

Banque Mondiale

**Formation - Education  
Communication - Culture**

Centre de Ressources pour la Promotion  
des Droits des Personnes Handicapées (CRPH)  
Financé par Open Society Initiative For West Africa  
(OSIWA)

# Etude sur les stratégies de prise en charge et d'intégration socio-économique des personnes handicapées du Sénégal

## RAPPORT FINAL

*FEVRIER 2005*

**Réalisé par :**  
**Monsieur Abdoulaye THIAM**  
**Professeur à l'Ecole Nationale des Travailleurs**  
**Sociaux Spécialisés (ENTSS)**  
**BP : 5057 Dakar - Fann**  
**Tel : Dom. (221) 871 19 45 / Port . 640 45 79**  
**E-mail : [tigurecire@yahoo.fr](mailto:tigurecire@yahoo.fr)**

Adresse : Sicap Liberté 6 Villa n° 6018 Dakar / BP : 7520 Médina  
Tel & Fax (221) 867-17-05 / GSM (221) 687-64-11  
Récépissé n° 10370 / MINT/DAGAT/DEL/AS  
E-mail : [formeducph@sentoo.sn](mailto:formeducph@sentoo.sn)

**TRAVAIL SUPERVISE ET VALIDE  
PAR LE COMITE DE PILOTAGE CI-APRES :**

Monsieur **Oumar DIOP**,

Président de l'Association **Handicap FormEduC** et Coordinateur du Centre de Ressources pour la Promotion des Personnes Handicapées

Tél. (221) 867 17 05 / 695 19 19

Email : [oumardiophfe@yahoo.fr](mailto:oumardiophfe@yahoo.fr) / [oumardiophfe@sentoo.sn](mailto:oumardiophfe@sentoo.sn)

Monsieur **Amadou Cisse**,

Chargé de programmes à l'ONG Forut Sénégal

Tél. (221) 821 07 71 / 687 42 35

Email : [amadou@forut-senegal.org](mailto:amadou@forut-senegal.org)

Monsieur **Djibril SOW**,

Chargé de programmes au Bureau de l'IAR de Dakar

Tél. (221) 822 25 28 / Email : [iar@sentoo.sn](mailto:iar@sentoo.sn)

Monsieur **Santi Sène HAGNE**,

Président de CORIPH

Tél. (221) 680 81 81 / Email : [santihagne@hotmail.com](mailto:santihagne@hotmail.com)

Madame **Coumba WADE**,

Assistante Sociale à la Direction de l'Action Sociale du Ministère de la Femme, de la Famille et du Développement Social

Tél. (221) 821 63 48 / Email : [coumbawadem@yahoo.fr](mailto:coumbawadem@yahoo.fr)

Monsieur **Daouda BA**,

Chargé de programmes à l'ONG ADPES

Tél. (221) 827 58 47 / Email : [adpes@sentoo.sn](mailto:adpes@sentoo.sn)

Madame **Julie VANDOMELEN**,

Bureau des Opérations de la Banque Mondiale de Dakar

Tél. (221) 849 50 00 / Email : [jvandomelen@worldbank.org](mailto:jvandomelen@worldbank.org)

Monsieur **Ibrahima DIA**

Cellule de Suivie du Programme de Lutte

contre la Pauvreté(CSPL), Ministère de l'Economie et des Finances

Tel : (221) 889 21 66 / E-mail : [csplp@yahoo.fr](mailto:csplp@yahoo.fr)

Madame **Khaldiata LO NDIAYE**

Directrice Générale de l'Agence du Fond de Développement Social (AFDS)

Tel : (221) 865 22 56 / E-mail : [afds@sentoo.sn](mailto:afds@sentoo.sn)

## Table des sigles et abréviations

ADPES	Association pour la Dynamique de Progrès Economique et Social
ADVAA	Association des Déficients visuels et aveugles d'Afrique
AHMS	Association Nationale des Handicapés moteurs du Sénégal
ANAMMIS	Association Nationale des Anciens Militaires Mutilés et Invalides du Sénégal
ANASSEN	Association nationale des Sourds du Sénégal
ANLB	Association nationale des Lépreux Blanchis
ARHMS	Association Régional des Handicapés Moteurs de saint Louis
ARHMZ	Association Régional des Handicapés Moteurs de Ziguinchor
ASACASE	Association Sénégalaise pour l'Appui à la Création d'Activités Socio-économiques
ASAL	Association Sénégalaise d'Aide aux Lépreux
ASVM	Association Sénégalaise des Victimes de Mines
AFDS	Agence du fonds de Développement Social
BM	Banque Mondiale
CNAO	Centre National d'Appareillage Orthopédique
CRPH	Centre de Ressources pour la Promotion des Droits des Personnes Handicapées
CPRS	Centre de Promotion et de Réinsertion Sociale
DAS	Direction de l'Action Sociale
DASS	Direction de l'Action Sanitaire et Sociale
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ENTSS	Ecole Nationale des travailleurs Sociaux Spécialisés
FNASS	Fondation Nationale d'Action Sociale du Sénégal
FSAPH	Fédération Sénégalaise des Associations de Personnes Handicapées
HI	Handicap International
INEFJA	Institut National d'Education et de Formation des Jeunes Aveugles
MFSSN	Ministère de la Famille du Développement Social et de la Solidarité Nationale
ONAC	Office National des Anciens Combattants
OSIWA	Open Society Initiative for West Africa
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPH	Organisation de Personnes Handicapées
PAPH	Projet d'Appui aux Personnes Handicapées
PH	Personnes Handicapées
PCT	Polychimiothérapie
PDEF	Plan Décennal de l'Education et de la Formation
UCAD	Université Cheikh Anta Diop de Dakar
UNAS	Union Nationale des Aveugles du Sénégal
VRS	Village de Reclassement Social

## TABLE DES MATIERES

	<b>PAGES</b>
<b>Table des sigles et des abréviations</b>	
<b>Introduction</b>	<b>3</b>
<b>I- Problématique et objet de l'étude</b>	<b>7</b>
1-1 Contexte de l'étude	8
1-2 Objectifs de l'étude	11
1-2-1 Objectif général	11
1-2-2 Objectifs spécifiques	11
1-2-3 Résultats attendus	11
<b>II- Méthodologie</b>	<b>5</b>
2-1 Cadre d'étude	16
2-1-1 Présentation de quelques institutions chargées au Sénégal	16
2-1-1-1 La Direction de l'Action Sociale	16
2-1-1-2 Les collectivités locales	17
2-1-1-3 Les organisations non gouvernementales	17
2-1-1-4 Les organisations de personnes handicapées	17
2-2 Population de l'enquête	18
2-3 Stratégie de recherche	18
2-3-1 Recherche documentaire	18
2-3-2 Méthodologie et techniques d'échantillonnage	19
2-3-3 Instruments de collecte des données	19
2-4 Déroulement de l'enquête	20
2-4-1 Calendrier	20
2-4-2 Difficultés	20
<b>III- Présentation et analyse des données de l'enquête</b>	<b>22</b>
3-1 Identification des organisations de personnes handicapées	23
3-1-1 Présentation de quelques organisations de personnes handicapées	23
3-1-2 Analyse des besoins et difficultés des personnes handicapées et de leurs organisations	27
3-2 Analyse des logiques de prise en charge et d'intégration socio-économiques des personnes handicapées	29
3-2-1 Périodes d'implantation des institutions d'appui des PH	29

3-2-2 Les catégories de PH ciblées par les intervenants	30
3-2-3 Les zones d'interventions des institutions de prise en charge	32
3-2-4 Les moyens d'intervention déployés en faveur des personnes handicapées	33
3-2-4-1 Les moyens humains	33
3-2-4-2 Les moyens financiers	34
3-2-5 Les approches et stratégies des intervenants	36
3-2-5-1 Les approches privilégiées par les intervenants	36
3-2-5-2 Les stratégies développées par les intervenants	38
3-2-5-2-1 Les stratégies de renforcement des capacités	38
3-2-5-2-2 L'intégration des PH par le microcrédit	39
3-5-2-3 La réadaptation des personnes handicapées	40
3-5-2-4 Les activités d'IEC menées en faveur des PH	42
3-2-6 Le suivi et l'évaluation des activités menées en faveur des PH	43
<b>IV- Constat et recommandations</b>	<b>46</b>
4-1 Constat	47
4-1-1 Au niveau de l'environnement interne	47
4-1-1-1 Forces des personnes handicapées	47
4-1-1-2 Faiblesses au niveau des personnes handicapées	47
4-1-2 Au niveau de l'environnement externe	47
4-1-2-1 Opportunités	47
4-1-2-2 Insuffisances	48
4-2 Recommandations	49
4-2-1 Principes directeurs	49
4-2-2 Axes stratégiques	49
4-2-2-1 Amélioration de l'environnement des PH	49
4-2-2-2 Renforcement des capacités	50
4-2-2-3 Plaidoyer pour la promotion et la protection des droits des personnes handicapées	51
4-2-2-4 Suivi et évaluation des actions menées en faveur des personnes handicapées	51
4-2-3 Matrice des principales recommandations	53
Références bibliographiques	55
Annexes	56

## INTRODUCTION

Depuis 25 ans, la prise en charge et l'intégration des personnes handicapées mobilisent les responsables des différents gouvernements du monde entier.

C'est ainsi que le Programme d'action mondial, adopté par les Nations Unies en 1982, a pour principale visée la pleine participation et l'égalisation des chances pour les personnes handicapées.

L'atteinte de cet objectif requiert évidemment des efforts particuliers pour dépasser les modèles de prise en charge médicosociaux valorisés par les Etats africains au début des années 1970.

Au Sénégal, l'isolement et le cantonnement dans les lazarets et les villages de reclassement social furent le mode de prise en charge des malades mentaux et des lépreux qui étaient jugés, à l'époque, dangereux pour la santé publique. Aussi, les pouvoirs publics avaient-ils voté et promulgué une kyrielle de textes législatifs et réglementaires pour, soit disant, prendre en charge certaines catégories de personnes handicapées ; on peut citer, entre autres :

- la loi 75-80 du 9/7/1975 et son décret d'application 75-1093 du 23/10/1975 relatifs à l'internement des « aliénés » mentaux dans les villages psychiatriques ;
- la loi 76-03 du 25/3/1976 et son décret d'application 78-542 du 16/6/1978 relatifs à l'internement dans les villages de reclassement social des malades de la lèpre.

L'environnement et les obstacles socio-économiques ont donc été les principales limites à la pleine participation et à l'égalisation des chances des personnes handicapées.

Les avancées scientifiques telles que la polychimiothérapie, l'appareillage orthopédique moderne, ne permettraient plus, qu'une personne en situation de handicap ne puisse pas accéder aux services sociaux de base offerts à la plupart des membres de la société.

La marginalisation des personnes handicapées qui seraient amenées à vivre à la charge de leurs parents ou grâce à la mendicité, constitue un coût souvent insupportable à long terme pour l'intéressé lui-même et son entourage.

L'approche droit reconnaît à la personne handicapée les mêmes opportunités d'épanouissement personnel et d'intégration socioprofessionnelle que la personne qui ne vit pas avec un handicap.

Les règles standards des Nations Unies portant égalisation des chances pour les personnes handicapées recommandent l'engagement de tous les acteurs à lutter contre les freins à l'intégration socio-économique de ces membres à part entière de la société.

Il faut, par conséquent, proscrire :

- l'approche institutionnelle de cantonnement qui limite l'intégration ;
- les textes obsolètes et inadaptés ;
- la stigmatisation des personnes handicapées.

C'est le but recherché par le programme intitulé « Faciliter l'accès des personnes handicapées aux services sociaux de base », fruit du partenariat entre la Banque mondiale et l'Association HANDICAP FormEduC.

La présente étude qui est un volet de ce programme, devrait susciter la prise en compte des personnes handicapées par chaque projet ou programme qui s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du SRP. Il serait souhaitable également de privilégier les approches inclusive, partenariale et participative pour favoriser l'intégration des personnes handicapées dans un milieu de vie ordinaire.

Le présent document tentera d'aborder :

- dans une première partie, la problématique et l'objet de l'étude ;
- la méthodologie utilisée pour les besoins de l'enquête, dans une seconde;
- dans une troisième, l'analyse des résultats de l'enquête et enfin, dans une quatrième, de faire un constat et des recommandations sous forme d'axes stratégiques devant permettre une intégration socio-économique effective des personnes en situation de handicap.

# **PREMIERE PARTIE**

## **PROBLEMATIQUE ET OBJET DE L'ETUDE**

## 1-1 CONTEXTE DE L'ETUDE

En 1975, le nombre de personnes affectées d'une incapacité (communément appelées personnes handicapées) était estimé à 12,3% de la population mondiale.

Compte tenu de ce pourcentage inquiétant, l'Organisation des Nations Unies avait déclaré 1981, Année Internationale des Personnes Handicapées. Elle a adopté par la même occasion le slogan " pleine participation et égalité".

Tout en exhortant ses états membres à prendre en considération les droits de ces catégories de personnes, l'ONU définit pour la première fois le handicap comme : « ***une incapacité et une diminution de la mobilité qui peut être provoquée par l'âge, par la maladie ou encore être la conséquence d'un accident, pouvant limiter les chances que la personne intéressée et sa famille ont de participer pleinement à la vie de la communauté*** ».

Ainsi, pour mieux promouvoir la personne en situation de handicap dans les politiques et programmes de ses membres, les nations unies ont également déclaré 1983-1992, décennie des personnes handicapées. Cette décennie a enregistré des avancées considérables parmi lesquelles on peut noter, entre autres:

- l'information et la sensibilisation sur la problématique du handicap ;
- la création de plusieurs organisations et structures de promotion et d'intégration des personnes handicapées;
- la baisse de la stigmatisation des personnes handicapées grâce à l'adoption des Règles standards pour l'égalisation des chances.

C'est dans la même lancée que l'OUA a déclaré 1999-2009, décennie africaine des personnes handicapées, et créé en 1981 l'Institut Africain de Réadaptation (IAR).

Au Sénégal, le Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1988 avait dénombré les personnes handicapées à 134 792. Ce chiffre, jugé peu fiable par l'ensemble des acteurs du secteur, a amené la Direction de l'Action Sociale, l'une des principales structures de prise en charge des personnes handicapées, à les estimer en 1996 à 10% de la population totale du Sénégal, soit 800 000 individus répartis comme suit :

- 32,76 % de handicapés moteurs ;
- 16,60 % de handicapés visuels ;
- 50,64 % des autres catégories, notamment les sourds-muets, albinos, malades mentaux, hanséniens (lépreux lésionnels), victimes des mines, etc.

Dans le secteur de la santé et de l'action sociale, le gouvernement a, depuis le début des années 1980, pris en charge la réadaptation fonctionnelle et l'aide sociale aux personnes en situation de handicap. Ainsi, des centres de promotion et de réinsertion sociale et des structures d'appareillage ont été créés successivement à Dakar et dans les régions.

Dans le domaine de l'éducation, l'Institut national d'éducation et de formation des jeunes Aveugles du Sénégal (INEFJA) fut créé en 1982.

D'autres structures furent également créées par les organisations de personnes handicapées et de la société civile à côté de celles de l'Etat.

Plus récemment, compte tenu des problèmes prioritaires auxquels elles étaient toujours confrontées, le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) a mentionné les personnes handicapées comme des cibles prioritaires. Ainsi, dans le cadre d'une approche inclusive, les projets de lutte contre la pauvreté, à l'instar de l'Agence du Fonds de Développement Social (AFDS) et du Fonds National de Promotion des Jeunes (FNPJ), ciblent désormais les personnes handicapées.

Par ailleurs, depuis 1994, une filière de formation et réinsertion des personnes handicapées est ouverte au premier cycle de l'Ecole Nationale des Travailleurs Sociaux Spécialisés (ENTSS).

Les personnes handicapées elles-mêmes ont déployé beaucoup d'efforts en créant plusieurs organisations pour leur propre promotion et, pour la première fois en 1997, une structure nationale regroupant plus de 20 associations est née : la Fédération sénégalaise de personnes handicapées (FSAPH).

La prise en charge et l'intégration socio-économique des personnes handicapées serait donc une préoccupation de l'Etat et de tous les acteurs du secteur. Aussi plusieurs stratégies auraient été développées, en suivant l'évolution des idées.

La Direction de l'Action Sociale qui était la principale structure de prise en charge, a privilégié de 1960 à 1997 l'aide ponctuelle en nature ou en espèces, destinée aux personnes handicapées ayant formulé des demandes de secours individuels ou d'appareillage. Le décret 60-245/MAS du 13 juillet 1960 portant réglementation des secours dans la République du Sénégal est toujours en vigueur.

La Fondation Nationale d'Action Sociale du Sénégal (FNASS) a eu à financer, quant à elle, la création et l'équipement de structures telles que l'INEFJA de Thiès et le Centre Talibou Dabo de grand Yoff.

Les préoccupations liées à l'intégration des personnes handicapées seraient par contre très récentes au Sénégal. En effet, le gouvernement, à travers la même Direction de l'Action Sociale, a démarré le financement de microprojets en 1998. Parallèlement à l'Etat, plusieurs ONG ont permis la mise en œuvre de plusieurs projets en faveur des personnes handicapées parmi lesquels COOPI (ANHMS/ Cooperazione Internazionale), HandiTic (Forut Sénégal/ CRDI / UNIFEM), le Centre des Ressources pour la Promotion des droits des Personnes Handicapées (OSIWA/ Mairie de Dakar/ HANDICAP FormEduC, le Projet d'Appui aux Personnes Handicapées (Partenariat avec Saint Louis et sa région), les centres de réadaptation fonctionnelle de Mbour, Tivaouane et Thiès (Sénégal Hilfe Verein), etc.

Ainsi, on est donc passé des politiques de prise en charge à celles d'intégration socio-économique.

L'intégration, selon Pierre Oléron (*L'Education des enfants physiquement handicapés*, Paris, PUF, 1976), pourrait être considérée sous trois angles :

- l'intégration personnelle, c'est à dire l'adaptation de l'individu aux conditions particulières de la vie résultant d'un déficit. Dans le cas de l'adulte, on parlerait de réadaptation.

A ce propos, certains experts du secteur ayant une *approche droit* pensent aujourd'hui que les autres membres de la société devraient plutôt s'adapter en assurant aux personnes handicapées une accessibilité dans le but d'une pleine participation ;

- l'intégration sociale et culturelle est une forme aboutie qui permet au citoyen handicapé de nouer des relations désintéressées avec les autres ;

- l'intégration économique permet à l'individu d'assurer sa subsistance et de jouer un rôle productif dans la société. L'intégration, en définitive, crée une autonomie de la personne handicapée.

Par ailleurs, la prise en charge de personnes en situation de handicap ne saurait être considérée comme un accueil à l'internat en milieu rural. Il ne s'agit plus d'isoler mais d'intégrer effectivement la personne handicapée au sein de la société. A cet effet, plusieurs professionnels se plaisent à parler d'actions positives et d'accompagnement en vue d'une intégration socio-économique. En clair, la plupart des acteurs seraient actuellement convaincus que la loi 76-03 du 25/3/1976 et son décret d'application 78-

542 du 16/6/1978 qui faisaient des villages de reclassement social le meilleur modèle de prise en charge de l'époque, ont montré leurs limites.

Ainsi, des comités chargés de se pencher, entre autres, sur l'élaboration d'une loi d'orientation sociale, l'abrogation ou la modification de certains textes législatifs et réglementaires sont à pied d'œuvre depuis quelques temps.

De ce point de vue, au Sénégal, quels que soient les efforts consentis de part et d'autre, les personnes handicapées se trouvent généralement dans une situation de précarité et de dépendance. On note généralement leur croît démographique, un cadre de vie inadéquat, une forte prévalence du chômage, l'insuffisance de structures spécialisées dans leur prise en charge, un accès très difficile aux services sociaux de base et l'absence de programmes spécifiques pouvant satisfaire leurs besoins et résoudre de manière durable leurs problèmes.

Cette situation qui constitue un obstacle majeur limitant l'autonomie des personnes handicapées a conduit le gouvernement du Sénégal, pour la première fois depuis la célébration de l'Année Internationale des Personnes Handicapées (AIPH), à organiser le 30 octobre 2001 un Conseil Interministériel consacré à leur prise en charge et leur intégration.

Cependant, malgré les 19 directives données par le Premier Ministre lors de ce conseil pour favoriser l'égalisation des chances et l'autonomie des personnes handicapées, les rues des grandes villes continuent toujours d'accueillir des citoyens de tout âge assis sur des fauteuils roulants, des aveugles accompagnés par de petits enfants, des albinos, etc.

Aussi, l'axe stratégique du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) relatif à la protection et la promotion sociale des groupes vulnérables, la prise en charge et l'intégration socio-économique des personnes en situation de handicap, montre que les personnes handicapées restent toujours un groupe cible dont les problèmes et besoins seraient une préoccupation majeure du gouvernement du Sénégal et celle des acteurs du secteur.

Les personnes handicapées ont donc des droits, au même titre que tous les autres hommes. Seulement, leur différence liée à la déficience d'une partie et/ou de la totalité de leurs capacités motrices, sensorielles, intellectuelles ou physiques a amené leurs organisations et la communauté mondiale à identifier et adopter des droits et dispositions spécifiques pour assurer leur pleine intégration à tous les actes de la vie. Ces droits, proclamés par les Nations Unies à travers plusieurs textes dont le plus

récent est constitué des 22 règles, postulent pour une égalisation des chances des Personnes Handicapées qui tiennent compte de leurs besoins spécifiques.

Le droit à l'éducation reste encore un problème qu'au Sénégal dans la mesure où des enfants ayant un handicap sensoriel (visuel ou/et verbo-auditif), intellectuel ou moteur, ont peu de chances de trouver une place dans une école spécialisée. Il est vrai que l'Education Intégratrice est en train d'être promue, mais encore faudrait-il que les écoles ordinaires remplissent les préalables pour accueillir des enfants à Besoins Educatifs Spéciaux (BES).

Le droit à la santé est encore un enjeu réel. En effet, force est de constater que les personnes handicapées accèdent difficilement aux structures sanitaires.

L'emploi est aussi le secteur le plus problématique car les personnes en situation de handicap n'oseraient même plus postuler à des emplois, sachant que même s'ils ont le profil recherché, systématiquement ils ne passeraient pas l'épreuve de l'entretien.

C'est le cas des femmes et jeunes filles handicapées qui, en plus d'avoir les mêmes problèmes que leurs autres sœurs non handicapées, rencontrent plusieurs difficultés en matière de santé (maternité à risque, viol et exploitation sexuelle) et autres préjugés.

C'est pourquoi, pour beaucoup de ces gens, il n'y a d'autres alternatives que la mendicité, même si elle fait perdre la dignité.

En vue d'une solidarité à la fois synchronique et diachronique, les personnes handicapées devraient pouvoir participer à titre égal à tous les domaines essentiels de la vie, qu'il s'agisse d'accessibilité, d'enseignement, d'emploi, de maintien des revenus et de sécurité sociale, de vie familiale et de plénitude de la vie personnelle, de culture, de religion, de loisirs ou de sports. Quand aura été réalisée une participation égale dans ces domaines, la qualité de leur vie serait améliorée.

Dès lors la question qu'on se pose est : ***comment intégrer les personnes handicapées du Sénégal dans la vie économique et sociale?***

Le but de cette étude est d'identifier les activités des structures de l'Etat et des ONG qui ont permis, avant et après le Conseil Interministériel du 30 octobre 2001, aux personnes et à leurs organisations d'accéder à des services sociaux de bases et contribué à les rendre autonomes.

## **1-2 OBJECTIFS DE L'ETUDE**

### **1-2-1 OBJECTIF GENERAL**

Contribuer à l'amélioration de la prise en charge et l'intégration socio-économique des personnes handicapées au Sénégal.

