

Sénégal

Eléments caractéristiques

Période de conflit et emploi de mines/ERW :

: La contamination par mines/ERW remonte au conflit autour de l'Indépendance de la Guinée-Bissau (1968-1973), qui a entraîné le minage de la frontière par l'armée sénégalaise. Des mines ont en outre été utilisées par toutes les parties impliquées dans le conflit en Casamance (1982 – 2004). Des utilisations sporadiques par le groupe armé « Mouvement des Forces Démocratiques de Casamance » ont été rapportées depuis lors.¹

Contamination estimée : L'enquête d'urgence de 2006 sur l'incidence des mines en Casamance a mis en lumière l'existence de 149 zones (11 km²) et de 63 km de routes ou de pistes suspectées d'être dangereuses, affectant 93 communautés (7% de la population).²

Indice de développement humain : 156^e sur 179 pays. Faible développement humain (en 2004, le pays était 157^e sur 177).³

Produit national brut (méthode Atlas) : US\$ 970 – 168^e sur 210 pays ou zones (à comparer avec US\$ 699 en 2004).⁴

Taux de chômage : 48% (en 2004 : 48% aussi).⁵

Ressources extérieures pour les soins de santé en pourcentage du total des dépenses: 13,5% (en 2004 : 12,7%).⁶

Nombre de professionnels de la santé : quatre pour 10.000 habitants.⁷

Statut UNCRPD : A signé la Convention et son protocole facultatif le 25 avril 2007.⁸

Budget dépensé en faveur du handicap : Inconnu.

¹ ICBL, *Landmine Monitor Report* 1999, pp76 à 79, et ICBL, *Landmine Monitor Report* 2008, Ottawa, octobre 2008 p.604 en français : Mouvement des Forces démocratiques de Casamance (MFDC).

² ICBL, *Landmine Monitor Report* 2008, Ottawa, Octobre 2008, p.605

³ PNUD, « Mise à jour statistique 2008 - Sénégal » http://hdrstats.undp.org/en/countries/data_sheets/ctv_ds_SN.html consulté le 24 juillet 2009, et PNUD, *Rapport 2004 sur le développement humain ; Liberté culturelle dans le monde divers d'aujourd'hui*, New York, 2004, p.142

⁴ Banque Mondiale, « Gross national income per capita 2008, Atlas method and PPP », 1 juillet 2009, <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GNIPC.pdf>; ONU, Division statistiques, « Per capita GNI at current prices-USdollars, » <http://data.un.org/Data.aspx?d=SNAAMA&f=grID%3AI03%3BcurrID%3AUSD%3BpcFlag%3AI>, consulté le 24 juillet 2009

⁵ CIA, *The World factbook – Senegal*, 2008, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/sg.html>, et 2004, <http://www.umsl.edu/services/govdocs/wofact2004/geos/sg.html>, consulté le 24 juillet 2009.

⁶ OMS, "Detailed database Search, Senegal," <http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp?indicators=%5Bindicator%5d.%5bHSR%5d.Members>, consulté le 24 juillet 2009.

⁷ OMS, "World Health Statistics 2009," Genève, 2009, pp95, 102. L'OMS estime que les pays comptant moins de 23 professionnels de la santé (médecins, infirmières, sages-femmes) par 10.000 habitants seront probablement incapables de réaliser une couverture adéquate

⁸ ONU, « Signataires & ratifications de la Convention [sur les droits des personnes handicapées] et des protocole additionnels, » <http://www.un.org/disabilities/countries.asp?id=166>, consulté le 24 juillet 2009.

Mesures en faveur de la lutte contre la pauvreté et du développement : Le Sénégal est un pays pauvre qui dépend fortement de l'aide étrangère. Plus de 33% de la population vit en-dessous du seuil national de pauvreté et la majorité (56%) vit avec moins de US\$ 2 par jour. Le taux élevé de chômage provoque un flux migratoire vers l'Europe. La violence qui continue de régner en Casamance a isolé cette région et entravé la croissance économique.⁹

Aide aux victimes (AV) : Résumé pour le pays.

Total mine/ERW casualties since 1988: At least 723 ¹⁰			
Year	Total	Killed	Injured
2004	17	0	17
2005	12	4	8
2006	18	8	10
2007	1	0	1
2008	24	1	23
Grand total	72	13	59

Nombre estimé de survivants des mines/ERW : Inconnu, mais au moins 570.¹⁰

Organisme coordonnateur de l'AV/point central : Les mandats de la Commission nationale pour la mise en œuvre du Traité d'Interdiction des mines et du Centre National d'Action Antimines du Sénégal (CNAMS), incluent l'AV, mais leur rôle est limité et n'implique pas la mise en œuvre effective.

Plan d'AV : Aucun plan ni stratégie concernant le handicap n'existe. L'AV est incluse dans la stratégie d'action antimines et le handicap l'est dans les stratégies nationale et régionales de lutte contre la pauvreté.

