSTRUMENT_ID:312304. L'IDHI est l'indice de développement humain ajusté en fonction des inégalités sociales. Les chiffres les plus hauts indiquent un niveau de développement bas. Il est publié par le Programme des Nations Unies pour le Développement: <https://data.undp.org/dataset/Table-3-Inequality-adjusted-Human-Development-Inde/9jnv-7hyp> (en anglais). Les dépenses publiques de santé par habitant en dollars américains: <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.PCAP/countries?page=2>. Les dépenses de santé payées par les patients eux-mêmes: <http://wdi.worldbank.org/table/2.15> (en anglais, colonne « out of pocket »).