### **1-2-2 OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- Identifier les différents intervenants ayant des stratégies de prise en charge et d'intégration socio-économique des personnes handicapées.
- Identifier les stratégies développées depuis 1994 par l'Etat, les organismes du système des Nations Unies et les ONG permettant de rendre autonomes les personnes handicapées et leurs familles.
- Répertorier les activités menées au Sénégal en faveur des personnes handicapées par les structures de l'Etat, les administrations, collectivités locales de Dakar, Ziguinchor et Saint-Louis et les organismes du système des Nations Unies et les ONG depuis 1994.
- Identifier les insuffisances des stratégies et activités socio-économiques menées au Sénégal en faveur des personnes handicapées depuis 1994.
- Proposer des stratégies permettant aux personnes handicapées et aux membres de leurs familles d'être autonomes.

### **1-2-3 RESULTATS ATTENDUS**

- Les différents intervenants au Sénégal ayant des stratégies de prise en charge et d'intégration socio-économique des personnes handicapées, identifiés.
  - Les stratégies, approches, cibles, zones géographiques couvertes et les moyens (humains, logistiques et financiers) développés depuis 1994 par l'Etat, les organismes du système des Nations Unies et les ONG permettant de rendre autonomes les personnes handicapées et leurs familles, identifiés.
  - Les activités menées au Sénégal en faveur des personnes handicapées par les structures de l'Etat, les administrations, collectivités locales de Dakar, Ziguinchor et Saint-Louis, et les organismes du système des Nations Unies et les ONG depuis 1994, répertoriées.
  - Les insuffisances des stratégies et activités socio-économiques menées au Sénégal en faveur des personnes handicapées depuis 1994, identifiées et analysées.

- Les systèmes de suivi-évaluation et les résultats obtenus par les structures de l'Etat, les administrations, collectivités locales de Dakar, Ziguinchor et Saint-Louis, et les organismes du système des Nations Unies et les ONG, depuis 1994, répertoriés et analysés
- Des stratégies permettant aux personnes handicapées et aux membres de leurs familles d'être autonomes, proposées.
- Un document rapport final de l'étude avec des recommandations de stratégies et approches, permettant de favoriser l'autonomie des personnes handicapées et les membres de leurs familles, disponible.

## **DEUXIEME PARTIE**

### **METHODOLOGIE**

## **2-1 CADRE D'ETUDE**

Concernant les aspects urbains, les villes de Dakar, Mbour, Saint Louis, Thiès et Ziguinchor ont été choisies comme une partie essentielle du cadre d'étude, eu égard à l'importance des données démographiques et au nombre de structures de prise en charge et d'intégration des personnes handicapées.

Pour les aspects ruraux, le département de Mbour avec les villages de Ndiagianiao et de Mballing ont été retenus, de même que le village de reclassement social de Djibélor dans le département de Ziguinchor.

### **2-1-1 Présentation de quelques institutions chargées de la prise en charge des personnes handicapées au Sénégal :**

#### **2-1-1-1 La Direction de l'Action Sociale (DAS) :**

La Direction de l'Action Sociale a pour mission de concevoir, d'élaborer et de mettre en œuvre la politique d'action sociale de l'Etat du Sénégal sur toute l'étendue du territoire national. A ce titre, elle est chargée, entre autres, de :

- promouvoir l'insertion socio-économique des groupes vulnérables ;
- orienter et suivre les programmes d'action sociale et de solidarité nationale mis en œuvre par les ONG, associations ainsi que tout intervenant dans le domaine.

Elle comprend au niveau central 4 divisions dont celle chargée de la promotion sociale des personnes handicapées. Cette division est compétente en matière de sensibilisation, de réadaptation, d'insertion et de réinsertion socio-économique des personnes handicapées.

La DAS est dotée de services techniques déconcentrés ; il s'agit des 42 centres de promotion et de réinsertion sociale (CPRS) répartis de manière inégale sur l'ensemble du territoire national :

<b>Région</b>	<b>Nombre de CPRS</b>	<b>Localisation</b>
Dakar	12	Médina, Liberté 3A, Liberté 3B, Gibraltar, Fass de Lorme, Yoff, Pikine, Thiaroye, Diameguène, Rufisque, Bambylor, Yenne.
Thiès	5	Takhikao et Route Saint Louis (Thiès), Khombole, Mbour, Jaol.
Fatick	5	Fatick, Gossas, Sokone, Foundiougne, Dioffior.

Saint Louis	5	Ndiolofène, Ndar Toute et Léôna Eaux Claires (Saint Louis), Dagana, Podor.
Kaolack	4	Kasnack (Kaolack), Kougheul, Nioro, Kaffrine.
Ziguinchor	3	Ziguinchor, Bignona, Oussouye.
Diourbel	3	Diourbel, Mbacké, Bambey.
Louga	3	Louga, Kébémér, Linguère.
Tambacounda	1	Tambacounda.
Kolda	1	Kolda.
Matam	0	-

### **2-1-1-2 Les collectivités locales :**

Les collectivités locales sont les régions, les communes de villes ou d'arrondissement et les communautés rurales. Ces institutions, avec la loi 96-07 du 22 mars 1996, ont neuf domaines de compétences transférées : santé et action sociale, éducation, habitat, etc. Les collectivités locales sont de ce fait compétentes en matière de prise en charge et d'intégration des personnes handicapées.

### **2-1-1-3 Les organisations non gouvernementales :**

Régies par le 96-103 du 8 février 1996, les ONG sont des associations ou organismes privés régulièrement déclarés, à but non lucratif et ayant pour objet d'apporter leur appui au développement. Elles ont une mission d'assistance et de secours aux populations et, à ce titre, sont des auxiliaires de l'Etat.

Certaines ONG mènent au Sénégal des actions auprès des personnes handicapées et servent parfois de relais entre les bailleurs de fonds et les populations ciblées.

### **2-1-1-4 Les organisations de personnes handicapées :**

- La Fédération Sénégalaise des Associations de Personnes Handicapées : née en 1997 de la volonté des responsables des associations de personnes handicapées et à la demande du gouvernement, elle a été officiellement reconnue le 12 décembre 1999 par le Ministère de l'Intérieur suivant le récépissé n°9934/M.INT./DAGAT/DEL/AS. Elle sert de cadre de concertation et de partenariat entre, d'une part, les associations de personnes handicapées et, d'autre part, l'Etat, les institutions d'appui et les organisations de personnes handicapées,

- Les associations des personnes handicapées : elles sont régies par la loi 68-08 du 26 mars 1968 portant code des obligations civiles et commerciales et le décret 76-040 du 16 mars 1976 relatif aux associations sportives et culturelles.

Les associations nationales obtiennent leur récépissé de déclaration auprès du Ministère de l'Intérieur. Par contre, les associations régionales sont déclarées depuis 1997, avec l'avènement de la régionalisation, auprès des gouverneurs.

## **2-2 POPULATION D'ENQUETE**

La population d'enquête est constituée des structures de l'Etat (administrations et collectivités locales), des ONG et des associations de personnes handicapées, intervenant dans la prise en charge des personnes en situation de handicap au niveau des régions de Dakar, Saint Louis, Thiès et de Ziguinchor. Au total, 33 organisations de personnes handicapées et institutions intervenant dans le secteur ont été ciblées par l'enquête :

- Seize (16) organisations de personnes handicapées (la fédération sénégalaise des associations de personnes handicapées et des organisations affiliées ou non membres, cf. liste en annexe);
- Deux (2) villages de reclassement social (Djibélor à Ziguinchor et Mballing à Mbour) où les populations membres des comités locaux de développement ont été ciblées à travers des focus groupe;
- Trois (3) structures administratives : DAS, INEFJA et le centre Talibou Dabo ;
- Une (1) collectivité locale : la ville de Dakar et plus particulièrement la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale (DASS);
- Trois (3) centres gérés par les personnes handicapées : le CRPH et les centres de réadaptation fonctionnelle des personnes handicapées moteurs de Thiès et de Mbour ;
- Un (1) centre de réadaptation fonctionnelle, privé, à Ndiagianio dans le Département de Mbour;
- Sept (7) ONG : ADPES, ASACASE, DAHW, Forut Sénégal, Handicap International, Partenariat avec Saint-Louis et sa région de même que la RADDHO.

## **2-3 STRATEGIE DE RECHERCHE**

La stratégie a été axée sur la recherche documentaire, la méthode et les techniques d'échantillonnage ainsi que sur les instruments d'enquête.

**2-3-1 Recherche documentaire :** elle a été effectuée au niveau de certaines bibliothèques et structures de Dakar : l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Sociale, l'Institut Africain de Réadaptation, l'Ecole Nationale des travailleurs sociaux

spécialisés, l’OMS, UNESCO, Forut Sénégal, BIT, la Direction de l’Action Sociale et le Centre de Ressources pour la Promotion des Personnes Handicapées. Il s’agissait de recueillir des données relatives aux stratégies, approches, cibles, zones d’intervention, activités et moyens mis en œuvre.

**2-3-2 Méthode et techniques d’échantillonnage et de traitement des données:** Par manque de bases de sondage fiables sur les personnes handicapées, nous avons opté pour la méthode non probabiliste par le biais d’une enquête non exhaustive. La **technique d’échantillonnage de convenance** et celle **de choix raisonné** ont été utilisées.

La convenance s’explique par le fait que la plupart des cibles de l’enquête se trouvent dans les départements de Dakar, Saint Louis, Thiès, Mbour et Ziguinchor.

Le choix raisonné est fondé sur le fait que nous ne cherchons pas à aboutir sur des données quantitatives mais plutôt qualitatives. Ainsi nous avons raisonné sur la base des caractéristiques des cibles, c’est-à-dire des organisations de personnes handicapées et des institutions chargées de leur prise en charge et de leur intégration. Le choix raisonné consiste donc à orienter l’enquête vers des personnes, des organisations ou institutions et des zones d’intervention précises.

Nous avons donc bâti notre enquête sur un échantillon diversifié qui repose sur la sélection de composantes non strictement représentatives mais caractéristiques de la population des personnes handicapées et des structures de prise en charge.

Pour le traitement des données du questionnaire, nous avons utilisé le logiciel SPSS. Ainsi, pour l’exploitation nous avons eu recours à un tri croisé pour obtenir des tableaux à plusieurs entrées avec comme variable fixe les effectifs des structures enquêtées et d’autres variables pour la seconde entrée, selon les données recueillies.

**2-3-3 Instruments de collecte des données :** conscients de la rigueur scientifique nécessaire à l’étude, un guide d’entretien a été utilisé parallèlement à un questionnaire. Le guide a permis d’avoir des entrevues avec les responsables des associations et des groupes de personnes handicapées ; il comporte les thèmes relatifs à la présentation de l’organisation ( date de création, membres, principales activités et difficultés), les partenaires de l’organisation de personnes handicapées et leurs domaines d’intervention. Au total, 16 organisations de personnes handicapées et 2 villages de reclassement social ont été ciblés.

Le questionnaire a été administré aux 15 responsables des structures de l’Etat, ONG et structures intervenant en faveur des personnes handicapées ; le questionnaire comprend sept (7) variables (identification, cibles, approches, stratégies, zones d’intervention, moyens d’intervention, suivi-évaluation) et 44 questions ouvertes ou fermées.

Nous avons opéré une administration indirecte du questionnaire ; le guide d'entretien a fait l'objet d'entrevue avec des responsables d'organisations de personnes handicapées mais également de focus groupe avec des personnes handicapées membres des organisations ou habitants des villages de reclassement social ciblés.

## **2-4 Déroulement de l'étude :**

L'étude a été menée du 24 Novembre 2004 au 5 Janvier 2005 ; elle a été réalisée par le consultant contractuel sous la supervision d'un comité de pilotage.

### **2-4-1 Calendrier d'exécution de l'étude**

<b>PERIODE</b>	<b>ACTIVITES</b>	<b>LIEU</b>
24 Novembre au 1er Décembre 2004	Recherche documentaire	Dakar
2 Décembre au 8 Décembre 2004	Recherche documentaire et Enquête	Ziguinchor
Du 9 au 11 décembre 2004	Recherche documentaire et Enquête	Saint Louis
Du 13 au 17 Décembre 2004	Recherche documentaire et Enquête	Thiès, Mbour, Mballing et Ndiagianiao
Du 20 au 29 Décembre 2004	Enquête	Dakar
Du 30 Décembre 2004 au 5 janvier 2005	Exploitation des données de l'enquête et rédaction du rapport provisoire	Dakar

### **2-4-2 Difficultés de l'enquête**

Les difficultés ont été notées au moment de réaliser l'enquête notamment à Dakar où la mobilité urbaine n'est pas facile. Il nous a souvent fallu plus de deux jours pour obtenir un rendez-vous au niveau de certaines institutions où l'administration des questionnaires a également pris plus de temps que prévu.

Les entretiens individuels et focus groupe auprès des personnes handicapées ont été plus faciles même si la mobilité de ces derniers a eu des incidences sur le temps initialement prévu pour effectuer l'enquête à Dakar et Thiès.

# TROISIEME PARTIE

## **PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES DE L'ENQUETE**

## 3-1 Identification des organisations de personnes handicapées

### 3-1-1 Présentation de quelques organisations de personnes handicapées

ORGANISATION	DATE DE CREATION	MEMBRES	PRINCIPALES ACTIVITES	DIFFICULTES	PRINCIPAUX PARTENAIRES	
					LISTE	DOMAINES D'INTERVENTION
Fédération Sénégalaise des Associations de Personnes Handicapées (FSAPH)	12/12/1997  Récépissé n°9934/M.INT./DAGAT/DEL/AS du 3/4/1999	25 associations nationales et 5 associations locales	Représenter les associations membres auprès de l'Etat, des organisations régionales et internationales de PH ; coordonner les activités nationales en faveur des PH ; appuyer l'éducation, la formation, l'insertion et la réinsertion des PH ; organiser des activités de renforcement de capacités, de sensibilisation et de mobilisation sociale ; rechercher des financements de projet ; favoriser la prise en charge et l'intégration socio-économique des PH ; appuyer le gouvernement dans sa politique de promotion, d'insertion et de réinsertion des PH.	Insuffisance des moyens de fonctionnement ; locaux du siège étroits et difficilement accessibles aux personnes handicapées.	MFDDSN ;	-Appui institutionnel ; - Financement de microprojets ; - Mise à disposition d'un siège social ; - Subventions et aides ponctuelles et appareillage des membres.
					Ministère Délégué Chargé de la Solidarité Nationale	
					Institut Africain de Réadaptation (IAR)	-Appui institutionnel ; - Financement de microprojets ; - organisation de séminaires sous-régionaux au profit des PH.
					Handicap International	- Financement de séminaires de formation ; - Appui institutionnel à la FSAPH et ses structures régionales.
					Fondation Nationale d'action Sociale du Sénégal (FNASS)	- Appui à l'organisation de la journée mondiale des PH ; - Appuis institutionnels ponctuels aux organisations membres de la FSAPH..
					Projet de lutte Contre la Pauvreté (PLCP)	- Implication de la FSAPH dans les activités de suivi du PLCP.
					UNESCO	- Renforcement de capacités par l'organisation de séminaires de formation.
Caisse de Sécurité Sociale (CSS)	- Appui à l'organisation de la Journée Mondiale des PH ; - Dons de voitures.					
Union Nationale des Aveugles du Sénégal (UNAS)	1971 : reconnaissance officielle en 1974	Aveugles de toutes les régions du Sénégal	Lutte contre la mendicité, alphabétisation fonctionnelle, sensibilisation, plaidoyer, vulgarisation du braille, activités génératrices de revenus,	Insuffisance des moyens, insuffisance de la prise en charge scolaire (existence d'une seule école d'éducation et de formation)	Fondation Nationale d'action Sociale du Sénégal (FNASS)	- Construction d'infrastructures communautaires telle que INEFJA - Subvention et financement de microprojets collectifs.
					Ministère de la Santé	- Faciliter l'accès gratuit des membres aux soins de santé.
Association Nationale des Sourds du Sénégal (ANASSEN)	23 juin 1990, reconnaissance officielle le 4/1/1992 ; récépissé n°6506/M.INT./DAGAT/DEL/AS	Sourds de toutes les régions du Sénégal	Favoriser la formation et l'éducation des membres surtout en langage des signes ; vulgariser le langage des signes auprès des parents et de les personnes chargées de l'encadrement des sourds ; participer aux activités de la fédération mondiale des sourds ; favoriser la promotion et la protection des droits de tous les sourds du Sénégal.	Insuffisance des moyens de fonctionnement ; insuffisance de la subvention du MFDDSN ; Manque de formateurs en langage de signes ; inexistence de formateurs et de structures d'éducation et de formation des sourds dans les régions ; scolarisation très difficiles des enfants sourds : une seule école publique, (centre verbo-tonal à Dakar),	Ministère de la Famille, du Développement Social et de la Solidarité Nationale	-Appui institutionnel ; - Financement de microprojets ; - Subventions et aides ponctuelles et appareillage des membres.
					Fédération Mondiale des Sourds	-Appui institutionnel.
					FSAPH	-Appui institutionnel ;
					Forut Sénégal	- Appui institutionnel ; - Formations en informatique
					Union pour la Solidarité et l'entraide (USE)	- Formation en céramique.
Association Nationale des Handicapés Moteurs du Sénégal (ANHMS)	1981 avec l'avènement de l'Année Internationale des Personnes Handicapées	Personnes handicapés moteurs	Appuyer l'éducation, la formation, l'insertion et la réinsertion des handicapés moteurs ; organiser des activités de renforcement de capacités, de sensibilisation et de mobilisation sociale ; rechercher de financements de projets pour les membres ; plaidoyer pour la réadaptation fonctionnelle, sociale et professionnelle des handicapés moteurs.	Inaccessibilité de certains bâtiments et des véhicules de transport ; non maîtrise des données statistiques ; insuffisance des moyens techniques pouvant permettre aux sections régionales et locales d'instaurer un système permanent de coordination ; remboursement des microcrédits souvent difficiles ; inexistence d'un texte législatif ou réglementaire faisant des fauteuils roulants comme une partie de personne handicapée et non un bagage dont le	Ville de Dakar	- Appui institutionnel et logistique ; - Aides ponctuelles.
					Fondation Nationale d'action Sociale du Sénégal (FNASS)	- Appuis institutionnels ; - Appuis ponctuels à l'ANHMS et à ses membres ; - Financement de microprojets.
					Institut Africain de Réadaptation (IAR)	-Appui institutionnel ; - Financement de microprojets ;
					ONG Cooperazione Internazionale (COOPI)	-Appui institutionnel ; - Financement de microprojets ; - Mise en place d'un fonds de microcrédit ; - Renforcement de capacités en informatique, photographie, artisanat (couture, fabrication de poupée, etc.) ; - Insertion socioprofessionnelle.
					Handicap International	- Appui institutionnel ; - Appui à la formation des PH ;

				transport serait payant.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financement de microprojets ;</li> <li>- Appui à la réadaptation fonctionnelle ;</li> <li>- Aides ponctuelles</li> <li>- Placement en apprentissage des enfants handicapés</li> <li>- Mise en place de fonds d'accès au microcrédit.</li> </ul>
					FNPJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financement de microprojets ;</li> <li>- Appui à la création de GIE</li> </ul>
					Counterpart International	- Appui institutionnel ;
					CARITAS	Appui à la création du centre de formation de Tambacounda ; appui institutionnel et logistique
					AFDS	Construction d'un siège pour les handicapés moteurs de Foundiougne
					Association des Paraplégiques du Canada	Formation en montage de fauteuils roulants
					PLCP	Construction d'un siège pour les handicapés moteurs de Diourbel
					Union Européenne	Implication dans la mise en place d'un système de bonne gouvernance
					UNICEF	- Appui institutionnel ; - Renforcement des capacités des membres.
					Conseil National du Patronat	Formation des femmes en culture d'entreprise
					Forut Sénégal	- Appui à la formation dans les NTIC - Création d'un centre de télétravail et d'un site Web au profit des personnes handicapées
					ANAFSA	- Fonds de crédit revolving pour les femmes
					Association pour la Dynamique de Progrès Economique et Social (ADPES)	- Formation à l'entreprenariat - Appui à l'Union des Jeunes Handicapés Moteurs de Dakar ; - Financement de microprojets - Aides ponctuelles aux PH.
					MFSSN /DAS	- Appui institutionnel ; - Subventions, aides ponctuelles et appareillage des membres.
					Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS)	- Appui institutionnel, encadrement et accompagnement,
Association pour l'éducation intégrée des déficients auditifs (CEIDA)	16/8/2001, récépissé n°11482/M.INT. / DAGAT/DEL/AS du 30/12/2003	Déficients auditifs ou parents et toutes les bonnes volontés	Vulgarisation du langage des signes ; appui à la création des associations de parents de déficients auditifs ; identification et scolarisation des enfants déficients auditifs.	Absence de subvention de l'Etat ; Insuffisance des ressources propres due à la situation d'extrême pauvreté de la plupart des membres ; coût onéreux des appareils auditifs ; inaccessibilité de la télévision nationale à cause de la non utilisation du langage des signes.	Handicap International	- Appui institutionnel ; - Appui matériel scolaire.
					Fondation Liliane, Fonds des Pays-Bas	- Appui à la scolarisation des enfants déficients auditifs ; - Dons d'appareils auditifs.
					Association Française des Volontaires du Progrès (AFVP)	- Appui technique à l'éducation des enfants déficients auditifs
					Maire d'Arrondissement de Sam-Notaire-Guédiawaye	- Appui institutionnel ; - Mise à disposition d'une salle de classe au profit du centre d'éducation intégrée pour les déficients auditif.
Conseil pour la Réadaptation et l'Intégration des Personnes Handicapées (CORIPH)	1992	350 répartis dans différents comités de défense des droits des enfants (CDDE) de Louga, Pikine, Guédiawaye,, Kolda, Tambacounda, Fatick et Ziguinchor	Identification et recensement des enfants handicapés en vue de leur scolarisation et d'une prise en charge appropriée; mise en place de CDDE et formation sur les droits de l'enfant ; recherche-action ;	Non implication des collectivités locales dans la prise en charge des personnes handicapées ; méconnaissance des droits de l'enfant ; insuffisance des moyens permettant d'identifier tous les enfants handicapés	Save Children Suède	- Financement de campagnes d'identification et de scolarisation des enfants handicapés ; - Appui institutionnel ; - Appui à la création d'un réseau sur les droits de l'enfant handicapé ;
					UNICEF	- Financement de campagnes d'identification et de scolarisation des enfants handicapés
					Ambassade du Canada	- Appui en fournitures scolaires et à la réadaptation fonctionnelle