Profil d'AV : Au Sénégal, les survivants des mines /ERW vivent pour la plupart dans la région troublée de Casamance, où les services sont beaucoup plus limités que partout ailleurs dans le pays. Pendant toute la période de 2005 à 2009, le Sénégal a déclaré dans les rapports qu'il s'était engagé dans l'AV, mais reconnaissait en même temps que les besoins ne pouvaient pas être satisfaits, faute de ressources. Le Centre d'action contre les mines comptait sur les ONG nationales et internationales et sur l'association des survivants pour entreprendre des activités. La société civile et des survivants ont dit que l'AV ne figurait pas parmi les priorités dans l'agenda gouvernemental.¹¹ La seule ONG internationale qui, depuis 1999, rendait des services d'AV a mis en août 2008 un terme à la plupart de ses activités d'AV. Des années de conflits et des reprises intermittentes des

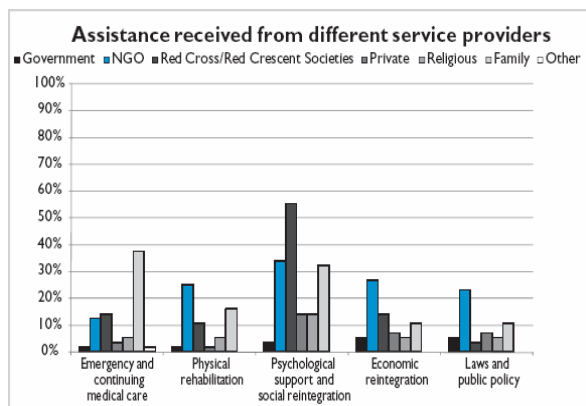
⁹ PNUD, *Human development report 2007/2008: Fighting Climate Change Human Solidarity in a Divided World*, New York, 2007, p.240; CIA, *The World Factbook – Senegal*, 2008, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/sg.html>; et "Fresh violence in Casamance," IRIN (Dakar), 12 juin 2009, www.irinnews.org/report.aspx?ReportID=84832, consulté le 24 juillet 2009.

¹⁰ ICBL, *Landmine Monitor Report* 2008, Ottawa, Octobre 2008, p.609.

¹¹ ICBL, *Landmine Monitor Report* 2008, Ottawa, Octobre 2008, p.612; Entretien avec ASVM, Ziguinchor, 18 mars 2009, et avec des survivants dans toutes les parties de la Casamance, du 17 au 25 mars 2009.

hostilités ont dévasté les infrastructures et empêché l'accès aux services. Tout au long de la période 2005-2009, les soins médicaux d'urgence ont été limités et les délais d'intervention ont été fonction de la localisation de l'incident ; l'armée a fourni de l'aide. Les soins médicaux d'après l'urgence n'ont pu être donnés que dans les deux hôpitaux régionaux ; ceux-ci disposaient des compétences requises mais souffraient de manques intermittents d'équipements et d'approvisionnements. Ces deux hôpitaux et leurs centres de santé satellites ont également donné de la réadaptation physique mais, tout comme les soins médicaux d'après l'urgence, elle n'était pas gratuite. Il en a résulté que ces services étaient impayables pour de nombreux survivants. Ici aussi, des manques de matériel ont été notés, ainsi que de longues listes d'attente. Le soutien psychosocial a été fourni par des organisations internationales et par l'Association Sénégalaise des Victimes de Mines (ASVM). Le gouvernement a ouvert en 2008 un centre psychiatrique mais, jusqu'en 2009, les survivants des mines n'y ont pas été admis en traitement

Sénégal 167



Durant toute la période 2005-2009, les possibilités de réintégration économique et d'éducation offertes aux survivants ont été inadéquates. Il y a eu en effet peu d'activités des ONG et en raison du fait que les survivants ont eu des difficultés à accéder à des programmes plus larges accessibles à tous les groupes vulnérables. La plupart des survivants ont été notés comme sans emploi, ou se débrouillant comme ils le peuvent et nécessitant de l'aide. Les survivants militaires ont bénéficié de services distincts, en général gratuits et de meilleure qualité, mais encore avec des lacunes. En 2009, les projets de lois concernant le handicap n'ont pas été adoptés¹².

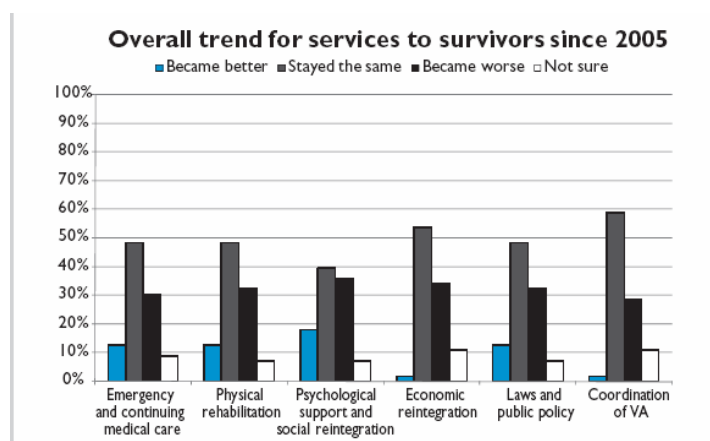
¹² Voir chapitres Sénégal dans les *Landmine Monitor Reports*, de 1999 à 2008 ; « Final Report of the Sixth Meeting of States Parties/Zagreb Progress Report », partie II, annexe V, Zagreb, 28 novembre – 2 décembre 2005, pp176 à 183.