					Ambassade des Pays Bas	- Appui en fournitures scolaires et à la réadaptation fonctionnelle
					Ministère de la famille du Développement Social et de la Solidarité Nationale	- Appui en fournitures scolaires et à la réadaptation fonctionnelle
HANDICAP FormEduC (HFE)	1999 reconnaissance officielle, le 12/10/2000, récépissé n°10370/M.INT./DAGAT/DEL  /AS	Personnes handicapées et non handicapées, de toutes les catégories sociales et habitant toutes les régions du Sénégal	Favoriser l'éducation intégratrice, la réadaptation professionnelle et l'accès des PH aux NTIC, développer l'entreprenariat, la recherche action et plaider en faveur des PH.	Insuffisance des moyens pour parrainer les enfants handicapés en âge scolaire et financer de microprojets	Open Society Initiative For West Africa (OSIWX)	- Financement du projet CRPH; - Appui institutionnel.
					Ville de Dakar	- Appui institutionnel ; - Aides ponctuelles.
					Banque Mondiale	- Appui institutionnel ; - Financement programme d'accès aux services sociaux de base.
					Agence du Fonds de Développement Social (AFDS)	- Appui à l'organisation de la Journée Mondiale des PH. - Appui institutionnel ;
					Commune d'Arrondissement de Dakar Plateau	- Appui institutionnel ;
					Conseil Régional de Dakar	-Appui institutionnel ; - Renforcement de capacités
					Cellule de Suivi des Programmes de lutte contre la Pauvreté (CSPLP/MEF)	-Appui institutionnel ;
Mouvement pour le Progrès Social des Aveugles du Sénégal (MPSAS)	Le 18/8/1994, récépissé n°7037 /M.INT./DAGAT/DEL/AS	Aveugles de tous les sexes et de tous les âges, personnes voyantes adhérant à la cause des aveugles	Accélérer le processus d'intégration de l'aveugle dans tous les secteurs de la vie ; formation et insertion des enfants aveugles ; plaider pour l'octroi de bourses de formation, l'accès à l'emploi ; identification des enfants aveugles en vue de leur scolarisation ; appui à la formation spécialisée des aveugles en Tunisie ; identification de nouvelles filières de formation et d'insertion ; faciliter l'accès des aveugles et des membres de leurs familles aux services sociaux de base ; alphabétisation en coran, arabe et langues nationales en caractères braille...	Insuffisance de moyens financiers et logistiques ; absence l'appui des collectivités locales ; insuffisance de voyage d'études pour développer le partenariat ; insuffisance de l'identification des aveugles dans les régions ; inadéquation de la logique d'intervention des partenaires et de celles des personnes handicapées ; insuffisance de l'encadrement et de l'accompagnement des agents des CPRS.	Direction de l'Action Sociale (DAS/MFDSSN)	-Subventions
					Ministère de la Jeunesse	- Financement (FNPJ, ANEJ) de microprojets et formation (permis de conduire pour des enfants d'aveugles) ; - appui à la formation de jeunes aveugles ; - implication des aveugles dans les mouvements de jeunesse.
					Ministère de l'Education	-Appui à l'éducation spéciale ; - appui à l'alphabétisation en langues nationales sur caractères Braille.
					Ministère de la santé	Facilitation de l'accès aux soins médicaux.
					Union Nationale des Aveugles de Tunisie	- prise en charge de la formation de jeunes aveugles en Tunisie ; - prise en charge de la spécialisation d'aveugles sénégalais en Tunisie (brosserie, tissage, braille...)
Association sénégalaise des victimes de mines (ASVM), Ziguinchor	1999 ; reconnaissance officielle, le 8/8/2001, récépissé n°10677/M.INT./DAGAT/DEL/AS	Victimes au 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>nd</sup> degrés (200 membres actifs sur les 657 victimes)	Campagnes de sensibilisation, prise en charge psychosociale des membres, assistance aux victimes de mines.	Insuffisance des moyens, faible accès aux services de santé, inexistence d'un siège social.	Réseau Africain pour la Défense des Droits de l'Homme (RADDHO)	- Appui technique, moral et organisationnel.
					Handicap International	- Appui à la formation des PH ; - Financement de microprojets ; - Appui à la réadaptation fonctionnelle - Aides ponctuelles - Placement en apprentissage des enfants handicapés - Mise en place de fonds d'accès au microcrédit.
					Association Sénégalaise pour l'Appui à la Création d'Activités Socio-économiques (ASACASE)	- Formation PH à l'entreprenariat, à l'identification, à l'élaboration et au suivi des microprojets - Encadrement et suivi des micro-entreprises.
					UNICEF	- Appui institutionnel ; -Renforcement des capacités des membres.
					MFDSSN	-Appui institutionnel ; - Subventions, aides ponctuelles et appareillage des membres.
Fédération régionale des associations de	Août 2000	8 associations : ARHMZ, SOS	Plaidoyer, représentation des associations membres	Inexistence de siège social, insuffisance des	Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS)	- Appui institutionnel, accompagnement,

personnes handicapées, Ziguinchor		Handicap Réinsertion, ASVM, association des hanséniens, association des handicapés visuels et aveugles d'Afrique, associations des albinos, comité des femmes et comité handisport.	au niveau du CRD.	moyens de fonctionnement, absence d'appui des collectivités locales	Programme Alimentaire Mondiale (PAM)	- Appui en vivres
					Gouvernance de Ziguinchor	- Appui institutionnel
					Hôpital régional	- Réadaptation fonctionnelle - Soins de santé
					Handicap International	- Appui institutionnel ; - Financement de microprojets.
					FNPJ	- Financement de microprojets.
					ENDA	- Renforcement des capacités techniques.
ASACASE	- Renforcement des capacités techniques et institutionnelles.					
Fédération régionale des associations de personnes handicapées, Saint Louis	2001	5 associations : ARHMS, UNAS, MPSAS, ANASSEN, ANLB.	Tournée de sensibilisation, organisation de la journée régionale des femmes handicapées, participation aux réunions du CRD et de la cellule régionale du DSRP.	Inexistence de siège social, mobilité des membres, mauvaise gestion des crédits accordés par le PAPH	Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS)	-Appui à la mise en place de la fédération régionale ; - Appui institutionnel, accompagnement ;
					Partenariat avec Saint Louis et sa région	- Appui à la réadaptation fonctionnelle - Appuis institutionnels - Formation et financement de micro-entreprises - Mise en place de fonds de crédits - Appui pour l'accessibilité et l'éducation intégratrice
					PELCP/PAREP	- Formation en batik, sérigraphie, teinture et en IEC
					Handicap International	- Appui à la formation des PH ; - Financement de microprojets ; - Appui à la réadaptation fonctionnelle - Aides ponctuelles - Placement en apprentissage des enfants handicapés ; - Appui à la construction de rampes et tables facilitant l'éducation intégratrice ; - Mise en place de fonds d'accès au microcrédit.
					Agence du Fonds de Développement Social (AFDS)	- Formation et financement de microprojets
					Conseil régional de Saint Louis	- Subventions aux OPH - Formation en élaboration de projets
					CARITAS	- Construction de 2 centres de couture à Saint Louis - Appui à l'appareillage, avec un système de tiers payant ; - Octroi de bourses de formations diplômantes
					Centre de Ressources pour la Promotion des Droits des Personnes Handicapées (CRPH)	- Plaidoyer pour la promotion des droits des PH - Formation dans les NTIC et techniques de plaidoyer - Facilitation de l'accès aux NTIC - Appui technique et logistique
Association nationale des albinos du Sénégal (ANAS, Thiès)	1998	23 membres fondateurs dont les 15 habitent Thiès	Sensibilisation, tissage, tapisserie, garderie d'enfants, élevage, aides en médicaments dermatiques, élevage et formation en arts ménagers.	Mésentente entre les membres de l'association, mobilité des membres, insuffisance des moyens de fonctionnement ; difficultés de réadaptation professionnelle des membres ; insuffisance de la prise en charge médicale ; insuffisance de l'appui à la scolarisation des enfants albinos.	Agence Américaine d'Aide au Développement (USAID)	- Construction et équipement du Centre des Albinos à Thiès
					Association Linda Robinson	- Appui institutionnel à l'ANAS - Aides en médicaments et matériel au profit des albinos
					Organisation for Albinism and Hypopigmentation (NOAH International)	- Appui institutionnel et financier.

Association des handicapés moteurs de Thiès	1966	450 membres tous de la commune de Thiès.	Gestion d'un centre socioprofessionnelle, organisation d'activités lucratives	Coût onéreux de l'appareillage, accès difficile à l'éducation et la formation (formations proposées inadaptées aux PH), accès difficile aux édifices publics, insuffisance de la prise en charge médicale, absences des PH dans les instances de décision, insuffisance des subventions accordées aux OPH	Sénégal Hilfe Verein (SHV)	- Construction et équipement de centres socioprofessionnels pour PH moteurs (Tivaouane, Thiès et Mbour) et visuels (Mbour) - Financement de micro-entreprises et de microprojets - Appui institutionnel - Appui à la formation et à la réadaptation fonctionnelle - Aides en médicaments - Parrainage des enfants handicapés ou de parents handicapés
					Handicap International	- Appui à la réadaptation fonctionnelle - Aides ponctuelles
Association des étudiants handicapés de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar	1985 comme structure affiliée à l'ANHMS.	300 étudiants dont 2 étudiants handicapés visuels, 5 sourds et 293 handicapés moteurs.	Plaidoyer pour l'accès des étudiants aux chambres et bourses universitaires, organisation de journées de réflexion en vue d'une intégration professionnelle des étudiants diplômés.	Accès difficile aux infrastructures universitaires, difficultés de communication pour les étudiants handicapés visuels, accès difficile aux logements et bourses, textes universitaires non favorables aux étudiants handicapés	Rectorat et Facultés des lettres de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD)	- Appui financier (Rectorat) à l'association des étudiants handicapés de l'UCAD - Subvention annuelle et soutien pédagogique (Fac des Lettres) à l'association des étudiants handicapés de l'UCAD
					Syndicat Autonome des Enseignants du Supérieur (SAES)	- Subvention annuelle à l'association des étudiants handicapés de l'UCAD - Appui à la réadaptation fonctionnelle - Appui technique et institutionnel - Aides ponctuelles
					Centre de Ressources pour la Promotion des Droits des Personnes Handicapées (CRPH)	- Plaidoyer pour la promotion des droits des PH - Appui institutionnel et logistique.
Association Nationale des Anciens Militaires Mutilés et Invalides du Sénégal (ANAMIS)	1999	444 mutilés et invalides de l'armée, de la gendarmerie et des corps paramilitaires.	Plaidoyer, formation, aides aux membres	Insuffisance des moyens de fonctionnement, modicité des pensions accordées aux membres, absence de prise en charge médicale des membres des familles des invalides ne bénéficiant pas d'une pension proportionnelle.	Office National des Anciens combattants (ONAC)	- Appui institutionnel à l'ANAMIS
					Service Social des Forces Armées du Sénégal	- Aides en nature et en espèce aux membres de l'ANAMIS
Association Nationale des Lépreux Blanchis du Sénégal (ANLBS) et 2 Villages de reclassement social	1997 ; récépissé n°9398/M.INT/DAGAT /DEL/AS du	Lépreux blanchis résidents ou non résidents des villages de reclassement social.	Plaidoyer, appui moral et matériel des membres	Vétusté des maisons, obsolescence de la loi 76-03 et son décret portant création et organisation des villages de reclassement social, inexistence d'infrastructures scolaires dans certains villages, difficultés d'évacuation des produits locaux, accès difficile au crédit.	Direction de l'Action Sociale (DAS/MFDSSN)	- Appui à la prise en charge et d'intégration des PH - Financement de microprojets - Aides ponctuelles.
					Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS)	- Encadrement technique et accompagnement ; - Appui institutionnel
					Fondation des Fonctionnaires Suisses	- Construction de garderies d'enfants et de latrines au profit des villages de reclassement social - Aides en médicaments
					Association Allemande d'Aide aux Lépreux et Tuberculeux (DAHAW)	- Appui aux lépreux blanchis handicapés lourds - Appui à la scolarisation - Financement de microprojets - Appui à l'acquisition de logements sociaux
					Association Sénégalaise d'Aide aux Lépreux (ASAL)	- Plaidoyer et sensibilisation - Financement de microprojets
					Lepira Helf (Autrichiens)	- Cantine sociale pour les mutilés de la lèpre vivant seuls - Construction de latrines
					Association Française LHUSCI	- Construction de latrines et centres de formation pour les femmes ; - Parrainage des enfants handicapés ou de parents handicapés

### 3-1-2 Analyse des besoins et difficultés des personnes handicapées

Les entretiens individuels et focus groupe, réalisés au niveau de 16 organisations de personnes handicapées et 2 villages de reclassement social, ont permis de noter les difficultés que rencontre encore cette catégorie sociale.

Sur le plan institutionnel, toutes les organisations rencontrées au moment de l'enquête ont souligné l'insuffisance de leurs moyens de fonctionnement et les difficultés liées à l'accessibilité physique notamment des sièges inexistantes, des locaux inadaptés, etc. L'exemple le plus frappant est celui de la FSAPH qui a son siège au 1<sup>er</sup> étage d'un bâtiment situé dans un marché très fréquenté de Dakar.

A ce propos une personne handicapée nous disait : « je vais très rarement au siège de la FSAPH car il se trouve au 1<sup>er</sup> étage d'un petit immeuble, situé au-dessus des étales d'un marché, inaccessible à toutes les catégories de personnes handicapées ».

Concernant l'éducation des personnes handicapées, les besoins sont énormes. En effet, pendant notre enquête, nous avons pu noter l'insuffisance de la prise en charge scolaire : existence d'une seule école d'éducation et de formation des aveugles (I NEFJA) et d'une école publique pour enfants sourds (centre verbo-tonal).

Le manque de formateurs, décrié surtout en braille et en langage des signes, traduit l'inquiétude des personnes handicapées dans le secteur.

Par ailleurs nous avons également pu relever la non satisfaction de certains besoins essentiels de formation. En effet, les formations aux techniques de gestion de micro-entreprises et de microprojets sont considérées par les personnes handicapées comme étant des préalables et même très liées aux remboursements des microcrédits. Ces formations n'accompagnent pas systématiquement les microcrédits, surtout pour tous les cas de la Direction de l'Action Sociale.

La réadaptation fonctionnelle, condition sine qua non de l'intégration de la personne handicapée, a été identifiée comme étant souvent inaccessible à cause du coût onéreux et du mode d'acquisition de l'appareillage. Par exemple, un appareil offert par la Direction de l'Action Sociale (avec comme unique fournisseur le Centre National d'Appareillage Orthopédique, sis à Fann Dakar) à une femme handicapée de Ziguinchor, peut être livré avec un an de retard et plusieurs rendez-vous à Dakar.

Doit-on dépenser plus d'argent pour disposer d'un don en nature et même en espèce offert par l'Etat ?

Cette question a été répétée par plusieurs personnes handicapées que nous avons rencontrées au moment de réaliser cette étude. Ceci dénote les efforts que l'Etat devrait certainement déployer, en vue de rapprocher les services des citoyens particulièrement les groupes vulnérables.

Au cours de notre enquête, l'insuffisance de l'encadrement et l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs organisations ont été relevés comme étant à l'origine de l'échec des nombreux projets initiés dans toutes les régions. Nonobstant leur engagement et leurs participations personnelles, les personnes handicapées reconnaissent le rôle fondamental que jouent les travailleurs sociaux et l'ensemble des agents en service au niveau des communautés de base. Ainsi, à Mballing, village de reclassement social du Département de Mbour, les populations ont souligné leur satisfaction quant à l'encadrement et l'accompagnement des travailleurs sociaux.

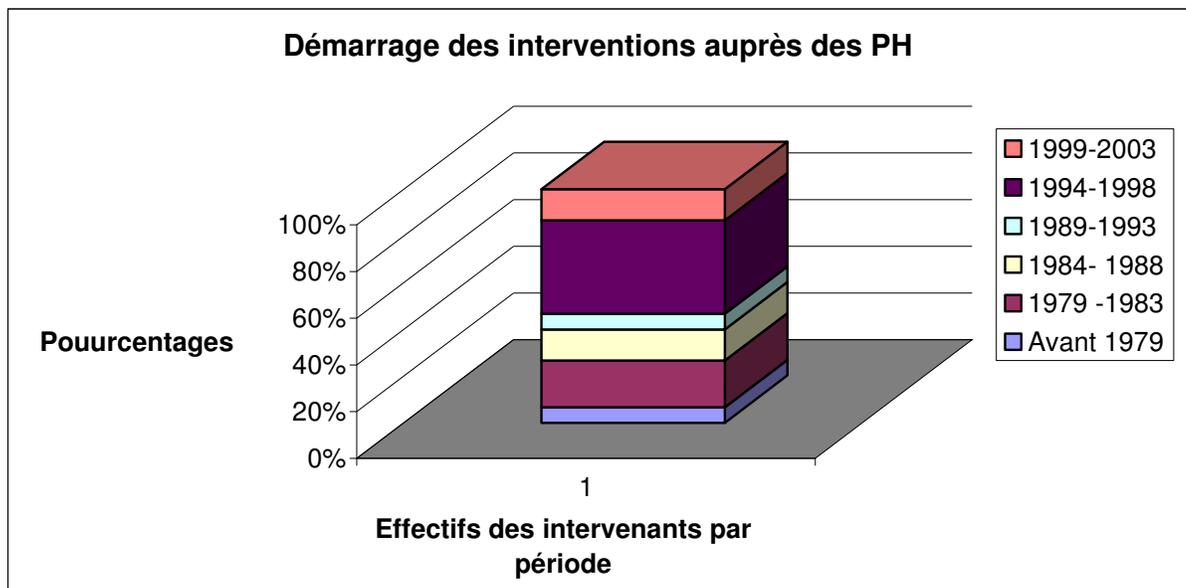
L'inadéquation de la logique des intervenants et celles des personnes handicapées est également l'une des difficultés (relevées par nos enquêtés) qui ne favorisent pas la satisfaction des besoins de cette catégorie sociale. « Les ONG sont présentes dans nos localités ; cependant elles orientent leurs interventions vers des secteurs qui sont non seulement inaccessibles aux personnes handicapées mais en plus ne favorisent pas leur intégration. C'est le cas de la riziculture, de l'embouche bovine par exemple. » Propos recueillis auprès d'une femme handicapée à Saint-Louis.

A ce sujet, il serait souhaitable que les personnes handicapées puissent être appuyées par des intervenants qui ont une approche globale du secteur et respectent le processus de la réadaptation, c'est-à-dire l'intégration personnelle, sociale et économique.

## **3-2 Analyse des logiques de prise en charge et d'intégration socio-économique des personnes handicapées**

### **3-2-1- Périodes d'implantation des institutions d'appui aux personnes handicapées**

#### **Figure1**



**Source enquête.**

Plus de la moitié des institutions que nous avons enquêtées (53,30%) interviennent auprès des personnes handicapées depuis seulement 10 ans, donc après la Décennie Mondiale (1983-1992). Ainsi, sur les quinze (15) institutions enquêtées, les huit (8) ont démarré leurs interventions entre 1994 et 2003.

La résolution 48/96 des Nations Unies, du 20/12/1993, portant l'adoption des Règles Standards pour l'Egalisation des Chances des personnes handicapées est certainement un évènement marquant, ayant suscité, partout dans le monde, un intérêt particulier pour la promotion et l'intégration de cette catégorie sociale.

Ainsi au Sénégal, les organisations telles que Forut Sénégal, ADPES, CORIPH, ASACASE, RADDHO, HANDICAP FormEduC, Sénégal Hilfe Verein, entre autres, s'investissent, comme auxiliaires de l'Etat depuis 10 ans, et aident les personnes handicapées à assumer pleinement leur responsabilité dans la société.

Les résultats de notre enquête montrent donc, comme nous avons eu à le relever dans la position du problème, que les logiques d'intégration des personnes handicapées seraient très récentes au Sénégal. Cela pourrait expliquer certainement le fait que les personnes handicapées ne soient pas ciblées prioritairement par les programmes et projets nationaux. En effet, les femmes, les jeunes et les enfants bénéficient de la plupart des interventions des projets et programmes : Programme de Renforcement de la Nutrition (enfants), Projet Crédit Femmes, Fonds de l'Entreprenariat Féminin, Fonds de Développement Social (AFDS), etc.

Pourtant les personnes handicapées ont été identifiées comme une catégorie sociale très défavorisée et par conséquent vulnérable à la pauvreté. Elles sont également

ciblées à plusieurs reprises par des rafles organisées, dans la ville de Dakar, mais aussi par des réflexions portant sur la solidarité nationale (1999) et la lutte contre la mendicité (1998).

L'idée de changement social et d'intégration des groupes sociaux vulnérables aurait permis la création d'un fonds de solidarité nationale dont la principale stratégie devrait s'articuler autour du renforcement des capacités et de la création des revenus.

### **3-2-2 Les catégories de personnes handicapées ciblées par les intervenants**

Les handicapés moteurs constituent la cible prioritaire des différents intervenants. Les résultats de notre enquête présentés dans la ***Figure2*** montrent que la majorité des institutions (73,30%) interviennent en faveur des personnes handicapées moteurs. Il existe dans presque toutes les régions du Sénégal des structures de prise en charge pour les handicapés moteurs. L'exemple des centres de réadaptation fonctionnelle illustre bien la situation : 2 centres nationaux à Dakar (le Centre National d'Appareillage Orthopédique de Fann et le Centre d'Education et de Réadaptation pour Enfants Handicapés Physiques ou Centre Talibou Dabo de Grand Yoff), 7 centres régionaux et 4 centres locaux, respectivement dans les communes de Mbour, Tivaouane et Thiès et dans la communauté rurale de Ndiagianiao.

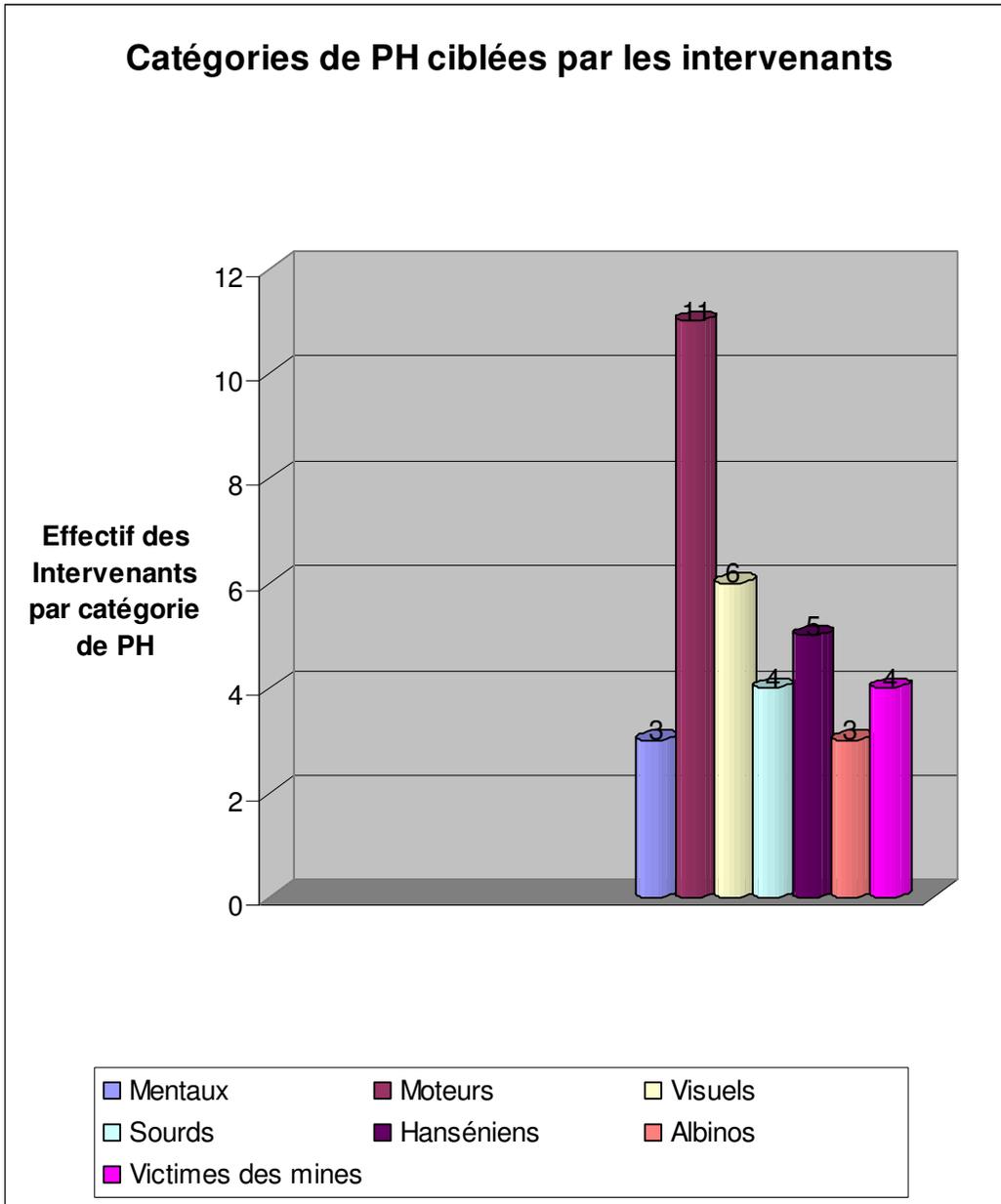
Le centre de Ndiagianiao, avec une capacité d'accueil de 20 enfants handicapés moteurs en internat, dispose de moyens logistiques très appréciables pour une communauté rurale. C'est d'ailleurs l'une des rares structures de réadaptation fonctionnelle au Sénégal qui envisage, avec l'appui de ses principaux partenaires français, de faire de la Télémédecine. Selon les responsables de cette structure, le projet devrait démarrer dans le premier semestre de 2005.