AV : Progrès sur le terrain

Profil des personnes ayant répondu à l'enquête

Jusqu'en juillet 2009, 56 survivants âgés de 11 à 73 ans ont répondu à un questionnaire sur les progrès de l'AV au Sénégal depuis 2005 : 43 hommes, 11 femmes, un garçon et une fille. Quelque 64% étaient chefs de ménage et 14% étaient propriétaires. Environ la moitié (45%) vivaient dans des zones éloignées dépourvues de services, 36% dans des villages dotés de services limités et 18% dans une grande ville offrant une variété de services.¹³ Tous étaient installés dans la région de la Casamance, où vivent au moins 80% de tous les survivants de mines et d'ERW.¹⁴ Vingt pour cent n'avaient reçu aucune formation officielle ; 43% avaient achevé des études primaires ou au-delà tandis que 23% avaient suivi quelques années d'enseignement primaire.¹⁵ Environ 34% des personnes ayant répondu se sont trouvées sans emploi après l'accident, alors qu'avant cela, elles étaient 21%. Plus de la moitié (55%) ne trouvaient pas que leur revenu du ménage était suffisant et les 45% restants n'ont pas répondu. Ce profil correspond au profil des victimes extrapolé à partir des données du CNAMS qui indiquent que la majorité des survivants sont des hommes (soit civils soit militaires) blessés entre 1988 et 2004 dans des zones rurales en Casamance.¹⁶

Résultats généraux de l'enquête



En majorité, les personnes ayant répondu à l'enquête ont le sentiment que tous les services sont restés inchangés au cours des cinq dernières années ; cependant, aux yeux d'un nombre non négligeable d'entre elles, les services ont régressé, particulièrement en ce qui concerne la réintégration économique. Seules 7% des personnes consultées pensent qu'elles ont bénéficié en 2009 de davantage de services qu'en 2005 et 4% trouvent que les services sont meilleurs. Environ 30% des personnes interrogées croient que les services rendus aux femmes sont « un peu moins bons » que ceux destinés aux hommes : 14% disent que les services destinés aux femmes sont « inexistantes » ; et 18% disent qu'ils sont de valeur égale ; 30% des survivants masculins n'ont pas répondu. Les réponses des femmes sont plus négatives (42% pensent que les services sont « un peu moins bons » tandis que 25% les jugent « inexistantes »). Près des deux tiers des personnes (63%) ne sont pas sûres que les services qui s'adressent aux enfants survivants soient adaptés à leur âge ; 25% trouvent qu'ils ne le sont « jamais » ou « presque jamais ».

La majorité (52%) des personnes ayant répondu n'avait pas participé depuis 2005 à une enquête organisée par le gouvernement ou les ONG et 29% avaient été consultés trois fois ou davantage. Quelque 30% étaient d'avis que cela a eu pour résultat qu'ils ont écoutés : 18% ont dit qu'ils avaient reçu plus d'informations sur les services et éprouvaient moins de difficultés dues aux procédures bureaucratiques. La plupart (71%) n'ont jamais eu l'occasion d'expliquer leurs besoins à des représentants du gouvernement. Ceux qui ont répondu ont tous été blessés avant 2005 et n'auraient eu leurs informations que par l'hôpital, par les ONG ou par les autorités locales à l'époque de l'accident. En 2009, ASVM a commencé à rassembler des informations sur les besoins des survivants mais ne disposait pas des fonds requis pour le faire systématiquement – 177 personnes ont été interrogées.¹⁷ En mai 2009, le Sénégal a

¹³ 2% de taux de non-réponses.

¹⁴ ICBL, *Landmine Monitor Report 2008*, Ottawa, Octobre 2008, p.610

¹⁵ 14% de taux de non-réponses.

¹⁶ ICBL, *Landmine Monitor Report 2008*, Ottawa, Octobre 2008, pp. 609, 611 ; et déclaration du Sénégal au Comité Permanent sur l'Aide aux Victimes et la Réinsertion Socio-Economique, Genève, 26 mai 2009.

¹⁷ Courriel de Mamady Gassama, Secrétaire Général, ASVM, Ziguinchor, 21 mars 2009

déclaré que l'identification des besoins des survivants et la mise sur pied d'un mécanisme de surveillance étaient parmi ses plus grands défis.¹⁸

Urgence et soins médicaux d'après l'urgence

Près de la moitié (48%) des personnes ayant répondu était d'avis que les soins de santé étaient restés inchangés depuis 2005 alors que 13% d'entre elles voyaient des améliorations. Par ailleurs, 50% ont déclaré que les survivants ne recevaient « jamais » ou « presque jamais » les soins médicaux dont ils avaient besoin. Environ 36% ont trouvé qu'il y avait un plus grand nombre de centres de santé dans leur zone, mais les réponses dépendaient de l'endroit où vivent les survivants. Dans les villes, 50% voyaient des améliorations alors que, dans les zones éloignées, ce pourcentage n'était que de 28%. Plus d'un quart (27%) des personnes ayant répondu ont trouvé qu'elles avaient accès aux soins de santé plus près de leur domicile (60% dans les grandes villes, 12% dans les zones éloignées). 38% d'autres ont trouvé que l'infrastructure du centre de santé avait été améliorée et 29% ont déclaré que le personnel était mieux formé. L'accessibilité des services proprement dits et le manque d'équipes plus complètes pour les assurer ont constitué une difficulté : seuls 18% des personnes ayant répondu y voyaient un progrès ; 23% estimaient qu'il y avait davantage de transport d'urgence.

Les réponses des survivants confirment que les soins médicaux étaient le plus accessibles dans les deux hôpitaux régionaux de Kolda et de Ziguinchor, ce dernier ayant une plus grande capacité et étant mieux équipé. La compétence du personnel est restée la même dans les deux hôpitaux entre 2005 et 2009. En principe, les soins d'urgence sont gratuits mais les soins ultérieurs ne le sont pas et il faut toujours payer les médicaments et les fournitures. Les survivants militaires étaient traités gratuitement mais les médicaments gratuits n'étaient accessibles qu'à Dakar. Les premiers soins pouvaient être reçus dans certains centres de santé et postes militaires, tout comme certaines évacuations d'urgence étaient assurées par les militaires. Toutefois, les délais de réaction étaient fonction de l'endroit où se trouvait le cas urgent et de l'état de la route à emprunter pour y accéder. Des survivants ont raconté en 2009 que, souvent, ils avaient dû être conduits à l'hôpital par des membres de leur famille et que les ambulances étaient en mauvais état.¹⁹ Le gouvernement a aussi reconnu que des véhicules d'évacuation médicale d'urgence étaient manquants.²⁰

Réadaptation physique

Quelque 48% des personnes ayant répondu estiment que, dans l'ensemble, les services de réadaptation physique sont restés inchangés depuis 2005 tandis que 32% pensent que ces services ont régressé (40% parmi les personnes des zones éloignées). Dans le groupe le plus nombreux de personnes ayant répondu (45%), soit elles n'étaient pas sûres que les survivants aient reçu la réadaptation médicale dont ils avaient besoin, soit elles ne se sont pas prononcées sur ce point. 29% disent que les survivants bénéficiaient « parfois » ou « en général » de ces services ; 23% disent « jamais » ou « presque jamais ». Lorsqu'on cherche des indicateurs spécifiques de progrès, les réponses ont « été pour la plupart négatives : 27% trouvent que davantage de types d'appareils d'aide à la mobilité étaient disponibles ; 23% trouvent que le personnel est mieux formé ou que l'infrastructure a été améliorée ; et 21% estiment que la qualité de la thérapie physique et des appareils d'aide à la mobilité avait progressé et que les délais d'attente étaient devenus plus courts. D'autres indicateurs ont montré des pourcentages de progrès de 20% ou moins : 9% ont trouvé que les services étaient plus accessibles et 4% ont trouvé que le nombre des réparations effectuées gratuitement était en augmentation.

Alors qu'il est considéré comme insuffisant par les ONG et par les survivants, le nombre de services de réadaptation n'a pas augmenté depuis 2005. Ces services étaient disponibles dans les hôpitaux de Kolda et de Ziguinchor ainsi que dans deux centres satellites, et tous éprouvaient régulièrement des manques de matériels. Mais les plus gros obstacles pour les survivants étaient constitués par le fait que les services n'étaient pas gratuits pour les personnes n'ayant pas d'assurance (sauf pour les survivants militaires qui bénéficient de services gratuits) ; les listes d'attente étaient longues ; les survivants manquaient d'information sur les services et avaient besoin de l'aide des ONG ou d'ASVM pour pouvoir accéder aux services.²¹ En particulier, depuis que les interventions du fonds de l'ASVM destiné à couvrir ces coûts ont subi des interruptions, la plupart des survivants ont été pris en charge par une ONG internationale travaillant sur ce problème, jusqu'à ce que le programme d'AV soit clôturé en 2008 par manque de

¹⁸ Déclaration du Sénégal au Comité Permanent sur l'Aide aux Victimes et la Réinsertion Socio-Economique, Genève, 26 mai 2009.

¹⁹ ICBL, *Landmine Monitor Report 2008*, Ottawa, Octobre 2008, p.611 ; Entretien avec le Dr Jacques Senghor, Chef du Département Orthopédique de l'Hôpital régional de Ziguinchor, Ziguinchor, 23 mars 2009 ; et entretien avec Etienne Antoine KABO, Président de l'Association Nationale des Vétérans invalides du Sénégal, Ziguinchor, 23 mars 2009.

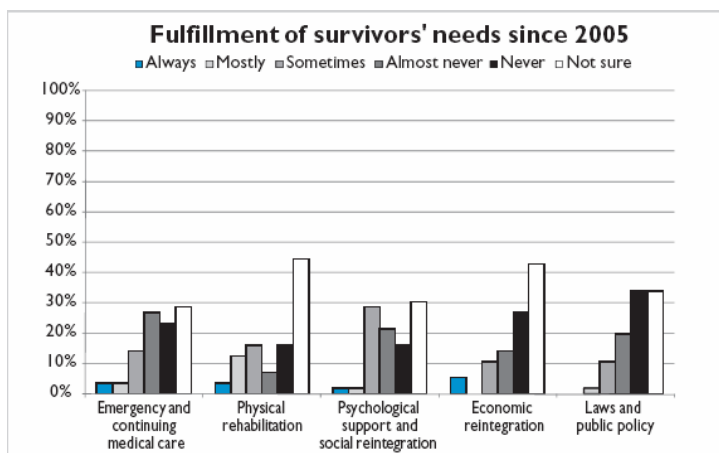
²⁰ Déclaration du Sénégal au Comité Permanent sur l'Aide aux Victimes et la Réinsertion Socio-Economique, Genève, 26 mai 2009.