Concernant la prise en charge des autres catégories de personnes handicapées, les institutions existent, certes, mais elles se trouvent toutes dans les deux régions de Dakar et Thiès.

L'INEFJA, la seule structure d'éducation et de formation des aveugles au Sénégal, a une capacité d'accueil limitée uniquement à 100 pensionnaires sensés venir de toutes les régions. Le directeur de cette institution, que nous avons pu rencontrer, regrette de ne pas pouvoir accepter toutes les demandes par manque de places disponibles.

Cette situation qui n'est pas unique du genre, constituerait un obstacle à l'intégration de certaines catégories de personnes handicapées, surtout dans les autres régions où il n'existe ni école publique ni structure d'éducation ou de formation privée pour les aveugles et les sourds.

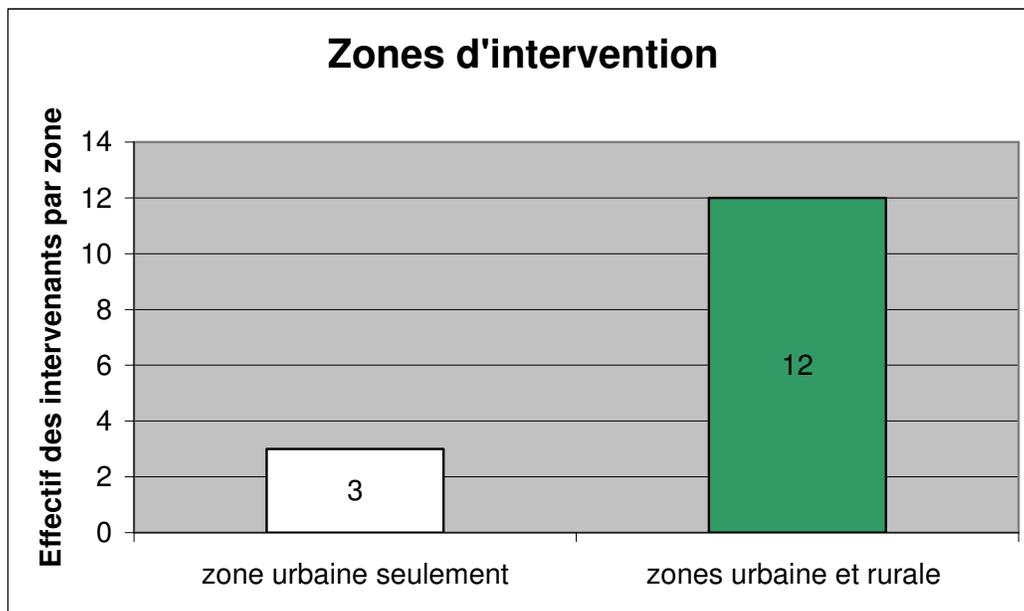
#### ***Figure2***



**Source enquête.**

### 3-2-3 Les zones d'intervention des institutions de prise en charge des PH

**Figure3**



**Source enquête**

La **Figure3** illustre les zones au niveau desquelles interviennent les institutions ciblées par l'enquête. Ainsi la grande majorité des intervenants (93,30%) ciblent les personnes handicapées habitant la zone urbaine. Parmi eux, une minorité (20%) n'interviennent pas en milieu rural.

Même si 80% des structures enquêtées travaillent à la fois dans les zones urbaines et rurales, seul le centre de Ndiagianiao se trouve en milieu rural.

Par ailleurs, plus de la moitié (53,30%) des institutions enquêtées ont une envergure nationale contre 46,70% qui sont soit régionales, départementales ou locales.

De ce fait, le Ministère de la Famille, du Développement Social et de la Solidarité Nationale qui a la tutelle des ONG et des personnes handicapées, ne devrait-il pas rechercher une bonne couverture géographique des interventions ?

Il serait souhaitable que des négociations entre le gouvernement et les ONG soient entamées au moment même du dépôt et de l'examen des demandes d'agrément ou d'accord de siège.

A ce sujet, en décembre 2003, au cours d'une rencontre entre le gouvernement et les ONG, l'ex-Premier Ministre avait jugé la couverture géographique en deçà de ses attentes. En effet, il avait fait remarquer que la plupart des ONG auraient préféré mener leurs interventions le long du littoral sénégalais, c'est-à-dire sur l'axe Saint-Louis-Dakar-Mbour et non loin de l'Atlantique. Cette situation disait-il ne permet pas de lutter efficacement contre la pauvreté, surtout en milieu rural où les ONG étaient absentes.

Les perspectives de Handicap International, tendant à appuyer la création d'un centre de réadaptation fonctionnelle dans chaque région et d'un centre relais au niveau de

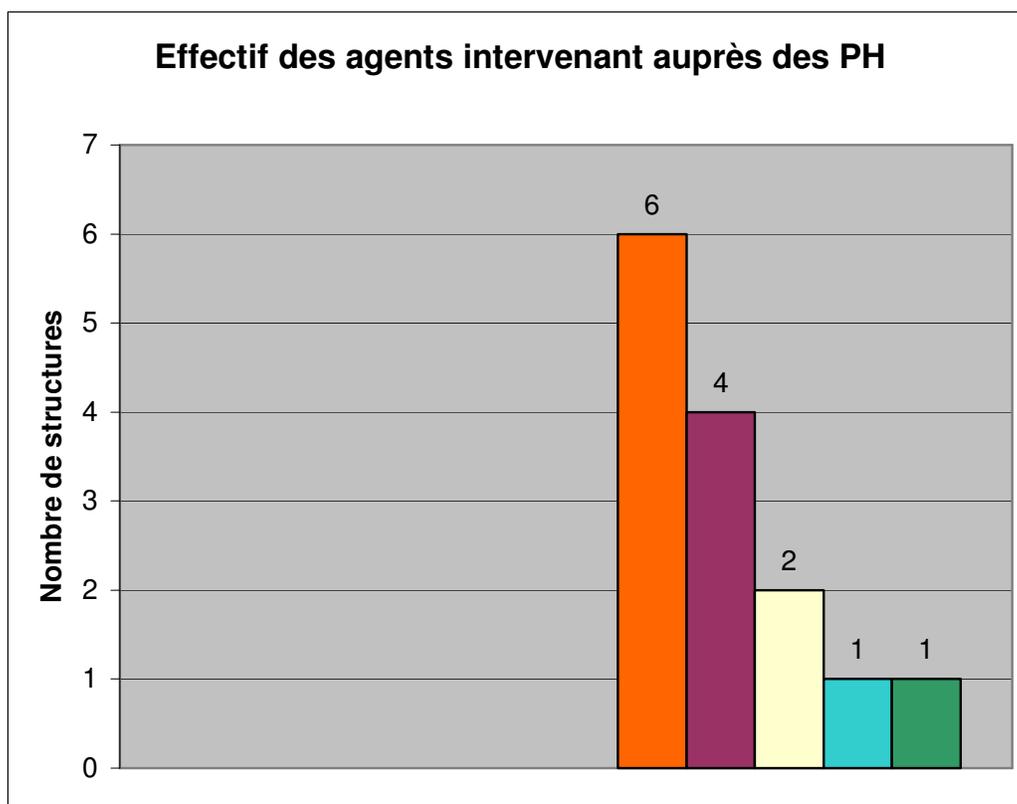
certaines départements, devraient être encouragées par le gouvernement et l'ensemble des acteurs du secteur.

L'idéal est d'avoir une bonne couverture géographique et une possibilité d'intervenir au profit de toutes les catégories de personnes handicapées.

### 3-2-4 Les moyens d'intervention déployés en faveur des personnes handicapées

#### 3-2-4-1 les moyens humains

Figure4



Source enquête.

Le nombre d'agents par structure, chargés d'encadrer les personnes handicapées et les organisations de personnes handicapées, est relativement faible au regard des résultats obtenus avec notre échantillon d'enquête. 66,60% des structures ont entre 1 et 9 agents, pour leurs interventions auprès des personnes handicapées.

Seules les structures de l'Etat, la Direction de l'Action Sociale du Ministère de la Famille, le Centre Talibou Dabo, la Direction de l'action Sanitaire et Sociale de la Ville de Dakar et l'INEFJA, ont des effectifs dépassant 20 agents chacune.

Pour la Direction de l'Action Sociale néanmoins, 25 de ses structures de base (les Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale) sur les 42 au total ont chacune 1 seul

travailleur social ; 3 autres CPRS ont chacun 2 agents. Les normes techniques retenues au séminaire des Directeurs de ces structures, organisé en 1980 au CENEFA de Rufisque étaient, entre autres, de :

- au moins, un assistant social (directeur) et deux aides sociaux ;
- un CPRS pour 30 000 habitants.

Dans l'ensemble ces normes sont aujourd'hui dépassées, certainement, mais en plus loin d'être respectées. Ainsi le taux de couverture serait d'environ plus 230 000 habitants par CPRS.

Par ailleurs, les CPRS ne disposent plus de budget de fonctionnement et de moyens logistiques leur permettant de travailler correctement. Cette situation est le résultat inattendu de la décentralisation. L'action sociale étant une compétence transférée (décret n°96-1135 du 27 décembre 1997), la mise à disposition des budgets des CPRS dépendent désormais de la sensibilité des responsables des collectivités locales. En effet, la compétence en matière d'action sociale a été attribuée, à tort ou à raison, à chacune des trois catégories de collectivités locales.

Dans l'ensemble le taux d'encadrement et d'accompagnement, très réduit, ne favoriserait pas un renforcement des capacités des personnes handicapées et leurs organisations qui se multiplient pour plusieurs raisons.

### **3-2-4-2 Les moyens financiers**

Mêmes si les montants que nous avons recueillis ne sont pas précis, on peut estimer à plus de 15 milliards les fonds injectés depuis 10 ans, uniquement par les intervenants que nous avons enquêtés. Pour les trois prochaines années (2005/2006/2007) les moyens financiers pourraient être estimés à plus de 4 milliards pour les seuls intervenants enquêtés.

L'Etat du Sénégal aurait investi plus de la moitié des fonds à travers notamment la Direction de l'Action Sociale, l'INEFJA, le Centre Talibou Dabo, la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale de la Ville de Dakar.

La Direction de l'action sociale du Ministère de la famille, du développement social et de la solidarité nationale, a sensiblement augmenté les moyens financiers destinés aux personnes handicapées.

En effet, de 1994 à 1997, seuls 7,5 millions de F CFA étaient votés par an pour le financement de l'appareillage des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire

national. De 1998 à 1999, ce budget annuel a été multiplié par huit (8) soit 60 millions de F CFA et par seize (16) depuis 2000 soit 120 millions de F CFA.

Pour ce dernier budget qui n'a pas atteint le plafond de 500 millions de F CFA par an, fixé par l'une des 19 directives du conseil interministériel, les dépenses de 2004 sont de 30 millions pour l'appareillage, 45 millions pour les subventions aux organisations de personnes handicapées, 35 millions destinés aux financements de microprojets et 10 millions pour les aides en espèces.

Des sommes importantes ont été donc investies avec des résultats souvent décevant pour certains programmes spécifiques ciblant les personnes handicapées.

Cependant, la mise en œuvre du Programme national de Réadaptation à Base Communautaire (RBC), évalué à plus de 4 milliards de F CFA depuis 1999, pourrait, avec l'implication de tous les acteurs, améliorer le système de prise en charge et intégration socio-économique des personnes handicapées.

Par ailleurs, l'intervention des collectivités locales en faveur des personnes handicapées n'est pas encore totalement effective dans toutes les régions ciblées par notre enquête. En effet, seule la Ville de Dakar, à travers la Direction de l'action sanitaire et sociale, mène des actions visibles en faveur des personnes handicapées.

Les domaines liés à l'accès aux services sociaux, santé et action sociale, éducation, aménagement du territoire et habitat étant des compétences transférées, les personnes handicapées et les principaux intervenants du secteur souhaitent un engagement politique des collectivités locales et une convergence des efforts de tous les acteurs.

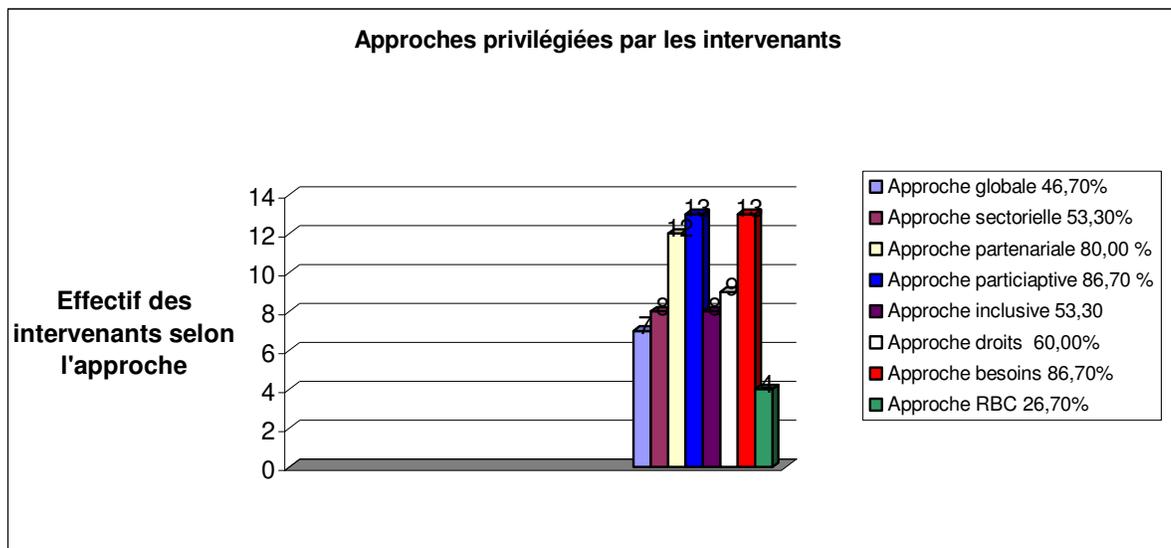
Ainsi, les projets et programmes nationaux de lutte contre la pauvreté devraient non seulement cibler prioritairement les personnes handicapées mais également valoriser une approche intégratrice et s'inscrire dans une logique de mise en œuvre d'actions positives.

Il est par conséquent nécessaire d'asseoir une synergie des stratégies pour une efficacité dans le secteur.

### **3-2-5/ Les approches et stratégies des intervenants**

#### **3-2-5-1/ Les approches privilégiées pour les interventions auprès des personnes handicapées**

##### **Figure 5**



**Source enquête**

Plus de la moitié des institutions (53,30% des enquêtés, **Figure5**) ont une approche sectorielle avec projets sectoriels, soit d'éducation, réadaptation fonctionnelle. Par contre, 46,70% des intervenants privilégient une approche globale et mettent en œuvre des projets intégrés qui prennent en compte plusieurs secteurs favorisant la prise en charge et l'intégration (social, éducation, santé, économique, formation, etc.)

Cette situation pourrait s'expliquer par la tendance à la spécialisation dans les sous-secteurs mais également du fait des moyens réduits et techniques utilisées.

Les approches participative et partenariale, avec respectivement 86,70% et 80% sont mises en exergue par les différents intervenants que nous avons enquêtés, qui ignoreraient ou porteraient un intérêt mineur à la RBC pourtant choisie par le Gouvernement du Sénégal et ceux de plusieurs pays de l'Union Africaine comme programme national de référence permettant une prise en charge et une intégration effectives des personnes handicapées.

Par ailleurs, plus de la moitié des structures enquêtées mettent en avant l'approche inclusive considérée actuellement par tous les professionnels du secteur comme étant incontournable pour lutter efficacement contre la stigmatisation et l'exclusion des personnes handicapées.

A propos de la RBC qui est en réalité une approche globale, expérimentée dans plusieurs pays de la sous région, sa mise en œuvre dans certaines zones, avec les moyens existants, pourraient favoriser l'intégration des personnes handicapées.

En effet, la Direction de l'Action Sociale a déjà procédé à la formation des superviseurs pour la phase test et n'attend que les moyens financiers nécessaires pour démarrer effectivement dans les meilleurs délais.

La RBC recommande l'utilisation de techniques simples permettant de réhabiliter la personne handicapée en la réadaptant à son milieu. Elle consiste à impliquer les personnes handicapées, leurs familles, la communauté et les pouvoirs publics tout en instaurant un système de volontariat local. En tant qu'élément de la politique sociale, la RBC privilégie les approches, droit, participative et inclusive.

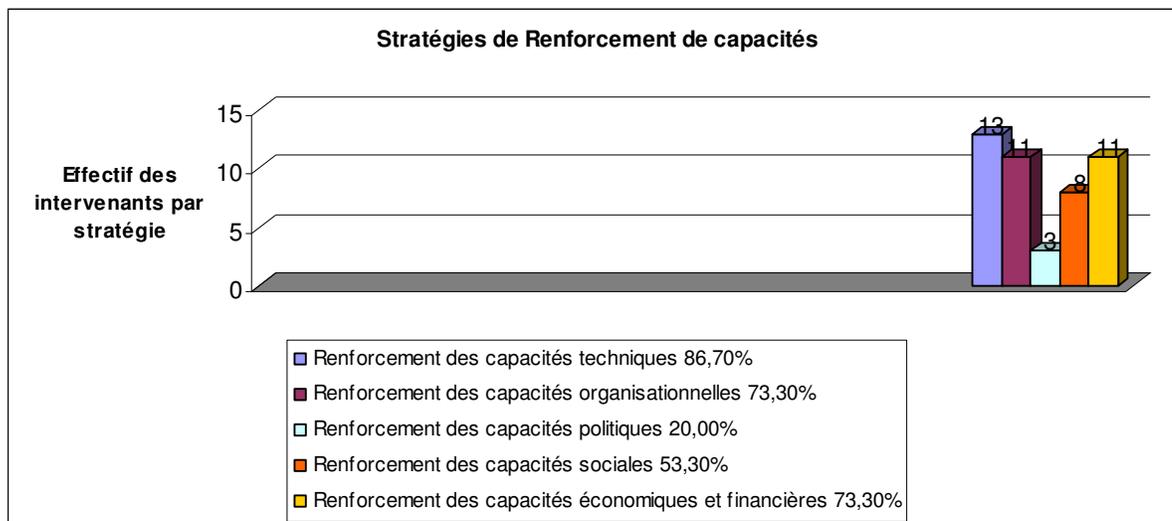
D'après les Nations Unies (programme d'action mondial sur les personnes handicapées), la réadaptation comprend la prestation des services énumérés ci-après :

- a) Dépistage, diagnostic et intervention précoces ;
- b) Soins et traitements médicaux ;
- c) Assistance et conseils d'ordre social, psychologique, etc. ;
- d) Formation à l'auto-assistance (mobilité, communication, vie quotidienne) avec adoption de dispositions spéciales pour les malentendants et les malvoyants, les arriérés mentaux etc. ;
- e) Fourniture d'auxiliaires techniques, d'appareils favorisant la mobilité et d'autres dispositifs ;
- f) Services d'enseignement spécialisés ;
- g) Services de réinsertion professionnelle (y compris orientation professionnelle), formation professionnelle et placement sélectif ;
- h) Observation ultérieure.

### 3-2-5-2 Les stratégies développées par les intervenants

#### 3-2-5-2-1 Les stratégies de renforcement des capacités développées par les intervenants

**Figure6**



**Source enquête**

Malgré les nombreuses difficultés notées au niveau des organisations de personnes handicapées, il faut souligner que les intervenants développent plusieurs stratégies pour un renforcement des capacités dans le secteur. Les stratégies de renforcement des capacités techniques et organisationnelles ont été favorisées par la plupart des intervenants, avec respectivement 86,70% et 73,30% des répondants (.

Il s'agit, pour la plupart des structures d'intervention, de s'inscrire dans la durabilité et d'arriver à assurer aux personnes handicapées des revenus réguliers et des associations fortes.

Le renforcement des capacités (empowerment en anglais) signifie à la fois renforcement institutionnel, technique, social, économique et financier, politique et culturel. Avec les difficultés notées au niveau des personnes handicapées et de leurs organisations, beaucoup d'efforts restent à déployer pour créer les bonnes conditions de leur intégration socio-économique durable.

Cependant il est à noter que les anciennes stratégies de prise en charge des personnes handicapées persistent encore : les aides en nature et en espèces sont attribuées par 53,30% des institutions que nous avons enquêtées. A ce sujet, beaucoup de personnes handicapées rencontrées, aux moments des focus groupe que nous avons organisés à l'occasion de cette étude, croient toujours à l'aide pour résoudre l'ensemble de leurs

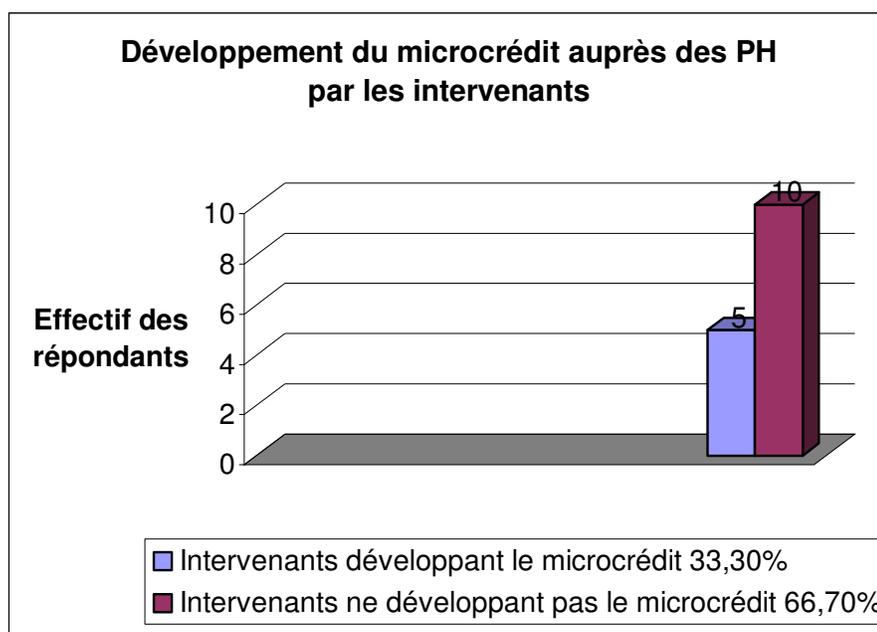
problèmes. C'est ce qui motive plusieurs personnes handicapées à avoir recours à la mendicité, surtout dans les grandes agglomérations urbaines.

Mais l'assistance viagère a montré ses limites ; même dans les pays développés où les fruits de la croissance peuvent être partagés, la stratégie des revenus est jugée depuis plus de dix ans comme la principale alternative pour lutter contre la dépendance et l'extrême pauvreté.