²¹ ICBL, *Landmine Monitor Report 2007*, Ottawa, Octobre 2007, p.602.

fonds.²² Tandis que certaines personnes interrogées voyaient une diminution des délais d'attente, en 2009 le temps d'attente pour obtenir une prothèse était encore en moyenne de 45 jours.²³ La formation du personnel de réadaptation a été assurée de façon continue par une ONG internationale entre 2005 et mi-2008.²⁴ En 2009, le gouvernement a reconnu que les procédures pour obtenir des appareils de remplacement devaient être simplifiées et que les matières premières faisaient défaut.²⁵

Soutien psychologique et réinsertion sociale

Environ 36% des survivants étaient d'avis que, dans l'ensemble, les services assurant le soutien psychologique et la réinsertion sociale s'étaient détériorés depuis 2005 tandis que 39% jugeaient la situation inchangée. Quelque 29% des personnes ayant répondu estimaient que les survivants recevaient « parfois » l'aide psychosociale dont ils avaient besoin ; 21% ont dit que ce n'était « presque jamais » le cas. Seuls 2% ont déclaré que les services requis étaient rendus « toujours » ou « la plupart du temps ». Environ 29% des personnes ayant répondu se sentaient plus maîtres de leur destin et pensaient qu'en 2009, les survivants étaient moins souvent considérés qu'en 2005 comme des « cas dépendant de la charité publique ». Le même pourcentage était davantage impliqué dans un soutien psychosocial en faveur d'autres survivants tandis que 25% étaient plus engagés dans des activités communautaires en général ou pensaient que des groupes de soutien mutuel avaient été créés en plus grand nombre. Presque 18% estimaient qu'il était plus facile de recevoir des conseils d'un psychiatre, alors que 13% croyaient que le gouvernement fournissait davantage de soutien pour des services psychosociaux.



Un soutien psychologique officiel en Casamance ne pouvait être obtenu que quelques fois par an en recourant à un psychiatre venu de Dakar. Au cours de cette période, des groupes d'entraide et des activités psychosociales non officielles ont été mis en œuvre par ASVM et par des ONG. Cependant, elles étaient plutôt axées sur des cas individuels et leurs activités n'ont pas abouti à la création d'une capacité permanente de soutien psychologique.²⁶ Tous les efforts des ONG ont été dépendants d'un soutien extérieur, et l'aide fournie n'a souvent été qu'une petite fraction parmi de plus vastes programmes de résolution des conflits.

La formation de base a été également assurée au profit de membres du personnel gouvernemental. En 2008, le gouvernement a ouvert le Centre Psychiatrique de Kénia à Ziguinchor.

Jusqu'en avril 2009, aucun survivant d'accident dû aux mines n'avait été aidé, c.à d. que les personnes ayant répondu à l'enquête n'auraient remarqué aucune différence.²⁷

Réinsertion économique

En majorité (54%), les personnes ayant répondu étaient d'avis que les chances de réinsertion économique étaient demeurées inchangées depuis 2005 ; 34% ont vu une régression dans les services rendus et seuls 2% ont estimé qu'il y avait eu du progrès. Alors que le plus fort pourcentage hésitait, 27% des personnes ayant répondu ont

²² Entretien avec Laurène Leclercq, Coordinateur de l'Office de Développement, HI, Ziguinchor, 20 mars 2009.

²³ Entretien avec le Dr Jacques Senghor, Chef du Département Orthopédique de l'Hôpital régional de Ziguinchor, Ziguinchor, 23 mars 2009

²⁴ Déclaration du Sénégal au Comité Permanent sur l'Aide aux Victimes et la Réinsertion Socio-Economique, Genève, 26 mai 2009 ; ICBL, *Landmine Monitor Report 2007*, Ottawa, Octobre 2007, p.605.

²⁵ Déclaration du Sénégal au Comité Permanent sur l'Aide aux Victimes et la Réinsertion Socio-Economique, Genève, 26 mai 2009.

²⁶ ICBL, *Landmine Monitor Report 2008*, Ottawa, Octobre 2008, p.611 et ICBL, *Landmine Monitor Report 2005*, Ottawa, Octobre 2005, p.512.

²⁷ Entretien avec le Dr Momodou Lamine Diouf, psychiatre, Centre Psychiatrique Kénia, Ziguinchor, 17 avril 2009.

déclaré que les survivants n'avaient « jamais » reçu les services de réinsertion économique dont ils avaient besoin ; 14% ont dit « presque jamais » ; 11% ont dit « parfois » tandis que 5% ont dit « toujours ». Très peu d'améliorations spécifiques ont pu être observées. Un cinquième des personnes ayant répondu ont remarqué de meilleures possibilités de formation et d'éducation et des enseignants mieux formés aux problèmes de handicap. Environ 18% ont estimé qu'il leur était possible d'avoir accès à des études et à des formations professionnelles plus près de chez eux. Peu d'entre eux (10% ou moins) ont estimé que les occasions de trouver un emploi, les petits crédits professionnels ou les pensions étaient en augmentation.

Entre 2005 et 2009, il a été admis que les possibilités de réinsertion économique offertes aux victimes de mines ou d'ERW ont été limitées. Des programmes de réinsertion économique pour les personnes handicapées ont été intégrés dans la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et également dans la stratégie régionale de développement socioéconomique en Casamance. Certaines écoles spécialisées dans l'enseignement destiné aux enfants handicapés existaient, de même que des formations professionnelles du gouvernement, mais pas à titre gratuit. D'autres programmes générateurs de revenus se sont adressés à tous les groupes vulnérables mais les personnes handicapées ont trouvé qu'il était difficile d'y avoir accès. En 2006 déjà, il a été constaté que les stratégies de développement n'accordaient pas assez d'attention aux besoins des survivants.²⁸ En mai 2009, le Sénégal a reconnu qu'un des principaux défis à relever était de faciliter aux survivants l'accès à l'emploi. Un décret, annoncé en 2005 et prescrivant que 15% des personnes recrutées pour des emplois dans les administrations publiques devaient être des personnes handicapées, n'a pas encore obtenu en 2009 les textes légaux de mise en application qui lui permettraient de produire des effets réels.²⁹ En 2008, les statistiques de l'hôpital de Ziguinchor ont montré que la plupart des survivants étaient sans emploi, ou bien travaillaient pour leur compte mais avaient besoin d'aide.³⁰