### 3-2-5-2-2/ L'intégration des personnes handicapées par le microcrédit

Le microcrédit est un système financier local qui permet aux populations, de manière générale, de financer leurs activités génératrices de revenus. Cependant dans le cas de notre étude, la majorité des intervenants n'utilisent pas cette stratégie. En effet, 66,70% (**Figure6**) des acteurs que nous avons rencontrés au cours de notre enquête ne privilégient pas le microcrédit. Seulement le tiers des institutions l'ont valorisé pour favoriser surtout le financement de microprojets au profit de leurs cibles.

**Figure6**



**Source enquête**

Nous avons pu dans tous les cas noter l'expérience inédite issue du partenariat entre Handicap International et l'Association Sénégalaise pour l'Appui à la Création des Activités Socio-économiques (ASACASE). S'inscrivant dans une logique d'intégration

par le microcrédit, cette convention de partenariat a permis à plusieurs personnes handicapées et victimes de mines de la région de Ziguinchor de bénéficier, indépendamment des financements accordés, d'un renforcement de capacités techniques en élaboration, gestion et suivi de microprojets.

Mais généralement, pour la plupart des personnes handicapées, l'extrême difficulté d'accès au crédit est vécue comme une difficulté individuelle ou de groupe. En effet, dans le cadre de sa mise en œuvre dans la région de Kolda, le projet de lutte contre la pauvreté (Sénégal/Banque Africaine de Développement/ Fonds Nordique de Développement) a accordé des crédits individuels à des personnes handicapées, avec comme garanties le système de caution solidaire. C'est à dire que le crédit d'une personne est garanti par un groupe de trois à cinq personnes. Malheureusement à cause de 250 000 F CFA de prêts non remboursés, les personnes handicapées ne bénéficient plus de crédits dudit projet au niveau de tout le Département de Kolda . Aussi, le président de la fédération départementale des associations de personnes handicapées que nous avons rencontré trouve cette situation regrettable et inadmissible pour un projet de lutte contre la pauvreté qui devrait cibler a priori les groupes sociaux les plus vulnérables et particulièrement les personnes handicapées.

Il est par ailleurs évident que la défaillance (le non remboursement des prêts) n'est pas toujours due à une mauvaise volonté mais souvent à une impossibilité réelle de rembourser, par suite de maladie, d'une mauvaise récolte ou même de la faillite de la micro-entreprise. Ainsi pour le cas des personnes handicapées de la région de Kolda, le microcrédit se distinguerait difficilement du système bancaire car les deux systèmes en accordant des crédits mesurent le risque et réclament au client ou sociétaire une caution individuel ou solidaire.

Le microcrédit et la réadaptation seraient donc des stratégies transitoires permettant à des groupes de personnes handicapées de valoriser leurs capacités en vue d'un changement social.

### **3-2-5-2-3/ La réadaptation des personnes handicapées :**

Plus de la moitié des institutions mènent des actions de réadaptation. Ainsi 53,30% (**Figure7**) des enquêtés font de la réadaptation fonctionnelle.

La réadaptation occupe donc au Sénégal une place très importante dans le dispositif de prise en charge et d'intégration des personnes handicapées. Elle absorbe également la plupart des moyens destinés au secteur.

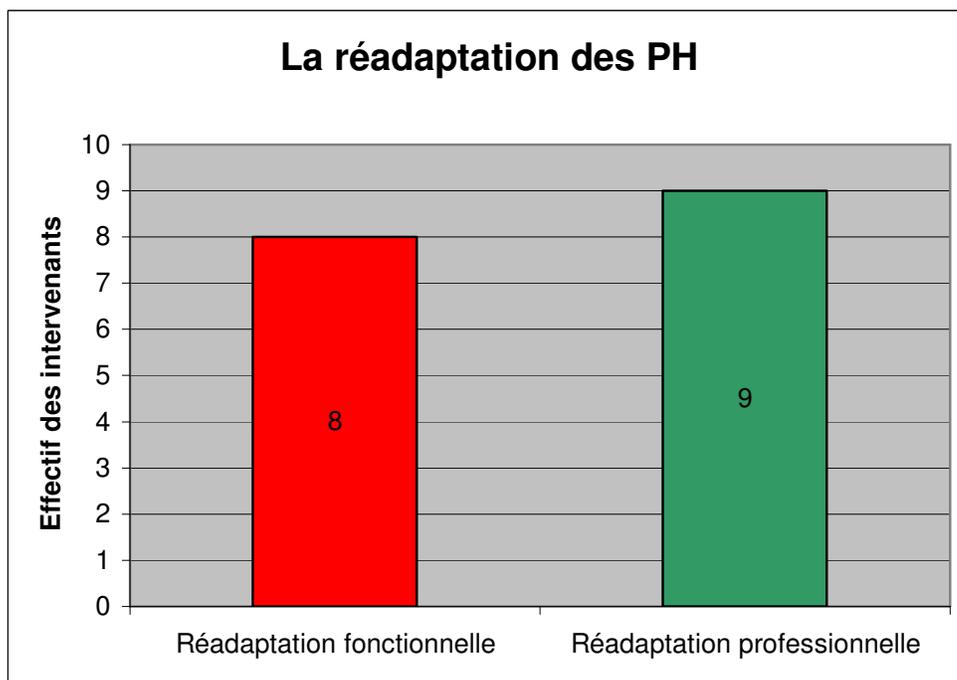
Ainsi, la Direction de l'action Sociale et la DAHW ont consacré, pendant ces dix dernières années, respectivement 250 et 350 millions pour la réadaptation fonctionnelle. Plusieurs autres structures, le centre national d'appareillage orthopédique, le centre Talibou Dabo, les sept centres des hôpitaux régionaux, les deux centres de réadaptation fonctionnelle de Mbour et Ndiagianao, mènent des activités dans ce domaine et y consacraient beaucoup de moyens matériels, logistiques et financiers.

La réadaptation professionnelle est aussi une stratégie développée par la plupart intervenants, avec 60% des enquêtés. C'est ainsi que beaucoup de personnes handicapées travaillent, par exemple, dans les centres de réadaptation professionnelle, à l'INEFJA, au CRPH. Dans cette dernière structure, les personnes handicapées représentent 71,43% du personnel.

Par ailleurs, depuis trois ans une unité de production de brosses et de balais a été créée pour 21 personnes handicapées, formées dans ces domaines par l'INEFJA de Thiès. Ce projet, même s'il rencontre des difficultés liées à la productivité et à l'écoulement des produits sur le marché local, est une expérience à partir de laquelle pourrait être tirées beaucoup de leçons.

Pour l'avenir, les projets de réadaptation professionnelle et de formation des personnes handicapées devraient cibler des créneaux porteurs et compétitifs.

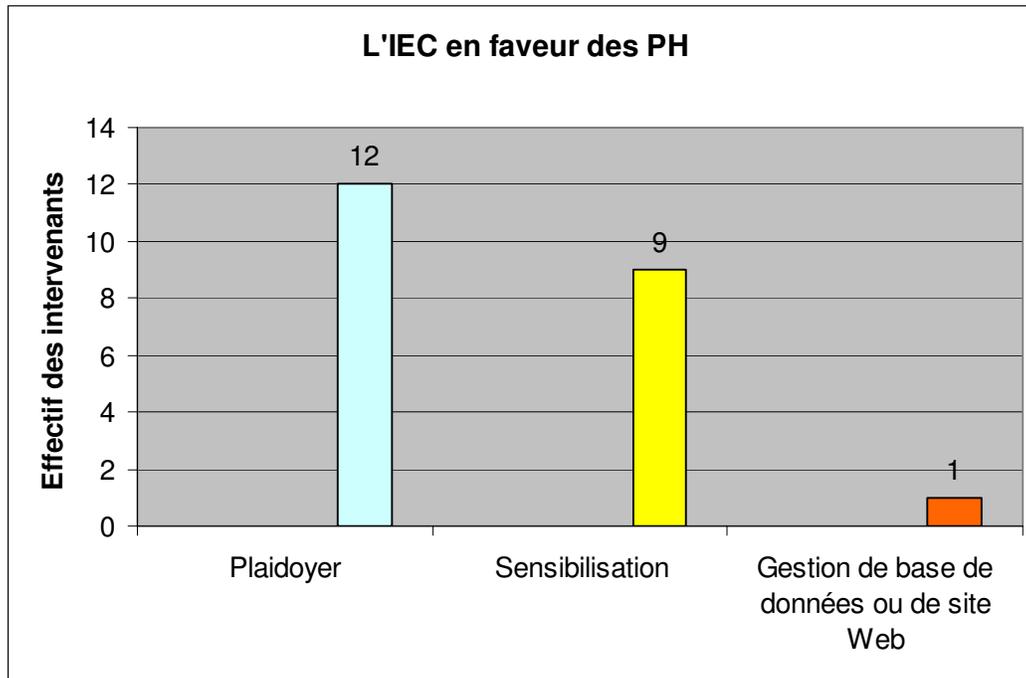
**Figure7**



**Source enquête**

### 3-2-5-2-4/ Les activités d'IEC menées en faveur des personnes handicapées

**Figure8**



**Source enquête**

Le plaidoyer est une stratégie développée presque par la grande partie des intervenants (80%, **Figure8**). Plusieurs institutions ont mis en œuvre des projets accordant une grande place au plaidoyer, pour l'accessibilité, la promotion et la protection des droits des personnes handicapées. Ainsi le CRPH, créé en 2003, a valorisé le plaidoyer à travers un atelier national axé sur les normes architecturales attentives aux personnes handicapées.

Le plaidoyer consiste en différentes stratégies visant à influencer la prise de décisions aux niveaux local, départemental, régional, national et international. Les stratégies de plaidoyer peuvent comporter des activités de «lobbying», de marketing social, d'information, d'éducation, de formation, de communication, d'organisation communautaire, etc.

Le plaidoyer ne peut pas être réduit à une simple campagne d'information. Pour être efficace, ses objectifs opératoires doivent s'inscrire sur un délai de trois ans.

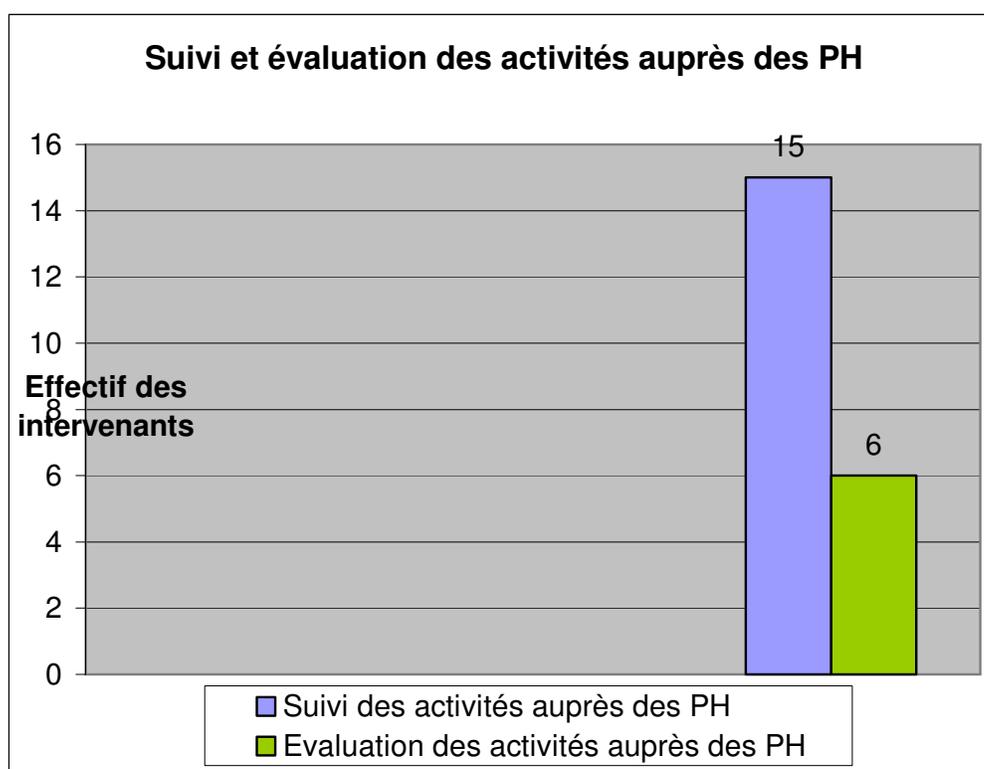
Au sujet des personnes handicapées du Sénégal, l'idéal est de parvenir à l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme national de plaidoyer avec la participation des principaux acteurs du secteur.

Concernant les activités de sensibilisation menées en faveur des personnes handicapées, les résultats de l'enquête montrent que 60% des institutions privilégient ce volet non négligeable pour prévenir le handicap et les maladies handicapantes.

Par ailleurs, une nouvelle stratégie a été enclenchée par Forut Sénégal, en partenariat avec d'autres acteurs du secteur. Il s'agit du télétravail pour les personnes handicapées. Cet espace d'information et de communication envisage de mettre en place un système de gestion de bases de données et un site Web pour une réadaptation professionnelle des personnes handicapées. Ce projet nourrit tous les espoirs de la communauté des personnes handicapées.

### 3-2-6/ Le suivi et l'évaluation des activités menées en faveur des personnes handicapées

**Figure9**



#### **Source enquête**

Toutes les institutions ciblées par l'enquête prétendent faire le suivi de leurs interventions auprès des personnes handicapées. Mais la difficulté majeure se situe au niveau de la conception des outils de suivi et leur exploitation régulière. Pour certains, cette activité n'est pas formalisée et requièrent des moyens humains et financiers appropriés.

Le suivi, collecte permanente de données permettant de corriger et de réorienter les interventions, devrait être formalisé par tous les intervenants mais aussi par les personnes handicapées surtout au niveau de la FSAPH et des différentes associations.

Au niveau de la Direction de l'Action Sociale, le suivi activités réalisées en faveur des personnes handicapées permettrait d'avoir une idée précise des possibilités d'intégration et d'autonomisation de cette catégorie sociale. Les financements accordés à titre de subventions et de microprojets, depuis 1998, devraient faire l'objet de suivi-évaluation.

Aussi, le suivi étant une activité fondamentale pour enclencher l'évaluation, il faut prévoir, au niveau de tous les intervenants des moyens nécessaires à sa réalisation et son exploitation régulière.

L'évaluation n'est pas encore inscrite dans la logique d'intervention de plusieurs institutions. En effet, 40% seulement des enquêtées ont évalué leurs activités menées en faveur des personnes handicapées au cours des dix dernières années.

L'évaluation, processus complet d'analyse et de réorientation du projet, quelle que soit l'approche (par les objectifs, la mise en œuvre du programme, les effets, les processus, les acteurs sociaux), a une fonction d'appui interne et de contrôle de la réalisation des actions. Certes l'évaluation est souvent mal perçue par certains acteurs mais nécessaire pour vérifier dans le cas des personnes handicapées leur intégration effective.

L'évaluation d'un projet ou programme mis en œuvre dans le secteur devrait impliquer les personnes handicapées, tout le long de son processus. Au cours de notre enquête, les informations recueillies auprès des personnes handicapées montrent que tel n'est pas toujours le cas. En effet, le projet COOPI, d'un coût global d'environ 600 millions de F CFA, a fait l'objet d'une évaluation externe dont les résultats et principales recommandations n'ont pas été partagés avec les principaux intéressés.

Pour l'Etat, l'évaluation de la politique sociale permettrait de faire les comptes sociaux et d'avoir une idée de l'effort social de toute la nation. Cependant la situation actuelle ne favoriserait nullement la connaissance de l'apport de chaque intervenant du secteur. De ce fait, la non maîtrise des données statistiques est un grand défi à relever par tous acteurs chargés de la prise en charge et de l'intégration des personnes handicapées.

A ce propos, un article de l'Agence de Presse Sénégalaise a souligné récemment que « sur le terrain, rares sont les évaluations faites pour déterminer l'impact réel de l'intervention des ONG sur les populations ciblées... ».

Fort heureusement, tous les intervenants que nous avons rencontrés au moment de notre enquête reconnaissent qu'il est nécessaire de faire un suivi régulier et des évaluations périodiques de leurs actions. De ce fait, ils envisagent de mobiliser les moyens appropriés pour systématiser le suivi et l'évaluation des actions réalisées au profit des personnes handicapées.

## **QUATRIEME PARTIE**

### **CONSTAT ET RECOMMANDATIONS**

## **4-1 CONSTAT :**

Après un diagnostic externe et interne des organisations de personnes handicapées et des institutions intervenant auprès desdites personnes, le constat suivant s'impose :

### **4-1-1 Au niveau de l'environnement interne des personnes handicapées :**

#### **4-1-1-1 Forces des personnes handicapées:**

- Création de plusieurs associations de personnes handicapées et, depuis 1997, de la FSAPH (regroupant actuellement 25 associations membres) ;
- Existence d'un leadership avéré des organisations de personnes handicapées au niveau des régions de Saint Louis, Thiès et Ziguinchor où les principaux responsables sont conviés régulièrement aux réunions des Comités Régionaux de Développement ;
- Existence de plusieurs cadres ayant des qualifications dans divers domaines ;

#### **4-1-1-2 Faiblesses au niveau des personnes handicapées:**

- Rivalités entre les principaux leaders des organisations de personnes handicapées ;
- Insuffisance d'une gestion saine et démocratique au niveau de certaines associations où les présidents sont les seuls détenteurs des moyens et du pouvoir ;
- Absence de travailleurs sociaux dans l'encadrement technique de certaines associations et structures de personnes handicapées ;
- Détournement d'objectifs des projets financés au profit des personnes handicapées ou de leurs associations ;
- Inefficacité voire même échec de certains projets mis en œuvre au profit des personnes handicapées ;
- Culture de la dépendance développée par certaines personnes handicapées.

### **4-1-2 Au niveau de l'environnement externe des personnes handicapées**

#### **4-1-2-1 Opportunités :**

- Elaboration d'un programme national de réadaptation à base communautaire dont le financement est recherché par l'Etat ;
- Importance accordée par les intervenants à des approches et stratégies pertinentes (participation, développement inclusif, renforcement des capacités, télétravail...), permettant une intégration effective des personnes en situation de handicap ;
- Engagement du maire de la Ville de Dakar auprès des personnes handicapées et de leurs organisations ;

- Existence au Sénégal de plusieurs projets de lutte contre la pauvreté ;
- Nomination de personnes handicapées comme conseillers de certaines hautes autorités de l'Etat (Présidence, Conseil de la République pour les Affaires Economiques et Sociales et Ville de Dakar) ;
- Engagement de plusieurs ONG nationales et internationales comme auxiliaires de l'Etat dans la promotion et la protection des droits des personnes handicapées ;
- Importance des fonds injectés pour la prise en charge et l'intégration des personnes handicapées ;
- Existence au Sénégal de plusieurs acteurs intervenant dans la prise en charge et l'intégration des personnes handicapées.

#### **4-1-2-2 Insuffisances**

- Non modification du décret 60-245 du 13 juillet 1960 portant réglementation des secours dans la République du Sénégal ;
- Insuffisance du personnel d'appui et d'accompagnement des personnes handicapées, surtout au niveau des CPRS ;
- Forte concentration des structures de prise en charge et d'intégration des personnes handicapées dans les régions de Dakar et Thiès ;
- Interventions des structures d'appui pas souvent en rapport avec les problèmes et besoins des personnes handicapées (par exemple, mise en place du microcrédit sans formation des bénéficiaires) ;
- Persistance des anciennes stratégies de prise en charge (villages de reclassement social, aides en nature et en espèces) qui ne favorisent pas l'intégration et l'autonomie des personnes handicapées ;
- Inaccessibilité de la plupart des édifices publics et des moyens de transport aux personnes handicapées ;
- Insuffisance de la maîtrise des données statistiques au niveau des organisations de personnes handicapées et des différents intervenants (certaines associations et institutions maîtrisent difficilement les effectifs de leurs membres ou cibles) ;
- Insuffisance des moyens consacrés à l'intégration socio-économique des personnes handicapées ; par exemple, les moyens humains, souvent trop faibles, ne permettent pas de garantir un encadrement efficace ;
- Absence des collectivités locales (sauf la Ville de Dakar) dans la politique de prise en charge et d'intégration des personnes handicapées malgré le transfert des compétences en matières d'action sociale opéré par la loi 96-07 du 22 mars 1996 ;
- Détournement par certains intervenants des moyens destinés aux personnes handicapées ;

- Absence de structures d'éducation spécialisée dans les régions autres que Dakar et Thiès ; paradoxalement, la région de Tambacounda où sévit la cécité des rivières (Onchocercose) n'a aucun élève parmi les 100 pensionnaires de l'INEFJA de Thiès, seule institution au Sénégal chargée de l'éducation des aveugles ;
- Absence de coordination des interventions auprès des personnes handicapées.

## **4-2 RECOMMANDATIONS**

Nos recommandations s'articulent autour de quatre principes directeurs et quatre axes stratégiques fondamentaux.

### **4-2-1 PRINCIPES DIRECTEURS:**

- L'intégration des personnes handicapées dans le milieu ordinaire est un moyen efficace pour asseoir une intégration sociale durable. De ce point de vue, il faut prendre en compte la problématique des personnes handicapées dans toutes les politiques publiques et privilégier dorénavant une approche inclusive dans la mise en œuvre des projets et programmes nationaux;
- Le partenariat permet d'optimiser les moyens disponibles et assure une certaine efficacité dans les interventions. Il instaure des relations de confiance et met en synergie les moyens disponibles. En outre, il favorise une situation de négociation permanente entre les acteurs. Pour ce faire, il est souhaitable d'identifier le partenaire le plus pertinent afin de réaliser telle ou telle action.
- La participation fait appel à l'initiative, l'autonomie, la responsabilisation des personnes handicapées. Elle renvoie à un autre principe universel : la subsidiarité. C'est d'ailleurs la raison fondamentale du fameux slogan « **rien pour nous sans nous** ». L'approche participative doit être ainsi une règle pour l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge et l'intégration des personnes handicapées ;
- La territorialité ou la nécessaire décentralisation des actions pour rapprocher les services des bénéficiaires. Il est par conséquent souhaitable de faciliter l'accessibilité de tous les édifices publics et d'adapter les moyens de transport aux personnes handicapées de toutes catégories.

### **4-2-2 AXES STRATEGIQUES :**

#### **4-2-2-1 Amélioration de l'environnement des personnes handicapées**

**Objectif :** Rendre l'environnement socioprofessionnel favorable aux personnes handicapées afin de promouvoir leur pleine participation au processus de développement du Sénégal.

**Résultat attendu :** disparition des contraintes environnementales limitant la pleine participation et l'intégration des personnes handicapées.

**Actions à mener :**

- Renforcer les effectifs du personnel des Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale et toutes les autres structures de l'Etat chargées d'encadrer et d'accompagner les personnes handicapées et leurs organisations ;
- Elaborer et vulgariser une lettre de politique sectorielle sur les personnes handicapées ;
- Formaliser la transcription du braille dans les langues nationales.
- Créer une structure interministérielle chargée de coordonner et d'orienter l'ensemble des actions en faveur des personnes handicapées ;
- Créer un cadre national de collaboration sans exclusive des acteurs impliqués dans la prise en charge et l'intégration socio-économique des personnes handicapées ;
- Créer un réseau des acteurs chargé d'appuyer la mise en œuvre d'un programme national de plaidoyer ;
- Améliorer la mobilité et l'information des personnes handicapées par une prise en compte des contraintes physiques et sensorimotrices ;
- Développer les structures de réadaptation fonctionnelle et professionnelle au niveau de toutes les régions du Sénégal.

**4-2-2-2 Renforcement des capacités**

**Objectif :** Développer les capacités techniques, managériales, organisationnelles et socio-économiques des personnes handicapées.

**Résultats attendus :**

- Les personnes handicapées développent des activités socio-économiques favorisant leur intégration ;
- Toutes les autorités responsables de l'organisation et de la prestation des services aux personnes handicapées veillent et répondent aux besoins en matière de personnel, dans les domaines du recrutement et de la formation continuée ;
- Création et gestion des organisations de personnes handicapées dans la démocratie et la transparence.

**Actions à mener :**

- Renforcer les capacités techniques et organisationnelles des personnes handicapées et des institutions d'appui;
- Financer des cycles de formation au niveau de toutes les régions en techniques de gestion de microprojets ;

- Démarrer dans le cadre du Crédit de Soutien à la Réduction de la Pauvreté un programme expérimental de la RBC dans les régions de Dakar, Saint Louis, Thiès et Ziguinchor, eu égard aux potentialités qui y existent déjà ;
- Promouvoir l'éducation intégratrice en organisant des sessions de formation en éducation spéciale pour tous les enseignants du système éducatif national ;
- Créer une autorité nationale (avec ses démembrements au niveau des régions, départements) dotée de compétences multiples afin de prendre toutes les mesures idoines pour la prise en charge et l'intégration des personnes handicapées ;
- Appuyer la création et le développement des organisations nationales, régionales et départementales de personnes handicapées ;
- Renforcer les capacités institutionnelles des centres de promotion et de réinsertion sociale en leur allouant des moyens de fonctionnement appropriés ;
- Appuyer les intervenants sur la base du suivi-évaluation satisfaisant des projets mis en œuvre.

#### **4-2-2-3 Plaidoyer pour la promotion et la protection des droits des personnes handicapées**

**Objectif :** Développer le plaidoyer pour la promotion et la protection des droits des personnes handicapées.

**Résultat attendu :** Respect des droits favorisant l'intégration socio-économique des personnes handicapées.

##### **Actions à mener :**

- Mettre en œuvre un programme national de plaidoyer avec la participation de tous les acteurs du secteur;
- Faire un plaidoyer afin de réserver un quota au niveau de tous les fonds nationaux de promotion et de lutte contre la pauvreté aux personnes handicapées. Se référer, à cet effet, à la directive présidentielle demandant à tous les projets de lutte contre la pauvreté de réserver 15% de leur financement aux personnes handicapées ;
- Faire un plaidoyer afin d'amener toutes les collectivités locales du Sénégal à mettre en œuvre des programmes d'intégration des personnes handicapées ;
- Mobiliser au niveau de toutes les régions les organisations de personnes handicapées pour le suivi et l'évaluation du programme national de plaidoyer ;
- Favoriser l'accès des personnes handicapées aux instances de décision ;
- Favoriser l'accès des bacheliers handicapés à l'université et à tous les instituts et écoles de formation supérieurs du Sénégal ;

- Mener des campagnes de prévention des handicaps et des maladies handicapantes.

#### **4-/ Suivi-évaluation des actions menées en faveur des personnes handicapées**

**Objectif :** Instituer un système de suivi-évaluation de toutes les actions menées en faveur des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire national.

**Résultats attendus :**

- Disponibilité d'un système de suivi et de gestion des données relatives aux personnes handicapées ;
- Evaluation effective de tous les projets financés en faveur des personnes handicapées.

**Actions à mener :**

- Développer le centre de télétravail des personnes handicapées initié par Forut Sénégal ;
- Créer un site Web et une banque de données sur les personnes handicapées et les organisations de personnes handicapées ;
- Créer un centre de veille et de prospective sur le handicap et les maladies handicapantes ;
- Amener la communauté des personnes handicapées à intégrer et à participer activement aux comités nationaux et locaux chargés des questions de développement par exemple les comités locaux de la mise en œuvre et du suivi du Programme Décennal de l'Education et de la Formation (PDEF) ;
- Réaliser des évaluations participatives avec des équipes pluridisciplinaires, pour tous les projets mis en œuvre au profit des personnes handicapées.

## **MATRICE DES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS**

<b>AXES STRATEGIQUES</b>	<b>OBJECTIFS</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>	<b>RECOMMANDATIONS</b>
<b>Amélioration de l'environnement des personnes handicapées</b>	<b>Rendre l'environnement socioprofessionnel favorable aux personnes handicapées afin de promouvoir leur pleine participation au processus de développement du Sénégal.</b>	Disparition des contraintes environnementales limitant la pleine participation et l'intégration des personnes handicapées	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Renforcer les effectifs du personnel des CPRS et de toutes les structures de l'Etat chargées d'encadrer et d'accompagner les personnes handicapées et leurs organisations ;</li> <li>-Elaborer et vulgariser une lettre de politique sectorielle sur les personnes handicapées ;</li> <li>- Formaliser la transcription du braille dans les langues nationales.</li> <li>-Créer une structure interministérielle chargée de coordonner et d'orienter l'ensemble des actions en faveur des personnes handicapées ;</li> <li>-Créer un cadre national de collaboration sans exclusive des acteurs impliqués dans la prise en charge et l'intégration socio-économique des personnes handicapées.</li> <li>-Créer un réseau des acteurs chargé d'appuyer la mise en œuvre d'un programme national de plaidoyer ;</li> <li>-Améliorer la mobilité et l'information des personnes handicapées par une prise en compte des contraintes physiques et sensorimotrices ;</li> <li>- Développer les structures de réadaptation fonctionnelle et professionnelle au niveau de toutes les régions du Sénégal.</li> </ul>
<b>Renforcement des capacités</b>	<b>Développer les capacités techniques, managériales, organisationnelles et socio-économiques des personnes handicapées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Les personnes handicapées développent des activités socio-économiques favorisant leur intégration ;</li> <li>-Toutes les autorités responsables de l'organisation et de la prestation des services aux personnes handicapées veillent et répondent aux besoins en matière de personnel, dans les domaines du recrutement et de la formation continuée</li> <li>-Création et gestion des organisations de personnes handicapées dans la démocratie et la transparence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Renforcer les capacités techniques et organisationnelles des personnes handicapées et des institutions d'appui;</li> <li>-Financer des cycles de formation au niveau de toutes les régions en techniques de gestion de microprojets ;</li> <li>-Démarrer dans le cadre CSRP un programme expérimental de la RBC dans les régions de Dakar, Saint Louis, Thiès et Ziguinchor, eu égard aux potentialités qui y existent déjà ;</li> <li>-Promouvoir l'éducation intégratrice en organisant des sessions de formation en éducation spéciale pour tous les enseignants des écoles ordinaires ;</li> <li>-Créer une autorité nationale (avec ses démembrements au niveau des régions, départements) dotée de compétences multiples afin de prendre toutes les mesures idoines pour la prise en charge et l'intégration des personnes handicapées ;</li> <li>- Appuyer la création et le développement des organisations nationales, régionales et départementales de personnes handicapées ;</li> <li>- Renforcer les capacités institutionnelles des centres de promotion et de réinsertion sociale en leur allouant des moyens de fonctionnement appropriés ;</li> <li>- Appuyer les intervenants sur la base du suivi-évaluation satisfaisant des projets mis en oeuvre.</li> </ul>
<b>Plaidoyer pour la promotion et la protection des droits des personnes handicapées</b>	<b>Développer le plaidoyer pour la promotion et la protection des droits des personnes handicapées</b>	Respect des droits favorisant l'intégration socio-économique des personnes handicapées	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mettre en œuvre un programme national de plaidoyer avec la participation de tous les acteurs du secteur;</li> <li>- Faire un plaidoyer afin de réserver un quota au niveau de tous les fonds nationaux de promotion et de lutte contre la pauvreté aux personnes handicapées. Se référer pour cela à la directive présidentielle demandant à tous les projets de lutte contre la pauvreté de réserver 15% de leur financement aux personnes handicapées ;</li> <li>- Faire un plaidoyer afin d'amener toutes les collectivités locales à mettre en œuvre des programmes d'intégration des personnes handicapées ;</li> <li>-Mobiliser au niveau de toutes régions les organisations de personnes handicapées pour le suivi et l'évaluation du programme national de plaidoyer ;</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser l'accès des personnes handicapées aux instances de décision ;</li> <li>- Favoriser l'accès des bacheliers handicapés à l'université et à tous les instituts et écoles de formation supérieurs du Sénégal ;</li> <li>- Mener des campagnes de prévention des handicaps et des maladies handicapantes.</li> </ul>
<p><b>Suivi-évaluation des actions menées en faveur des personnes handicapées</b></p>	<p><i>Instituer un système de suivi-évaluation de toutes les actions menées en faveur des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire national</i></p>	<p>-Disponibilité d'un système de suivi et de gestion des données relatives aux personnes handicapées ;</p> <p>-Evaluation effective de tous les projets financés en faveur des personnes handicapées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Développer le centre de télétravail des personnes handicapées initié par Forut Sénégal ;</li> <li>-Créer un site Web et une banque de données sur les personnes handicapées et les organisations de personnes handicapées ;</li> <li>-Créer un centre de veille et de prospective sur le handicap et les maladies handicapantes ;</li> <li>-Amener la communauté des personnes handicapées à intégrer et à participer activement aux comités nationaux et locaux chargés des questions de développement par exemple les comités locaux de la mise en œuvre du PDEF ;</li> <li>-Réaliser des évaluations participatives avec des équipes pluridisciplinaires, pour tous les projets mis en œuvre au profit des personnes handicapées.</li> </ul>

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- AYA Abdoul Aziz, Politique de prise en charge des personnes handicapées dans les pays de l'Afrique de l'Ouest : le cas du Sénégal, ENTSS, Dakar, 1999.
- BARRES R. et RAFFESTIN P., Organisations et méthodologies en santé et en action sociale, Les Editions Foucher, 1994
- BIT, Rapport de recherche sur les conditions de vie et les activités économiques des personnes handicapées au Bénin, au Burkina Faso et en Guinée, Genève, 1993.
- DAHW, Rapport général de l'atelier de réflexion sur les lois régissant les villages de reclassement social, Thiès, 2004.
- DAS, Plan national d'action sociale 1997-2001, Thiès, 1996.
- Forut Sénégal, NTIC et femmes handicapées : contraintes, opportunités et perspectives, Dakar, 2003.
- IAR, Rapport général du séminaire sur l'utilisation des règles standards des nations unies pour l'égalisation des chances pour les personnes handicapées, Dakar, 2000.
- JEANNE Philippe et LAURENT Jean-Paul, Enfants et adolescents handicapés : pour une prise en charge qualitative du handicap, Ed. ESF, Paris 1998.
- OLERON Pierre, Education des enfants physiquement handicapés, PUF, Paris, 1976.
- GRAWITZ Madeleine, Méthodes des sciences sociales, Ed. Dalloz, Paris, 2001.
- OMS, Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé, 2001.
- ONU, Programme d'action mondial concernant les personnes handicapées, 1998.
- UA, Plan d'action continental de la décennie africaine des personnes handicapées (1999-2009), 2002.
- UNESCO, Déclaration de Salamanque et Cadre d'action pour l'éducation et les besoins spéciaux, Salamanque, 1999.

## **ANNEXES**

- 1. Déclaration des droits des personnes handicapées : 24/33 Nations Unies.**
- 2. Directives du Conseil Interministériel du 30 octobre 2001.**
- 3. Loi 75-80 du 9/7/1975 relative au traitement des maladies mentales et au régime d'internement de certaines catégories d'aliénés.**
- 4. Décret 75-1093 du 23/10/1975 fixant les conditions d'organisation et de fonctionnement des villages psychiatriques.**
- 5. Loi n°76-03 du 25/3/1976 relative au traitement de la lèpre et reclassement social des lépreux guéris et mutilés.**
- 6. Décret n° 78-541 du 16/6/1978 portant application de la loi n°76-03s à l'internement dans les villages de reclassement social des malades de la lèpre**
- 7. Décret 60-245/MSAS du 13 juillet 1960 portant réglementation des secours dans la République du Sénégal.**
- 8. Formulaire du questionnaire de l'enquête.**
- 9. Guide d'entretien.**
- 10. Liste des associations membres de la FSAPH.**
- 11. Liste des organisations, associations et villages de reclassement social ciblés pour le guide d'entretien.**
- 12. Termes de référence de l'étude.**
- 13. Carte du Sénégal.**

# Déclaration des droits des personnes handicapées

2433<sup>e</sup> séance plénière du 9/12/1975

Résolution de la 33<sup>e</sup> session de l'Assemblée générale

réunie du 16 septembre au 17 décembre 1975

Supplément n° 34 (A/10034)

NATIONS UNIES

L'Assemblée Générale,

— Consciente de l'engagement que les Etats membres ont pris, en vertu de la charte des Nations Unies d'agir tant conjointement que séparément, en coopération avec l'organisation, pour favoriser le relèvement des niveaux de vie, le plein emploi et des conditions de progrès et de développement dans l'ordre économique et social.

— Réaffirmant sa foi dans les droits de l'homme et les libertés fondamentales et dans les principes de paix, de dignité et de valeur de la personne humaine et de justice sociale proclamés dans la charte,

— Rappelant les principes de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme, des pactes nationaux et internationaux relatifs aux droits de l'homme, de la Déclaration des droits de l'enfant et de la Déclaration des droits du déficient mental, ainsi que les normes de progrès social déjà énoncées dans les actes constitutifs, les conventions, les recommandations et les résolutions de l'O.I.T., de l'UNESCO, de l'OMS, de l'UNICEF et d'autres programmes intéressés,

— Rappelant également la résolution 1921 du Conseil économique et social en date du 6 mai 1975, sur la prévention de l'invalidité et la réadaptation des handicapés.

— Soulignant que la Déclaration sur le progrès et le développement dans le domaine social a proclamé la nécessité de protéger les droits et d'assurer le bien-être et la réadaptation des handicapés physiques et mentaux;

— Ayant à l'esprit la nécessité de prévenir les invalidités physiques et mentales et d'aider les personnes handicapées à développer leurs aptitudes dans les domaines d'activités les plus divers ainsi qu'à promouvoir, dans toute la mesure possible, leur intégration à une vie sociale normale,

— Consciente que certains pays, au stade actuel de leur développement, ne peuvent consacrer à cette action que des efforts limités,

— Proclame la présente déclaration des droits des personnes handicapées et demande qu'une action soit entreprise, sur les plans national et international, afin que cette déclaration constitue une base et une référence communes pour la protection de ces droits :

1 — Le terme «handicapé» désigne toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience, congénitale ou non de ses capacités physiques ou mentales.

2 — L'handicapé doit jouir de tous les droits énoncés dans la présente déclaration. Ces droits doivent être reconnus à tous les handicapés sans exception aucune et sans distinction ou discrimination fondées sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, l'origine nationale ou sociale, l'état de fortune, la naissance ou sur tout autre situation, que celle-ci s'applique au handicapé lui-même ou à sa famille.

3 — Le handicapé a essentiellement droit au respect de sa dignité humaine.

Le handicapé, quelque soient l'origine, la nature et la gravité de ses troubles et déficiences, a les mêmes droits fondamentaux que ses concitoyens du même âge, ce qui implique en ordre principal celui de jouir d'une vie décente, aussi normale et épanouie que possible.

4 — Le handicapé a les droits civils et politiques que les autres êtres humains; le paragraphe 7 de la Déclaration des droits du déficient mental est d'application pour toute limitation ou suppression de ces droits dont le handicapé mental serait l'objet.

5 — Le handicapé a droit aux mesures destinées à lui permettre d'acquiescer la plus large autonomie possible.

6 — Le handicapé a droit aux traitements médicaux, psychologiques et fonctionnels, y compris aux appareils de prothèse et d'orthèse, à la réadaptation médicale et sociale, à l'éducation, à la formation et à la réadaptation professionnelle, aux aides, conseils, services de placement et autres services qui assureront la mise en valeur maximale de ses capacités et aptitudes et hâteront le processus de son intégration ou de sa réinsertion sociale.

7 — Le handicapé a droit à la sécurité économique et sociale et à un niveau de vie décent. Il a droit, selon ses possibilités, d'obtenir et de conserver un emploi ou d'exercer une occupation utile, productive et rémunératrice, et de faire parti d'organisation syndicale.

8 — Le handicapé a droit à ce que ses besoins particuliers soient pris en considération à tous les stades de la planification économique et sociale.

9 — Le handicapé a le droit de vivre au sein de sa famille ou d'un foyer s'y substituant et de participer à toutes les activités sociales, créatives ou récréatives. Aucun handicapé ne peut être astreint, en matière de résidence, à un traitement distinct qui n'est exigé par son état ou l'amélioration qui peut lui être apportée. Si le séjour du handicapé dans un établissement spécialisé est indispensable, le milieu et les conditions de vie doivent y être aussi proches que possible de ceux de la vie normale des personnes de son âge.

10 — Le handicapé doit être protégé contre toute exploitation, toute réglementation ou tout traitement discriminatoires, abusifs, dégradant.

11 — Le handicapé doit pouvoir bénéficier d'une assistance légale qualifiée, lorsque pareille assistance se révèle indispensable à la protection de sa personne et de ses biens. Il est l'objet de poursuite judiciaire, il doit bénéficier d'une procédure régulière qui tienne pleinement compte de sa condition physique ou mentale.

12 — Les organisations de handicapés peuvent être utilement consultées sur toutes questions concernant les droits des handicapés.

13 — Le handicapé, sa famille et sa communauté doivent être pleinement informés, par tous les moyens appropriés des droits contenus dans la présente déclaration.

# Résolution proposée par la troisième commission

34/154 - Année Internationale des personnes handicapées

Date : 17 décembre 1979 Séance plénière : 105

Adoptée sans vote - Rapport : A/34/782

*L'Assemblée Générale,*

Rappelant sa résolution 31/123 du 16 décembre 1976, par laquelle elle a proclamé l'année 1981 Année Internationale des personnes handicapées,

Rappelant également sa résolution 32-133 du 16 décembre 1977, portant création d'un comité consultatif pour l'Année Internationale des personnes handicapées, et sa résolution 33/170 du 20 décembre 1978,

Reconnaissant que l'Année Internationale des personnes handicapées devrait promouvoir la réalisation du droit des personnes handicapées à participer pleinement à la vie sociale et au développement de la communauté dans laquelle elles vivent, et les aider à jouir de conditions de vie comparables à celles de leurs concitoyens et à bénéficier à égalité des améliorations des conditions de vie résultant du développement économique et social,

Reconnaissant également que l'Année Internationale des personnes handicapées devrait mettre l'accent sur la contribution que les personnes handicapées peuvent apporter comme citoyens à part entière de la société,

Reconnaissant que l'invalidité devrait être considérée comme un rapport entre l'individu et son environnement,

Convaincu que l'Année Internationale des personnes handicapées devrait amener les sociétés à tenir davantage compte des difficultés que les personnes handicapées peuvent rencontrer pour réaliser leur potentiel humain,

Convaincu également qu'un grand nombre de personnes handicapées étant victimes de la guerre et d'autres formes de violence, l'Année Internationale des personnes handicapées pourrait être judicieusement utilisée comme une occasion de souligner la nécessité de poursuivre et de renforcer la coopération entre nations en vue de la paix mondiale,

Soulignant l'importance de suivre les activités de l'AIH au moyen d'un programme d'action à long terme,

Notant que le Secrétaire général nommera une Secrétaire exécutive de l'AIH,

Notant également les passages pertinents du rapport sur la situation sociale dans le monde,

Portant note du rapport du Comité consultatif pour l'AIH sur sa première session, tenue du 19 au 23 mars 1979,

1 — Décide d'élargir le thème de l'AIH qui devient « Pleine participation » et « égalité »;

2 — Approuve les recommandations formulées par le Comité consultatif pour l'AIH à sa première session, qui figurent dans le rapport du Secrétaire général, et les adopte à titre de plan d'action pour l'année,

3 — Souligne l'orientation pragmatique des activités de l'année;

4 — Affirme que le rôle principal de l'AIH se situe au niveau national, avec des activités d'appui aux niveaux régional et international;

5 — Invite les Etats membres à envisager des activités au niveau national inspirées du plan d'action pour l'AIH, et selon des modalités conformes à la culture, aux usages et aux traditions de chaque pays;

6 — Invite également les institutions spécialisées concernées et les organismes intéressés des Nations Unies à consacrer une attention spéciale à l'exécution du plan d'action pour l'AIH;

7 — Affirme en outre que, dans l'exécution du plan d'action pour l'AIH, une attention particulière doit être prêtée aux personnes handicapées des pays en développement, au moyen de l'octroi d'une assistance technique, tant multilatérale que bilatérale, pour la prévention de l'invalidité et la réadaptation des personnes handicapées;

8 — Prie à cet égard le Secrétaire général d'accorder la priorité à l'organisation d'un séminaire international d'experts à orientation pragmatique portant sur l'assistance technique dans le domaine des services destinés aux handicapés et sur la coopération technique entre pays en développement, comme l'a recommandé le Comité consultatif;

9 — Prie le Secrétaire général d'étudier les moyens de permettre à l'Institut inter-

national pour la réadaptation des personnes handicapées des pays en développement de poursuivre des activités, et de présenter un rapport sur ce sujet à l'Assemblée générale lors de sa trente-cinquième session;

10 — Invite le président du Comité consultatif de l'AIH à contribuer à promouvoir la célébration de l'AIH et prie le Secrétaire général de fournir tous les moyens nécessaires pour aider à cet égard, y compris des services de liaison au siège.

11 — Prie le Secrétaire général de fournir au Secrétariat de l'année internationale des personnes handicapées toutes les ressources nécessaires pour suivre l'application du plan d'action, de l'année, y compris des activités d'information;

12 — Prie le Secrétaire général de convoquer en 1980 une réunion du Comité consultatif pour l'AIH afin d'étudier l'application du plan d'action de l'année et de commencer l'examen d'un programme d'action à long terme;

13 — Prie le Secrétaire général de prendre des mesures urgentes pour donner la publicité voulue à l'Année Internationale des personnes handicapées et à cet égard, de choisir un emblème pour l'année à la fin de 1979;

14 — Prie les institutions spécialisées et les autres organismes intéressés des Nations Unies d'établir des plans concrets et coordonnés pour l'année internationale des personnes handicapées, qui seront présentés au Comité consultatif à sa session de 1980;

15 — Invite les commissions économiques régionales de l'organisation des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales régionales à élaborer, aussitôt que possible, leurs contributions aux activités de l'année internationale des personnes handicapées;

16 — Souligne l'importance d'une participation active des organisations non gouvernementales, en particulier des organisations de personnes handicapées elles-mêmes, aux niveaux tant national qu'international, en appui à l'année;

17 — Se félicite des contributions volontaires déjà versées par certains gouvernements pour l'AIH et lance un appel pour que de nouvelles contributions volontaires soient versées pour l'année;

18 — Invite les Etats membres à présenter des rapports nationaux au Secrétaire général concernant leur application du plan d'action pour l'année et, en particulier, à envisager l'élaboration, sur la base de leur expérience, de programmes d'action nationaux à long terme dans le domaine des services destinés aux personnes handicapées;

19 — Décide d'inscrire à l'ordre du jour provisoire de sa trente-cinquième session un point intitulé « Année Internationale des personnes handicapées » et prie le Secrétaire général d'établir un rapport sur l'application de la présente résolution.

## DIRECTIVES DU CONSEIL INTERMINISTERIEL DU 30 OCTOBE 2001

### COMPTE RENDU DE LA REUNION INTERMINISTERIELLE SUR LA PRISE EN CHARGE ET L'INTEGRATION DES PERSONNES HANDICAPEES

Le Premier Ministre a présidé le mardi 30 octobre 2001, à 9 heures, à la Primature, une réunion interministérielle consacrée à la prise en charge des personnes handicapées.