Législation et politique publique

Près de la moitié des personnes ayant répondu (48%) ont déclaré que la protection de leurs droits n'avait pas évolué depuis 2005 alors que 13% estimaient que leurs droits étaient mieux protégés. En majorité (54%), les personnes ayant répondu étaient d'avis que les droits des survivants n'étaient « jamais » ou « presque jamais » respectés et 93% estimaient que leurs droits ne constituaient pas une priorité pour le gouvernement. Environ 34% croyaient qu'il y avait moins de discrimination et 29% pensaient qu'en général, la prise de conscience des droits des personnes en situation de handicap avait progressé. Toutefois, seuls 21% considéraient que la législation et les politiques ayant trait aux personnes handicapées avaient connu un développement; 16% s'estimaient mieux informés au sujet de leurs droits ; et 13% pensaient que les lois étaient mieux appliquées.

En 2005, le Sénégal signalait qu'une législation était en cours d'élaboration en faveur des personnes en situation de handicap et « devrait contribuer à améliorer le sort des personnes handicapées. »³¹ Néanmoins, ce projet de loi est resté en panne au parlement depuis 2005³² et, en mai 2009, le gouvernement a inscrit son adoption sur la liste des défis encore à relever.³³

Lorsqu'il a été interrogé au sujet des premiers résultats de l'enquête, où il apparaissait que, dans l'ensemble, peu de survivants constataient des progrès, un représentant du gouvernement a marqué son désaccord. Ce représentant a déclaré que, alors que peut-être tous les besoins n'avaient pas été satisfaits, la prise de conscience s'était améliorée. Il a ajouté que les réponses reçues dépendaient des personnes qui avaient participé à l'enquête : pour certains survivants contactés, la fourniture des services pourrait être un succès ou un échec selon que des matériels étaient disponibles ou non au moment où un survivant consulté arrivait pour trouver de l'aide.

²⁸ ICBL, *Landmine Monitor Report 2006*, Ottawa, juillet 2006, p.631.

²⁹ "Final Report of the Sixth Meeting of States Parties/Zagreb Progress Report," partie II, annexe V, Zagreb, 28 novembre – 2 décembre 2005, p.181; et Babou Birame Faye, "Personnes Handicapées au Sénégal. La prise en charge en question", *La Gazette*, 5 juin 2009, www.lagazette.sn/spip.php?article349, consulté le 24 juillet 2009.

³⁰ ICBL, *Landmine Monitor Report 2008*, Ottawa, Octobre 2008, p.611

³¹ "Final Report of the Sixth Meeting of States Parties/Zagreb Progress Report," partie II, annexe V, Zagreb, 28 novembre – 2 décembre 2005, p.183.

³² ICBL, *Landmine Monitor Report 2006*, Ottawa, juillet 2006, p.631.

³³ Déclaration du Sénégal au Comité Permanent sur l'Aide aux Victimes et la Réinsertion Socio-Economique, Genève, 26 mai 2009

Résultats obtenus par le processus d'AV

Year	Form J with VA	ISCVA statement	MSPVA statement	VA expert	Survivor on delegation
2005	NO	NO	YES	NO	NO
2006	YES	NO	YES	NO	NO
2007	YES	YES	NO	YES	NO
2008	YES	YES	YES	YES	NO
2009	NO	YES	N/A	YES	NO

Note : Dans son rapport article 7 de 2009, le Sénégal a fourni les données sur les victimes mais n'a pas donné d'informations sur l'aide aux victimes comme les années précédentes.

Le Sénégal a déclaré en 2005 qu' « il attache une grande importance à l'aide aux survivants des mines. »³⁴ L'AV a été intégrée dans la stratégie et les activités d'action contre les mines, mais l'exécution des tâches qui en découlent a été déléguée aux ONG ; aux DPO et aux hôpitaux régionaux. Le financement a été quasi totalement laissé aux ONG internationales, elles-mêmes tributaires de l'allocation intermittente et décroissante de fonds provenant de l'étranger. L'engagement international à fournir un dépannage immédiat n'a pas été accompagné par l'édification pour le long terme d'une capacité chez les autorités nationales ou les fournisseurs des services. Le gouvernement a lancé des plans de restauration de la vie en Casamance. Ces plans prennent en compte, dans une certaine mesure, les besoins des personnes en situation de handicap. Cependant, cette région est restée la moins développée et troublée par le conflit, causant donc des difficultés pour l'AV et les services aux personnes handicapées. Selon des survivants, le gouvernement a manqué de volonté politique (91%) et n'a accru ni son engagement (80% ne voient pas de progrès) ni l'attribution de fonds (84%).

Un personnage officiel du gouvernement a indiqué que le manque de progrès était dû à des difficultés en matière de coordination et a ajouté qu'en 2004 et 2005, les activités d'AV avaient été mises en pratique sur une base *ad hoc*. Ce représentant a ajouté que les attentes du Sénégal, lorsqu'il est devenu un des 26 pays comptant les plus grands nombres de survivants, et donc chargé de la plus lourde responsabilité d'agir mais également des plus grands besoins et espoirs d'aide, ces attentes l'ont obligé à améliorer la coordination. Un deuxième défi à relever pour progresser a été le financement, que le Sénégal espérait aussi suite au processus informel appelé AV26. Jusqu'en mai 2009, ce représentant n'avait pas le sentiment que le Sénégal ait bénéficié du processus AV26, en dépit du fait que cette personne estimait que le gouvernement avait fait la preuve de son engagement à aider les victimes et était donc en droit d'espérer une aide internationale dans les domaines technique et financier.