Le Ministre de l'Intérieur, le Ministre de la Santé et de la Prévention, le Ministre de l'Education, le Ministre du Développement Social et de la Solidarité Nationale (Maître d'œuvre), le Ministre de la Jeunesse, de l'Environnement et de l'Hygiène Publique, le Ministre de la Fonction publique, de l'Emploi et du Travail, le Ministre des Sports, le Ministre de la Famille et de la Petite Enfance, le Ministre de la Culture, le Ministre chargé du Budget et de l'Habitat, le Ministre Délégué chargé des collectivités locales, le Secrétaire Général du Gouvernement, le Secrétaire Général adjoint du Gouvernement, le Directeur de cabinet du Madame le Premier Ministre, et plusieurs hauts fonctionnaires ont participé à cette importante rencontre.

En ouvrant la séance, le Premier Ministre a souligné que le Gouvernement de l'Alternance a fixé parmi ses objectifs prioritaires, l'intégration et la participation des personnes atteintes d'un handicap, que ce soit d'un handicap congénital ou d'un handicap survenu à la suite d'accidents professionnels ou d'une négligence coupable de l'homme.

L'intégration et la participation sont essentielles à la dignité humaine et la jouissance de l'exercice des droits de l'Homme.

Le Premier Ministre, a ensuite, donné la parole à Madame le Ministre du Développement Social et de la Solidarité Nationale, Maître d'œuvre, qui a articulé sa communication autour de points suivants :

- Etat des lieux
- Orientations et mesures nouvelles

#### **I – Etat des lieux**

Abordant le premier point, le Ministre a déclaré que selon l'OMS, 10% de la population mondiale sont handicapées et 20% dans les pays en développement seraient atteints de handicap.

Au Sénégal, le recensement de 1988, a laissé percevoir que 800.000 personnes seraient constituées pour l'essentiel :

- de handicapés moteurs
- de handicapés visuels
- de handicapés auditifs
- de handicapés mentaux
- d'albinos
- et de lépreux guéris ou mutilés

Selon Madame le Ministre, la situation de précarité et de dépendance dans laquelle baigne cette catégorie sociale, fait observer :

- en matière de santé, une forte dégradation de ses conditions sanitaires due à la faiblesse de ses revenus et à l'accessibilité aux structures sanitaires et médicales ;
- en matière d'éducation, une insuffisance des structures d'éducation et de formation spécialisées, mettant la majorité des enfants handicapés en dehors des structures d'éducation ;
- en matière d'emploi, une forte prévalence du chômage en raison de multiples contraintes et de l'inexistence de dispositions juridiques ;
- d'une manière générale, un cadre de vie (transport, logement, commodité etc.) inadéquat.

Face à cette situation sociale, les Pouvoirs publics ont entrepris des actions :

- à court terme, par la prise en charge des personnes handicapées ainsi que leur promotion économique (dépistage des maladies, sensibilisation et information, insertion dans les structures socio-éducatives et promotion par l'initiative et le financement de micro-projets). En 2001, 120.000.000 Fcfa leur ont été consacrés contre 60.000.000 en l'an 2000.
- à moyen et long termes, par la définition d'une politique nationale de prise en charge et de la promotion des personnes handicapées, volet du Plan National d'Action Sociale. Les objectifs poursuivis seront ainsi centrés dans un programme intitulé Programme National de Réhabilitation des Personnes Handicapées, s'inspirant de l'approche Réadaptation à Base Communautaire (RBC) proposée par l'OMS et le BIT.

Madame le Ministre a toutefois souligné que les multiples contraintes, *d'ordre juridique* (inexistence de texte consacrant l'intégration des personnes handicapées), *d'ordre institutionnel* (insuffisance de structures d'encadrement et de formation, absence de coordination entre les différents intervenants), *d'ordre financier* (faiblesse des moyens, absence de financement de la RBC) ont justifié la définition d'orientations nouvelles, ainsi que la mise en œuvre d'actions ciblées pour une meilleure prise en charge des personnes handicapées.

## **II – Orientation et mesures nouvelles**

Abordant le second volet de sa communication, axé sur les orientations et mesures nouvelles, Madame le Ministre a suggéré deux axes majeurs pour une parfaite prise en charge et intégration des personnes handicapées.

Le premier axe est relatif à l'objectif d'Egalisation des Chances qui doit être consacré par notre dispositif législatif et réglementaire, traduisant ainsi la volonté politique du Gouvernement de garantir aux handicapés les mêmes droits et obligations qu'à leurs concitoyens.

Le second axe est centré sur la mise en place effective du Programme National de Réadaptation à Base Communautaire (RBC).

Le programme de Réhabilitation à base Communautaire, selon le Ministre du Développement Social et de la Solidarité Nationale, est un programme qui s'inspire de la stratégie de réhabilitation, recommandée aux Etats par l'OMS, l'UNESCO et l'OIT. Il vise une parfaite intégration des personnes handicapées dans la société. Son financement, sur dix ans, est estimé à 4.227.000.000 Fcfa.

Les ressources financières, humaines et techniques consacrées aux personnes handicapées devraient tout autant être renforcées.

Madame le Ministre, a enfin suggéré l'élaboration d'une loi d'orientation sociale pour assurer la protection sociale et la promotion socio-économique de cette catégorie sociale.

Après les larges débats qui ont suivi cet exposé, le Premier Ministre a félicité Madame le Ministre du Développement Social et de la Solidarité Nationale pour son exposé très fouillé et pour l'excellent travail accompli avec ses collaborateurs.

Le Premier Ministre, estimant que la recherche de l'égalisation des chances au profit de tous les citoyens est une œuvre collective, construite sur la base de convictions fortes, d'engagement à la fois de l'Etat, des partenaires et des populations elles-mêmes, a arrêté les directives ci-dessous à mettre en œuvre.

### **III – Directives**

<b>N°</b>	<b>Directives d'ordre législatif et réglementaire</b>	<b>ACTEURS</b>
1	Elaborer une loi sur la Réadaptation médicale, l'Education et la Formation et l'Emploi des Personnes Handicapées	MSP-MFPET- M.Justice-MFPE- MJEHP-ME- METFPALN
2	Elaborer une loi d'orientation sociale en vue de l'adoption d'un Programme National de Réadaptation à Base Communautaire  Elaborer le projet de décret portant Orientation et Fonctionnement du Programme National de Réadaptation à Base Communautaire	MSP – ME – METFP – MUAT – MET – MEF - MJ
3	Réviser le code de l'Urbanisme et le code de la Construction en vue de la prise en compte de la spécificité du handicap dans l'aménagement du cadre de vie	MET – MUAT -MBH
<b>Directives à incidence financière</b>		
1	Le MEF veillera à atteindre l'objectif de 300 millions Fcfa l'an au titre de la ligne budgétaire : « Appui aux Personnes handicapées » dans les meilleurs délais.	MEF – M Budget
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le MDSSN veillera, en relation avec le MEF, à financer le programme RBC avant le 30 novembre 2001 ;</li> <li>- Le MEF programmera son financement dans le cadre de la loi rectificative de finance 2002 et dans les BCI à venir</li> </ul>	MEF – M Budget
3	Doter le MDSSN d'un appui institutionnel (2 véhicules de liaison, bureautique...) pour la coordination	MEF
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le MDSSN, en relation avec le MEF, étudiera la possibilité de transférer les crédits destinés à l'Appui aux personnes handicapées en Fonds d'Appui et d'Insertion des personnes handicapées ;</li> <li>- Le MEF dotera le Fonds pour un démarrage effectif en 2002 par le biais de la loi rectificative de finance ;</li> <li>- Le MC et MJEHP s'engagent à octroyer une subvention annuelle aux jeunes et artistes handicapés par le biais de leurs fonds respectifs.</li> </ul>	MJEHP – MEF – M.Culture

<b>Directives d'ordre sectoriel</b>		
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer dans les 31 départements, des structures polyvalentes de réadaptation et les doter de personnel technique nécessaire ;</li> <li>- Instituer, en relation avec le Ministère de la Santé et de la Prévention, la carte d'invalidité ;</li> </ul>	MSP – MFPE - MCCL
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer la gratuité des frais d'inscription aux élèves handicapés nécessiteux dans les structures de formation spécialisé et fixer un taux mensuel forfaitaire par la signature de protocole d'accord entre le MDSSN et les Ministères concernés ;</li> <li>- Systématiser l'octroi de bourses aux élèves et étudiants handicapés nécessiteux ;</li> <li>- Intégrer le MDSSN, aux commissions d'attribution de bourses.</li> </ul>	METFPALN – M Culture MEN - MCCL
3	Faire participer les services techniques compétents du MDSSN à la Commission Nationale de mise en œuvre de la Convention d'OTTAWA sur les mines antipersonnel.	MFA – MAEUASE – MET - MSP
4	Elaborer la cartographie des personnes handicapées	MEF – MCCL - FSAPH
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solliciter l'avis technique du MDSSN dans la délivrance des récépissés aux associations de personnes handicapées ;</li> <li>- Restructurer la Fédération Sénégalaise des Associations de Personnes Handicapées (FSAPH) en vue d'une meilleure lisibilité des types de handicaps ;</li> <li>- Faire décentraliser les structures de la Fédération au niveau régional, départemental et local ;</li> <li>- Assurer un encadrement rapproché en vue d'une bonne gouvernance au sein des associations.</li> </ul>	MIN - FSAPH
6	Tenir un CRD spécial dans les 10 régions sur l'occupation irrégulière des lieux et édifices publics.	MIN - FSAPH
7	Mettre à la disposition de la FESAPH, un siège fonctionnel	SGPR
8	Réhabiliter et renforcer les capacités de l'INEFJA par des mesures appropriées à court et moyen terme.	METFPALN - MEF
9	Renforcer les capacités de HANDISPORTS	MS - MEF
10	Procéder à l'électrification progressive des villages de reclassement social	MEF - MMEH
11	Promouvoir la création d'emploi au profit des personnes handicapées	MFPET
12	Promouvoir une politique d'information et de sensibilisation - IEC	Tous les Ministères

# DECLARATION DES DROITS DU DEFICIENT MENTAL

Attendu que la Déclaration universelle des Droits de l'Homme, adoptée par les Nations Unies, proclame que tous les êtres humains, sans aucune distinction, jouissent de droits égaux et inaliénables de dignité humaine et de liberté,

Attendu que la Déclaration des Droits de l'Enfant, adoptée par les Nations Unies, proclame les droits de l'enfant handicapé physiquement, mentalement ou socialement, au traitement, à l'éducation et aux soins requis par son état.

La Ligue Internationale des Associations d'aide aux handicapés mentaux proclame les droits généraux et particuliers du déficient mental comme suit :

**ARTICLE I :** Le déficient mental a les mêmes droits fondamentaux que les

autres citoyens du même pays et du même âge.

**ARTICLE II :** Le déficient mental a droit aux soins médicaux et aux traitements physiques appropriés à son état, ainsi qu'à l'éducation, à l'instruction, à la formation, à la réadaptation et aux conseils qui l'aideront à développer au maximum ses capacités et ses aptitudes, quelle que soit la gravité de son handicap. Aucun déficient mental ne doit être privé de cette assistance en raison de la charge financière qu'elle représente.

**ARTICLE III :** Le déficient mental a droit à la sécurité économique et à un niveau de vie décent. Il a le droit d'accomplir un travail productif ou d'exercer toute autre occupation utile.

**ARTICLE IV :** Le déficient mental a droit de vivre au sein de sa famille ou d'un foyer s'y substituant, de participer à toutes les formes de la vie communautaire et de s'adonner à des activités récréatives compatibles avec son état. Si son placement en établissement spécialisé est nécessaire, le milieu et ses conditions de vie devront être aussi proches que possible de ceux de la vie normale.

**ARTICLE V :** Le déficient mental doit pouvoir bénéficier d'une tutelle qualifiée lorsque cela est indispensable à la protection de sa personne et de ses biens. Toute personne, intervenant directement dans le traitement ou l'hébergement du déficient mental ne peut se voir confier de titulaire.

**ARTICLE VI :** Le déficient mental doit être protégé contre toute exploitation, abus ou traitement dégradant. S'il est l'objet de poursuites judiciaires, il doit bénéficier d'une procédure régulière qui tienne pleinement compte de son degré de responsabilité.

**ARTICLE VII :** Etant donné la gravité de leur handicap, certains déficients mentaux ne sont pas capables d'exercer effectivement l'ensemble de leurs droits. Pour d'autres une limitation de ces droits ou même leur suppression peut être nécessaire.

La procédure utilisée aux fins de cette limitation ou de cette suppression devra préserver légalement le déficient mental, contre toute forme d'abus. Elle sera fondée sur une évaluation, par des experts qualifiés, de ses capacités sociales. Cette limitation ou suppression des droits sera soumise à des révisions périodiques et préservera un droit d'appel à des instances supérieures.

Par dessus tout l'arrière  
a  
droit au respect



Bien que malade, la danse reste l'expression la plus marquante de la joie du hansénien.

## LOI N° 75-80 DU 9 JUILLET 1975 RELATIVE AU TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES ET AU REGIME D'INTERNEMENT DE CERTAINES CATEGORIES D'ALIENES

L'Assemblée nationale a délibéré et adopté en sa séance du vendredi 27 juin 1975 :

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

**ARTICLE I :** Le traitement des maladies mentales est suivi en cure libre et en milieu ouvert. Toutefois, le régime d'internement peut être ordonné par décision de justice lorsque le malade mental a commis une

infraction pénale ou que son comportement constitue un danger pour lui-même ou pour la sécurité publique ou qu'il ne suit pas le traitement ordonné.

**ARTICLE II :** Le traitement des maladies mentales en cure libre et en milieu ouvert s'effectue :

- 1 — au sein de la famille,
- 2 — auprès d'un thérapeute traditionnel autorisé par décision du ministre chargé de la santé publique,
- 3 — dans les établissements de soins ou dans les villages psychiatriques en dépendant,
- 4 — dans les institutions agréées qui ne peuvent être créées ou ne peuvent poursuivre leurs activités, quel que soit leur mode d'action, qu'après autorisation administrative.

**ARTICLE III :** Il est créé auprès de chaque chef-lieu de région un ou plusieurs villages psychiatriques dépendant de l'hôpital régional et fonctionnant dans les conditions prévues par décret.

Sont déclarés d'utilité publique les opérations nécessaires à l'installation des villages psychiatriques.

**ARTICLE IV :** Les établissements de soins et les institutions agréées tiennent un registre mentionnant :

- 1 — l'identité du malade,
- 2 — le diagnostic justifiant son traitement en cure libre,
- 3 — le lieu où le malade doit recevoir ses soins,
- 4 — le résultat des visites mensuelles de contrôle médical.

Des fiches individuelles reproduisent les renseignements consignés sur le registre.

**ARTICLE V :** Le préfet et le procureur de la République sont tenus de visiter chaque semestre les établissements de soins et les institutions agréées de leur ressort et, chaque année, les villages psychiatriques rattachés aux établissements de soins.

A l'occasion de ces visites ils contrôlent et émargent les registres et fiches prévus à l'article précédent.

**ARTICLE VI :** Les malades mentaux soignés dans les hôpitaux, centres ou villages psychiatriques ainsi que dans des institutions agréées ne peuvent être contraints d'y résider que durant le temps nécessaire aux soins et consultations périodiques.

En cas d'agitation extrême ou de dépression grave et lorsque le malade se soustrait aux prescriptions médicales, les parents, les personnes vivant habituellement avec lui, ou tout agent de la force publique peuvent s'assurer de sa personne et le conduire à l'établissement de soins le plus proche pour y subir les examens et traitements nécessaires.

**ARTICLE VII :** Les malades mentaux visés à l'alinéa 2 de l'article 1 sont internés dans un établissement spécialisé de type fermé qui sera créé par décret.

L'admission, le séjour, les conditions de sortie ont lieu conformément aux dispositions ci-après de la présente loi.

**ARTICLE VIII :** Les malades mentaux visés à l'alinéa 2 de l'article 1 en provenance

de toutes les régions du Sénégal, sont internés provisoirement dans l'infirmerie spéciale dépendant de l'établissement de type fermé visé à l'article 7, où ils sont conduits par les autorités médicales et de police ou de gendarmerie sur ordre écrit et motivé du préfet du lieu où ils ont été appréhendés.

Lorsque le malade mental a commis une infraction pénale, le préfet est saisi par les autorités judiciaires.

**ARTICLE IX :** Le procureur de la République du lieu d'installation de l'établissement est immédiatement avisé du transfert et de l'internement provisoire du malade mental. Les pièces officielles concernant ce dernier lui sont transmises sans délai.

Il saisit par requête motivée le président du tribunal de 1<sup>ère</sup> instance qui statue dans le délai maximum de quinze jours, en chambre du conseil, sur la nécessité de l'internement du malade dans l'établissement de type fermé.

La décision judiciaire est motivée en relevant soit l'infraction pénale, soit les faits et conclusions des rapports de police ou de gendarmerie et des certificats médicaux établissant que le malade mental présente un danger pour lui-même ou pour autrui ou qu'il est réfractaire aux soins. Elle est exécutoire par provision.

**ARTICLE X :** Le magistrat saisi se déplace à l'infirmerie spéciale et voit l'intéressé avant de se prononcer sur les mesures demandées.

**ARTICLE XI :** Si la décision d'internement n'est pas intervenue dans les quinze jours du dépôt à l'infirmerie spéciale ou si le tribunal n'a pas prononcé la mesure d'internement requise, les chefs, directeur ou préposé responsable sont tenus, sous peine d'être poursuivis conformément aux dispositions de l'article 16 ci-après, de conduire le malade mental interné provisoirement à l'établissement de soins le plus proche pour y recevoir en cure libre les soins appropriés à son état.

**ARTICLE XII :** Dès que la décision du tribunal ordonnant l'internement est parvenue au secrétariat de l'infirmerie spéciale, le malade mental doit immédiatement quitter cette formation pour être interné dans l'établissement de soins spécial de type fermé.

**ARTICLE XIII :** Si le malade mental interné paraît pouvoir se conformer aux exigences de la cure libre prescrite par le médecin traitant ou estimée suffisante par l'expert éventuellement désigné, le médecin chef de l'établissement de type fermé, toute personne intéressée ou le procureur de la République peut demander au tribunal qui a statué d'ordonner, après vérifications, soit la sortie à l'essai du malade soit sa sortie immédiate en interdisant qu'il soit à nouveau contraint à l'internement sans nouvelle procédure judiciaire.

La décision est rendue sur simple requête, en chambre du conseil après audition du directeur, du chef de l'établissement ou du préposé responsable, et conclusions du ministère public.

La requête, le jugement et tous les actes

nécessaires à la procédure et à l'exécution sont visés pour timbre et enregistrés gratuits.

**ARTICLE XIV :** Il est tenu au secrétariat de l'établissement spécial de type fermé et à celui de l'infirmerie spéciale, un registre particulier des malades admis. Ce registre, côté et paraphé par le président du tribunal de 1<sup>ère</sup> instance, contient les mentions suivantes qui sont obligatoirement inscrites à leur date et répertoriées sur une fiche réservée à chaque malade :

- 1 - les prénoms, nom, âge, profession et domicile du malade interné;
- 2 — la référence de la décision judiciaire ayant prononcé l'internement;
- 3 — les renseignements concernant l'évolution de l'état de santé du malade interné;
- 4 — les décisions de justice intervenues depuis l'internement;
- 5 — la date et les causes de sortie et de décès;

Le procureur de la République ou son substitut visite chaque trimestre l'infirmerie spéciale et l'établissement de type fermé. A l'occasion de cette visite, chaque registre est émargé et la tenue des fiches est contrôlée.

Le procureur de la République ou son substitut, le président du tribunal de 1<sup>ère</sup> instance, le préfet ou son représentant, les délégués du ministère public chargé de la santé peuvent à tous moments contrôler inopinément cet établissement et son infirmerie spéciale.

**ARTICLE XV :** Les malades mentaux relevant de la présente loi sont ceux visés à l'article 342 du code de la famille.

**ARTICLE XVI :** Les dispositions des articles 345 et suivants du code de la famille sont applicables aux majeurs faisant l'objet d'une décision d'internement conformément à la présente loi.

**ARTICLE XVII :** Les chefs, directeur, ou préposé responsable des établissements, institutions ou infirmerie spéciale visés aux articles précédents sont punis d'un emprisonnement de 6 mois à 2 ans et d'une amende de 20.000 à 100.000 francs s'ils retiennent une personne en violation des dispositions prévues par la présente loi.

**ARTICLE XVIII :** Des décrets fixeront les modalités d'application de la présente loi, notamment les conditions d'agrément des institutions, l'installation des villages psychiatriques et les conditions de contrôle du fonctionnement des divers établissements et institutions.

**ARTICLE XIX :** Sont abrogées toutes dispositions contraires à la présente loi, notamment l'arrêté général du 28 juin 1938 créant un service d'assistance psychiatrique.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Dakar, le 9 juillet 1975

Leopold Sédar SENGHOR  
Par le Président de la  
République

**DECRET 75-1093 DU 23 OCTOBRE 1975**  
**FIXANT LES CONDITIONS D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT**  
**DES VILLAGES PSYCHIATRIQUES**

**Le Président de la république,**  
**Vu la Constitution, notamment en ses articles 37 et 65 ;**  
**Vu la loi n° 75-80 du 9 juillet 1975 relative au traitement des malades mentaux et au régime d'internement de certaines catégories d'aliénés ;**  
**La Cour Suprême entendue en sa séance du 18 juillet 1975 ; sur rapport du Ministre de la santé publiques et de Affaires sociales ;**

**DECRETE :**

**ARTICLE I :** Les villages psychiatriques prévus à l'article 3 de la loi n° 75-80 du 9 juillet 1975 doivent être mis en place dans les conditions qui permettent de ne pas isoler les malades mentaux en modifiant au maximum leur environnement habituel.

**ARTICLE II :** La population des villages psychiatriques est constituée par l'ensemble des malades mentaux, des membres de leurs familles qui les accompagnent pendant leur séjour au village et des soignants. Les malades sont admis sur leur demande, sur celle de leurs familles ou des services médicaux de la région.

**ARTICLE III :** L'entretien et le traitement des malades mentaux sont à la charge de l'Etat et des collectivités, avec la participation facultative des familles.

**ARTICLE IV :** Chaque village comprend une zone d'habitation proprement dite, organisée sur le type d'un village traditionnel et l'ensemble des terrains nécessaires à l'entretien et aux activités des malades mentaux et de leurs familles.

**ARTICLE V :** a la fin de leur séjour au village psychiatrique, les malades mentaux guéris ou leurs familles ne peuvent prétendre à aucun droit sur les habitations, terres, instruments ou bien quelconque dont l'usage leur a été confié pour leur hébergement , leur entretien et leurs activités.

**ARTICLE VI :** Le ministre de la Santé publique et des affaires sociales est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au journal officiel.

Fait à Dakar, le 23 octobre 1975  
Par le Président de la République  
Léopold Sédar SENGHOR

Par le Premier Ministre  
Abdou DIOUF

Le Ministre de la S.P.A.S.  
Matar NDIAYE

Créer une entité ministérielle distincte, révèle l'importance que le gouvernement attache au secteur social. Est également significatif le changement d'appellation intervenu en 1975 déjà, d'«Affaires sociales», on est passé à «Action sociale». Cette mutation recèle tout le dynamisme dont doit faire preuve désormais le département intéressé.

# Le Ministère de l'Action sociale

## LOI N° 76-03 DU 25 MARS 1976 RELATIVE AU TRAITEMENT DE LA LEPRE ET RECLASSEMENT SOCIAL DES LEPREUX GUERIS ET MUTILES;

### EXPOSE DES MOTIFS

Dans le cadre des mesures sociales envisagées par le gouvernement pour venir en aide à tous les déshérités et permettre dans toute la mesure du possible leur reclassement social, il est prévu de transformer la loi n° 65-27 du 4 mars 1965 sur les villages de lépreux, qui ne concernait que les hanséniens en traitement qui sont en nombre restreint.