Dès 2004, des ONG avaient reproché au gouvernement de n'avoir pas de programme civil d'AV, ce qui aurait permis de rechercher une aide internationale afin de suppléer au manque de moyens nationaux.³⁵ Depuis 2005, l'AV a fait partie des attributions des autorités chargées de l'action contre les mines. Cependant, un centre fonctionnel d'action contre les mines (le CNAMS) n'a été installé qu'en 2007. Le CNAMS a reconnu que le temps qu'il a mis à créer la structure d'action contre les mines a causé du retard dans la réalisation des progrès.³⁶ Toutefois, depuis sa création, le CLAMS a consacré en grande partie son attention aux problèmes politiques et au déminage. Les responsabilités au sein du gouvernement dans le domaine des problèmes du handicap sont floues. Il semble cependant que le ministère le plus impliqué dans le handicap soit le Ministère de la Famille, de la Solidarité nationale, de l'Entrepreneuriat féminin et de la Micro Finance. Il existe aussi un Conseiller présidentiel en matière de handicap. Le CNAMS ne travaille pas en liaison avec un autre organisme et a ajouté « chaque ministère agit indépendamment et il n'y a pas de coordination »³⁷

Bien que le CNAMS dépende de la société civile pour la mise en œuvre de ses activités d'AV, les ONG et les DPO ont déclaré n'être pas impliquées dans la coordination de l'AV. Quelques survivants (23%) savaient qui est chargé de coordonner l'AV ; Seuls 14% disaient avoir constaté une meilleure coordination avec les ONG ; et 18% estimaient qu'il y avait une meilleure coordination avec le secteur du handicap. Les survivants n'ont pas été systématiquement impliqués dans la coordination, en dépit du fait que l'un des objectifs du CNAMS consistait à fournir un soutien technique à l'ASVM.³⁸ Quant au

³⁴ Déclaration du Sénégal devant la sixième assemblée des Etats Parties, Zagreb, 30 novembre 2005.

³⁵ ICBL, Landmine Monitor Report 2004, Washington DC, octobre 2004, p.708.

³⁶ Entretien avec Seyni Diop, Directeur de l'AV et de la Sensibilisation aux Risques dus aux Mines, et avec Diogyo Sene, responsable de l'AV au CNAMS, Ziguinchor, 18 mars 2009.

³⁷ Entretien avec Papa Omar Ndiaye, Directeur du CNAMS, 29 mai 2009.

³⁸ Déclaration du Sénégal au Comité Permanent sur l'Aide aux Victimes et la Réinsertion Socio-Economique, Genève, 26 mai 2009.

gouvernement, il n'a accordé aucun soutien financier aux activités d'ASVM. Tandis que des survivants (au travers du travail d'ASVM) étaient davantage impliqués dans la mise en œuvre de l'AV (29% le pensaient), seuls 11% étaient d'avis que les besoins des survivants étaient pris en considération lorsqu'il s'agissait d'établir des priorités en matière d'AV. Un autre groupe de 18% pensait que les survivants étaient inclus dans la coordination tandis que 14% pensaient que les survivants avaient leur mot à dire dans l'élaboration des plans. Seuls 7% croyaient qu'ils étaient régulièrement informés sur les progrès réalisés en matière d'AV.

En 2005, le Sénégal a présenté des objectifs en vue de la mise en œuvre du plan d'action 2005-2009 de Nairobi, mais ils étaient MAL CONÇUS car on n'y fixait aucune échéance ni objectif spécifique. Depuis lors, aucun objectif ou plan révisé n'a été présenté. En 2008, certaines activités planifiées dans le cadre de la stratégie d'action contre les mines ont été esquissées. Toutefois, à nouveau, elles étaient mal définies et sans indication de délai de réalisation. En outre, elles ne s'attaquaient pas à toutes les composantes d'une AV globale (par exemple, le soutien psychosocial ou la législation et les politiques des pouvoirs publics ne s'y trouvaient pas). En 2008-2009, il a été dit plusieurs fois qu'un plan d'AV allait être élaboré et qu'il serait présenté en fin d'année 2009 pour couvrir la période 2009-2014, donc pas la période (2005-2009) examinée ici.³⁹

³⁹Entretien avec Seyni Diop, Directeur de l'AV et de la Sensibilisation aux Risques dus aux Mines, et avec Diogoye Sene, responsable de l'AV au CNAMS, Ziguinchor, 18 mars 2009, et entretien avec Papa Omar Ndiaye, Directeur du CNAMS, 28 mai 2009.

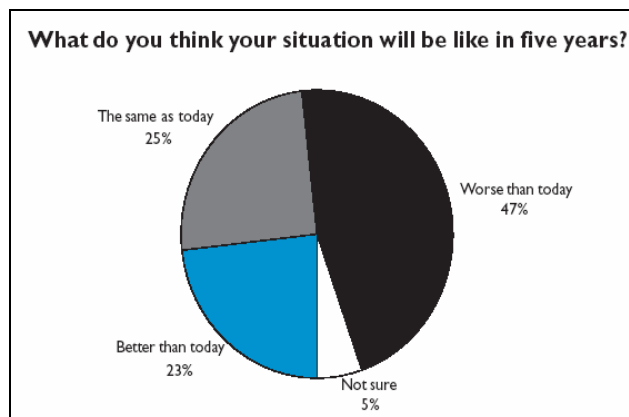
Conclusions

- Le Sénégal demeure dépendant de la présence toujours plus réduite d'organisations internationales pour fournir l'AV en Casamance, et ne s'est pas assez coordonné avec ces organisations.
- L'accès aux services reste problématique, et cela plus particulièrement pour les survivants des zones rurales. Les raisons en sont l'insécurité, la pauvreté de l'infrastructure routière et le coût des services.
- Le Sénégal n'a pas encore développé des mécanismes efficaces de coordination dans les domaines de l'AV et du handicap et n'a pas couplé l'AV au secteur du handicap.
- De plus larges programmes de développement n'ont pas assez pris en compte les besoins des personnes en situation de handicap.
- Le manque de législation sur le handicap a été perçu comme un obstacle, tant par le gouvernement que par les survivants.

Suggestions pour l'avenir

Interrogés sur leurs attentes concernant leur situation dans les cinq prochaines années, 47% des survivants ont répondu qu'ils estimaient qu'elle serait pire qu'aujourd'hui, 25% pensaient qu'elle resterait la même et 23% qu'elle serait meilleure. Pour contribuer à la construction d'un avenir meilleur, les suggestions suivantes peuvent être prises en compte ;

- En urgence, élaborer, mettre en œuvre et surveiller l'exécution un plan pour l'AV et le handicap, en y impliquant systématiquement les survivants, les ONG et les ministères concernés.
- Faire le nécessaire pour que le plan pour l'AV et le handicap s'inscrive en complément des plans gouvernementaux de développement et pour que le plan pour l'AV et le handicap soit utilisé comme outil pour garantir aux personnes handicapées un meilleur accès aux activités contenues dans ces plans de développement.
- Identifier pour les problèmes de l'AV et du handicap un point central bien défini et doté d'un mandat et d'une capacité d'agir suffisants.
- S'assurer que le point central pour l'AV et le handicap établisse des liens entre d'une part le secteur du handicap (les ONG, les DPO et les autres fournisseurs de services) et d'autre part les organes gouvernementaux chargés des problèmes de handicap.
- Veiller à ce que des solutions soient trouvées pour accroître le capacité nationale d'AV, y compris par un financement national, tout en recherchant activement la continuation du financement extérieur en vue de la poursuite des activités des ONG pour le court terme.
- Commencer à édifier la capacité du gouvernement et des ONG nationales pour être à même de prendre en charge les fonctions qui sont actuellement exercées par des organisations internationales.
- Renforcer l'ASVM, y compris en lui fournissant une aide financière, et l'impliquer en tant que partenaire égal dans la planification, la mise en œuvre et le suivi de l'AV et du handicap.





Elisabeth Nassalang, de Basse Casamance
© Patrizia Pompili, Handicap International

Voici leurs réponses, mot pour mot :

La première priorité pour l'AV dans les cinq années à venir est :

- Financer notre réinsertion
- Restaurer nos maisons
- Former et soutenir les survivants
- Nous donner accès à des crédits bancaires
- Nous fournir des soins de santé gratuits
- Créer un lien direct avec les survivants
- Fournir un soutien social et médical
- Satisfaire nos besoins de base comme la nourriture
- Compenser financièrement les blessures
- Améliorer nos conditions de vie
- Donner une formation à la gestion de petites activités génératrices de revenus.

Voici leurs réponses, mot pour mot

Si des pays s'occupaient réellement des survivants, ils devraient :

- Prendre en charge les survivants
- Financer des projets de réinsertion
- Améliorer l'accès aux soins de santé
- Nous aider à survivre
- Financer nos projets
- Renforcer ou réexaminer le système de soutien
- Respecter et appliquer le Traité d'Ottawa
- Ecouter
- Soutenir les soins médicaux et psychologiques
- Assurer des études gratuites pour les jeunes survivants
- Dégager des fonds pour les associations de survivants
- Accorder un soutien global

Ce sont ses mots à elle : L'expérience de vie d'Elisabeth Nassalang

En 2000, Elisabeth Nassalang (alors 35 ans) est partie dans les champs proches de sa maison, au village de Boutoute, Ziguinchor, cueillir des fruits dans l'intention de les vendre. Elle ne se souvient pas du moment où elle a marché sur la mine mais on lui a dit plus tard que c'était là la cause de la perte de ses jambes. Quand Elisabeth a quitté l'hôpital, elle s'est rendue à la maison de son père car son mari l'avait abandonnée et avait emmené avec lui plusieurs de leurs huit enfants. Elisabeth et ses filles étaient sans domicile et ont dû s'en remettre à l'aide des amis et des voisins. Grâce à l'aide de l'ASVM, elle a maintenant une maison et ses fils sont revenus aussi vivre avec elle.

Aidée par un micro-crédit octroyé par une organisation sénégalaise, elle a commencé à tenir un petit commerce, mais ce fut un échec . A nouveau, elle s'est trouvée dépendante de l'aide charitable de ses voisins et d'une aide occasionnelle de l'ASVM. Le plus gros souci d'Elisabeth, ce sont ses enfants et leur éducation, mais elle s'inquiète aussi chaque jour de savoir où elle va trouver à manger pour le lendemain.