Cette loi n'a jusqu'à présent été que insuffisamment appliquée et des lacunes sont apparues lorsqu'elle a été mise en œuvre. En particulier, elle ne permettait pas d'apporter la moindre assistance aux lépreux guéris mais présentant des séquelles visibles, des mutilations entraînant un certain degré d'infirmité pouvant aller jusqu'à une impotence fonctionnelle totale. Or ces hanséniens sont les plus nombreux et l'aide de l'Etat doit être apportée à toutes les catégories d'hanséniens victimes de ce fléau social.

C'est le but du projet de loi présenté qui abroge la loi n° 65-27 du 4/3 1965 et prévoit deux catégories distinctes d'hanséniens :

1°- les lépreux bacillifères traités soit dans des établissements de soins, soit au sein de leur famille.

2°- les handicapés (lépreux guéris) hébergés dans des villages de reclassement social.

Les termes choisis permettent d'assurer l'assistance publique à toutes les personnes étant ou ayant été atteintes de la lèpre.

L'Etat prend dorénavant en charge leur hébergement et leur traitement. Il doit les installer sur des terres cultivables, les équiper sur le plan matériel et les entraîner aux activités agricoles, horticoles ou artisanales comme cela s'est déjà fait dans un village pilote, afin de

**L**E Ministère de l'Action sociale est donc créé par le décret 78-237 du 15 mars 1978, par la nomination d'un ministre. Le décret n° 78-250 du 17 mars 1978 portant répartition des services de l'Etat... entre la Présidence de la République, la Primature et les ministères, lui rattache un service de l'administration générale et la direction de l'Action sociale.

La mission générale du ministère de l'Action sociale, se réalise concrètement à travers les structures de la direction de l'Action sociale qui en est l'organe exécutif et technique.

## LA DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE

**A**NCIENNE Direction des affaires sociales, rattachée au Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, elle a connu deux mutations :

— d'abord organisée et régie par le décret 64-805 du 3 décembre 1964, portant réorganisation dudit ministère. Ce texte, dans ses articles 14 et 15, définit les attributions et fixe les structures.

— le décret 75-549 du 22 mai 1975, portant réorganisation du Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, donne à la direction sa nouvelle appellation et crée des structures nouvelles.

Elle prend le nom de Direction de l'Action sociale et est subdivisée en quatre divisions qui sont :

- Les Centres sociaux et la profilaxie sociale;
- La Promotion sociale des handicapés;
- L'Assistance à la famille
- La Sauvegarde de l'enfance.

Ces mêmes structures prévalent actuellement.

## 1. LA SAUVEGARDE DE L'ENFANT

**S**ON unique clientèle est constituée par les mineurs indigents orphelins de père ou abandonnés.

Le décret 69-1054 du 23.9.1969, modifiant le décret 60-245 du 13.7.1960 institue une allocation d'entretien à ces enfants. Le taux est versé aux personnes et institutions de charité auxquelles sont confiées ces mineurs, il s'élève à 2.000 frs par mois et par enfant. Le secours n'a pas un caractère permanent ou viager. Les demandes sont introduites par les tuteurs ou les mineurs eux-mêmes et le ministère pour leur instruction, peut exiger toutes justifica-

leur permettre d'assurer ultérieurement une vie autonome.

Les dispositions prises permettent de fixer tous ces déshérités dans des lieux spécialement choisis où ils pourront mener une existence décente sans avoir besoin de faire appel à la charité publique.

Il ne s'agit pas de créer des léproseries dont l'image est à jamais bannie, mais de réaliser, selon les réalités sénégalaises, l'intégration sociale de tous les lépreux qui ne doivent pas se sentir écartés de la société dont ils font partie.

L'Assemblée a délibéré et adopté en sa séance du lundi 15 mars 1976.

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

## TITRE PREMIER :

Du traitement des lépreux bacillifères.

**ARTICLE 1.** : Le traitement des lépreux bacillifères est suivi sur décision du médecin-chef du secteur des grandes endémies et leur résidence, soit au sein de leur famille, soit dans un des établissements de soins, désignés par arrêté du Ministre chargé de la Santé publique et des Affaires sociales où les malades sont hébergés à titre gratuit.

**ARTICLE 2.** : Le médecin-chef du service des grandes endémies de la résidence du malade obtient suivant les formes et sous les sanctions prévues aux articles 7 et 8 de la loi 61-11 du 10 mars 1961 relative à la protection de la santé publique en matière de grandes endémies, l'admission forcée des malades dans un des établissements de soins mentionnés à l'article premier, de tout malade réfractaire au traitement ou qui présente un danger de contamination.

**ARTICLE 3.** : Les lépreux bacillifères poursuivis ou détenus par application de la loi 75-78 du 9 juillet 1975 relative à la protection sociale de certaines catégories de délinquants majeurs, peuvent être placés dans un des établissements de soins mentionnés à l'article premier par l'autorité judiciaire saisie. Ils demeurent soumis aux dispositions particulières de cette loi.

**ARTICLE 4.** : Les lépreux bacillifères poursuivis ou détenus pour une infraction ne rentrant pas dans le cadre de la loi n° 75-78 du 9 juillet 1975 relative à la protection sociale de certaines catégories de délinquants majeurs, sont obligatoirement placés pendant la durée fixée pour leur détention dans un des établissements de soins mentionnés à l'article premier; par ordonnance du président du tribunal de première instance sur requête du médecin-chef du secteur des grandes endémies compétent. En cas d'opposition aux mesures prises, les sanctions prévues à l'article deux seront appliquées.

## TITRE II

Du reclassement social des lépreux guéris ou mutilés.

**ARTICLE 5.** : Les lépreux guéris ou mutilés sont installés dans les villages où leur reclassement est poursuivi et où ils sont hébergés à titre gratuit.

Ces villages sont créés par décret. Sont

tions utiles et employer tous les moyens d'investigation qu'il estime nécessaires : enquêtes sociales, médicales, administratives.

Les dossiers sont soumis à une commission présidée par le ministre ou son représentant et dont les membres sont désignés par le décret 60-245 du 13.7.1960. Les agents sociaux affectés à la division, présentent les dossiers et assurent le secrétariat.

Seule la commission est habilitée à octroyer ces concours; il y a toutefois la décret du 7.7.61 MSPAS, qui institue une allocation d'entretien aux orphelins de hauts fonctionnaires décédés en mission. Depuis 1963 elle n'est plus accordée, mais les orphelins désignés seront secourus jusqu'à leur majorité.

Les commissions sont semestrielles, mais un dossier ne peut être présenté qu'une fois dans l'année, il est chaque fois actualisé. Le budget s'élève à 11.900.000 francs. En plus de la préparation des commissions, les agents de la division essaient de placer les orphelins dans des sociétés ou entreprises, en faisant jouer leur relations personnelles (cette activité n'a donc rien d'officiel); ils sont associés aux activités et organisations ayant trait à la sauvegarde de l'enfance.

## 2. LA DIVISION «ASSISTANCE A LA FAMILLE»

Elle comprend deux bureaux :

- le bureau des secours;
- le bureau des appareillages.

Le bureau des secours vient en aide aux indigents et aux personnes ne disposant que des ressources modestes. Le secours dont le taux varie suivant certains éléments d'appréciation (l'âge du requérant, sa situation matrimoniale et matérielle, le nombre d'enfants et leur situation scolaire) n'est octroyé qu'après une procédure semblable à celle utilisée au niveau de la division de la sauvegarde de l'enfant.

Les sinistrés aussi, sont du ressort de ce bureau.

Le bureau des appareillages comme celui des secours, soumet des dossiers à la commission semestrielle. Il distribue des appareils aux amputés à ceux qui ont des séquelles de poliomyélite, des appareils optiques dentaires, auditifs. Ce bureau travaille en relation avec le centre d'appareillage; l'hôpital le Dantec car certains infirmes doivent subir une intervention chirurgicale avant d'être appareillés. Le budget de cette division s'élève à 9.600.000 francs.

La caisse d'avance de la direction permet aux agents des deux divisions pré-citées de faire au directeur des propositions de secours d'urgence. Le processus est moins long, mais l'enquête sociale, les visites à domicile ou à tous lieux pouvant permettre de saisir la réalité sociale de l'individu sont obligatoires.

Le ministre statue en dernier ressort sur l'opportunité d'accorder le secours proposé. La caisse d'avance qui s'élève à 300.000 frs est renouvelable après épuisement et justification de dépenses effectuées.

déclarés d'utilité publique les opérations nécessaires à leur installation.

Chaque village comprend une zone d'habitation proprement dite et l'ensemble des terrains nécessaires à la réinsertion sociale des lépreux guéris et mutilés qui pourront s'y installer avec leur famille.

**ARTICLE 6 :** Sous réserve des dispositions particulières de la loi n° 75-78 du 9 juillet 1975 relative à la protection de certaines catégories de délinquants majeurs, l'admission sociale dans ces villages des lépreux guéris et mutilés est ordonnée par le président du tribunal de première instance, sur les requêtes du médecin-chef du secteur des grandes endémies de la résidence de l'intéressé, qui agit soit sur demande de ce dernier, soit d'office lorsque les mutilations subies l'empêchent de se livrer à une activité professionnelle dans les conditions normales.

L'admission est ordonnée pour un an; elle peut, dans les mêmes conditions, être prolongée pour de nouvelles périodes d'un an.

L'intéressé peut à tout moment demander à la juridiction qui a statué de mettre fin à cette mesure. Dans ce cas, sa requête est transmise au ministère public par le médecin-chef de la circonscription médicale du lieu de placement, qui y joint son avis motivé.

### TITRE III.

Dispositions communes et finales

**ARTICLE 7 :** L'ordonnance prévue aux articles 4 et 7 est rendue après avis du parquet sans frais et en dernier ressort et est exécutée sur minute et avant enregistrement à la diligence du procureur de la République.

**ARTICLE 8 :** Le temps de présence dans l'établissement de soins ou dans le village de reclassement social s'impute sur la durée de la peine à laquelle les personnes mentionnées à l'article 4 ont été condamnées.

**ARTICLE 9 :** Les personnes mentionnées à l'article 4 comme celles relevant de la loi n° 75-78 du 9 juillet 1975 relative à la protection sociale de certaines catégories de délinquants majeurs sont soumises à une surveillance particulière.

**ARTICLE 10 :** Des décrets préciseront les modalités d'application de la présente loi, notamment :

1° en prévoyant quelles seront les conditions dans lesquelles la surveillance sociale prévue par l'article 10 s'exercera;

2° en fixant les conditions dans lesquelles les membres de la famille de la personne admise ou placée seront autorisés à l'accompagner;

3° en créant les villages de reclassement social et en fixant les règles de leur fonctionnement

**ARTICLE 11 :** Sont abrogées toutes les dispositions contraires à la présente loi et notamment la loi n° 65-27 du 4 mars 1965 portant statut des villages de lépreux.

**La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat**

## LA DIVISION DES CENTRES SOCIAUX ET DE LA PROPHYLAXIE SOCIALE

**E**LLE assure la supervision et la coordination de l'action des Centres sociaux implantés dans toutes les régions du Sénégal, en organisant :

— des réunions mensuelles des chefs de centres sociaux,

— des tournées d'inspection,

— des séminaires et recyclages de ses agents,

— des études et enquêtes sur le terrain.

Des contacts sont pris avec les services de lutte contre les maladies vénériennes, pour la mise sur pied de la politique de prophylaxie sociale a pour but contre les fléaux sociaux, telles la délinquance, la toxicomanie, la tuberculose.

### 4. LA PROMOTION SOCIALE DES HANDICAPES

**L**E problème des handicapés est un sujet préoccupant et leur trouver une solution radicale s'avère un peu plus difficile. Néanmoins, la direction de l'action sociale, en sa division de la promotion sociale des handicapés, a su mettre sur pied une structure permettant un encadrement des 3 grandes catégories des handicapés.

— sensoriels, sourd-muets

— les moteurs,

— les mentaux.

Dépassant l'aide pure et simple certes opportune, la division s'attèle à la promotion sociale, c'est-à-dire, à la possibilité pour ses clients de se suffire à eux-mêmes. Ce qui suppose une bonne organisation des différents groupes. Recensements, organisations, séances de travail, élaboration de projets d'insertion des handicapés dans les circuits socio-économiques sont les principales tâches de la division.

En plus des activités de ces divisions, la direction intervient dans le cas des sinistrés, des cas sociaux (refoulés du Congo). Elle travaille en collaboration avec les services sociaux, médico-sociaux, les organisations publiques, privées, nationales, internationales dont l'action peut de près ou de loin avoir une influence sur la vie des clients.

Les différentes divisions sont en relation permanente avec les travailleurs sociaux, surtout ceux qui sont en service dans les centres sociaux, les autorités administratives et policières de l'ensemble du territoire national.



*Conférence des ministres des Affaires sociales à Addis-Abeba. De gauche à droite : Mme Kanza, secrétaire exécutive de l'A.I.P.H., Mme Siga Seye, directrice de l'Action sociale, Mme Sophie Ndiaye, représentant la Pan-Africaine des femmes, Mme Delphine Zanga, ministre des Affaires sociales du Cameroun.*

**DECRET N° 78-541 DU  
16 JUIN 1978  
PORTANT  
APPLICATION DE LA  
LOI N° 76-03 DU 25  
MARS 1976 RELATIVE  
AU TRAITEMENT DE  
LA LEPRE ET AU  
RECLASSEMENT  
SOCIAL DES LEPREUX  
GUERIS ET MUTILES**

**RAPPORT DE  
PRESENTATION**

Si en matière de Santé publique, la politique du Gouvernement accorde la priorité à la médecine préventive et à la médecine de masse, deux principes doivent également guider les responsables de ce secteur :

- l'indivisibilité de la médecine;
- le droit à la santé pour tous les citoyens.

Dans cette optique, l'Action sociale revêt une nouvelle dimension par la diversification de ses aspects, la décentralisation de ses structures et la déconcentration de ses moyens.

A l'instar de beaucoup de pays en voie de développement, le Sénégal est confronté au problème des encombrements humains dans les grandes agglomérations urbaines. Contre ce fléau des

temps modernes, l'Action sociale a un rôle prépondérant à jouer, notamment en direction des lépreux.

Ainsi, le gouvernement a pris des mesures sociales tendant à venir en aide aux handicapés pour faciliter leur réinsertion dans la vie active. Tel est l'objet de la loi n° 76-06 du 25 mars 1976 relative au traitement de la lèpre et au reclassement social des lépreux guéris et mutilés.

Conformément aux dispositions de cette loi, il est créé au niveau de toutes les régions administratives un village de reclassement social destiné à recevoir les personnes visées par l'article 6 de la loi n° 76-03 du 25 mars 1976.

Diverses activités de réinsertion sociale sont organisées dans ces villages, en collaboration, notamment, avec les services techniques, les associations et organismes de bienfaisance intéressés : activités agricoles, horticoles, artisanales etc...

Toutes les mesures ainsi prises permettront de fixer cette catégorie de handicapés dans lesdits villages où ils bénéficieront d'une existence décente en s'adonnant à des activités facilitant leur réinsertion dans la vie active.

**LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,**

Vu la Constitution, notamment en ses articles 37 et 65;

Vu la loi n° 61-11 du 10 mars 1961 relative à la protection de la Santé publique en matière de grandes endémies;

Vu la loi n° 76-03 du 25 mars 1976 relative au traitement de la lèpre et au reclassement social des lépreux guéris et mutilés;

La Cour suprême entendue en sa séance du 17 mars 1978;

Sur le rapport conjoint du ministre d'Etat, chargé de la Justice, garde des

Sceaux, du ministre de la Santé publique et du ministre de l'Action sociale;

**DECRETE :**

**ARTICLE PREMIER** : — Il est créé dans chaque région un village de reclassement social des lépreux, conformément aux articles 5 et 6 de la loi n° 76-03 du 25 mars 1976.

**ART. 2** -- Sont admis dans les villages de reclassement social :

- tous les lépreux majeurs de 18 ans ayant fait l'objet d'une décision en vertu de l'article 6 de la loi n° 76-03 du 25 mars 1976;

- tous les lépreux ayant fait l'objet d'une décision en vertu des articles 4 et 5 de la loi n° 75-78 du 9 juillet 1975;

- les enfants mineurs et les conjoints des lépreux, sur décision de l'assistant social responsable du village après avis du médecin-chef du secteur des Grandes Endémies.

**ART. 3** -- les villages de reclassement social sont gérés par des assistants appartenant à la division de la Promotion sociale des handicapés de la Direction de l'Action sociale, avec du personnel fourni par les secteurs des Grandes Endémies. Ce personnel est placé sous l'autorité du directeur de l'Action sociale.

**ART. 4** -- Dans chaque village de reclassement, un assistant social est spécialement chargé des activités concernant :

- l'exploitation des terrains mis à la disposition du village en vertu de l'article 5 de la loi n° 76-03 du 25 mars 1976;

- le fonctionnement des ateliers de rééducation créés en liaison avec les services intéressés;

- l'organisation sociale de la vie de la collectivité;

- l'organisation de la post-cure et des prolongements réhabilitatoires.

# Note sur la thèse du Dr Talibou Dabo

**ART. 5** — L'assistant social responsable du village, après avis du médecin-chef du secteur des Grandes Endémies, peut faire appel aux associations et organismes privés à caractère social désireux d'aider au développement des activités du village.

**ART. 6** — Le ministre chargé de l'Action sociale et le ministre chargé de l'Education nationale décident, conjointement, de la création et du fonctionnement d'écoles dans les villages de reclassement social des lépreux.

**ART. 7** — Il est tenu dans les villages un fichier qui permet de suivre la situation des personnes placées.

Chaque fiche individuelle mentionne notamment :

— l'identité de la personne placée, en indiquant si elle est seule ou si elle vit en famille;

— la référence de la décision judiciaire avec indication de la durée du séjour ou du placement prescrit;

— les renseignements concernant l'évolution de l'état de santé de la personne placée;

— les mentions effectuées à la suite de la surveillance sociale particulière exercée en vertu de l'article 9 de la loi n° 76-03 du 25 mars 1976.

**ART. 8** — Le procureur de la République et le médecin-chef de région ou du secteur des Grandes Endémies, s'il en existe, visitent tous les semestres le ou les villages de reclassement social des lépreux installés dans leur ressort. Ils vérifient la tenue du fichier prévu à l'article 7.

**Art. 9** — Un arrêté du ministre chargé de l'Action sociale fixe le règlement intérieur des villages de reclassement social des lépreux.

**Art. 10** — Le Ministre d'Etat, chargé de la Justice, garde des Sceaux, le Ministre de l'Education nationale, le Ministre de la Santé publique et le Ministre de l'Action sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal officiel.

Fait à Dakar, le 16 juin 1978.

**Léopold Sédar SENGHOR**  
Par le Président de la  
République :

**Le Ministre d'Etat, chargé de la  
Justice,  
garde des Sceaux**  
**Alioune Badara MBENGUE**  
**Le Premier Ministre,**  
**Abdou DIOUF**

**Le Ministre de l'Education  
nationale,**  
**Abdel Kader FALL**

**Le Ministre de la Santé publique,**  
**Mamadou DIOP**

**Le Ministre de l'Action sociale,**  
**Caroline DIOP**

La thèse du Docteur Talibou Dabo constitue une contribution non négligeable, car non seulement elle éclaire d'un jour nouveau la situation de la réadaptation des personnes handicapées physiques au Sénégal mais elle propose aussi des solutions qui une fois réalisées, permettront aux handicapés physiques de sortir de la mendicité et d'être des citoyens actifs à part entière contribuant au développement national.

La thèse a été présentée publiquement le 22 décembre 1975 à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Dakar.

Le plan s'établit comme suit :

**CHAP. I :** La réadaptation dans le monde

**CHAP. II :** La réadaptation au Sénégal

**CHAP. III :** L'Aspect médical de la réadaptation des handicapés physiques au Sénégal

**CHAP. IV :** Situation de la réadaptation sociale et professionnelle au Sénégal

**CHAP. V :** Conclusion.

## CHAP. I LA READAPTATION DANS LE MONDE

L'auteur part des travaux réalisés par l'ONU, ses organismes spécialisés, en consultation avec des organisations non gouvernementales qui ont édicté des grandes lignes pour une politique de réadaptation des personnes handicapées physiques. Nombre de pays développés se sont basés

sur cette étude pour atteindre le niveau de réalisations que l'on sait à l'endroit des personnes handicapées.

Que ce soit au niveau législatif, de la réadaptation, de la rééducation professionnelle et sociale tout comme du reclassement.

## CHAP II La READAPTATION AU SENEGAL

Des efforts se font au niveau de la réadaptation physique par la chirurgie réparatrice, la rééducation fonctionnelle, la prothèse et l'orthèse, ce, au niveau de l'hôpital Aristide Le Dantec et par un service de kinésithérapie au niveau de l'hôpital de Fann. La solution viendrait par la création d'un centre de réadaptation type

au Sénégal; néanmoins, il y a un effort réel et soutenu qui se fait.

Ce centre allégerait le service de traumatologie de l'hôpital Le Dantec et permettrait la résolution de l'aspect médical de la réadaptation, sur lequel l'auteur s'étend largement et de façon plus technique.

## CHAP. III ASPECT MEDICAL DE LA READAPTATION DES HANDICAPES PHYSIQUES AU SENEGAL

**REEDUCATION FONCTIONNELLE :** Etant le complément indispensable de la rééducation médicale, son importance se passe de commentaire. L'auteur a parlé de technique plus ou moins recommandée selon le type de handicap.

**APPAREILLAGE :** Le centre d'appareillage remis au Sénégal depuis 1975 continue de rendre de nombreux services à ce niveau, mais il se trouve malheureusement trop sollicité non seulement par le Sénégal, mais aussi par les pays limitrophes. Se pose encore une fois l'urgence de la création d'une infrastructure complète de rééducation. (Le projet en voie de réalisation à Grand-Yoff répondra momentanément à la question en attendant la réalisation d'autres projets prévus en ce sens).



Dakar, le 13 Juillet 1960

N° 60-245/MSAS

**ANALYSE : Décret portant règlementation des secours  
dans la République du Sénégal**

LE PRESIDENT DU CONSEIL,

Vu la Constitution de la Fédération du Mali du 17 Janvier 1959 ;  
Vu la Constitution de la République du Sénégal du 24 Janvier 1959 ;  
Vu l'ordonnance n° 59.039 du 31 Mars 1959 relative à l'exercice du pouvoir réglementaire ;  
Vu l'ordonnance n° 59.038 du 31 Mars 1959 relative aux pouvoirs généraux du Président du  
Conseil des Ministres et des Ministres ;  
Vu le Décret n° 59.077 CG du 10 Avril 1959 réglant la répartition entre les Ministres des  
tâches et Compétences administratives ;  
Vu le Décret 60.108 du 9 Mars 1960 portant réorganisation du Service des Affaires Sociales  
de la République du Sénégal ;

Le Conseil des Ministres entendu,

D E C R E T E :

TITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE I – CARACTERES GENERAUX DES SECOURS

Les secours accordés au Sénégal sont des allocations non remboursables consenties exceptionnellement à certaines personnes dans les conditions déterminées dans le présent décret. Quelle que soit leur nature ils ne peuvent jamais revêtir un caractère permanent ou viager. La concession des secours constituant une mesure gracieuse, aucune réclamation ne peut être formulée à l'encontre d'une décision

ARTICLE 2 – FINANCEMENT DES SECOURS

Les secours sont accordés par le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales sur les crédits prévus à ce titre au budget de la République du Sénégal.

TITRE II

FORMES DES DEMANDES DE SECOURS

INSTRUCTION DES DEMANDES

ET NATURE DES SECOURS

ARTICLE 3 – FORMES DES DEMANDES DE SECOURS

Les demandes de secours sont établies sur papier libre et adressées ou transmises au Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. Elles doivent être formulées et signées par les intéressés eux-mêmes, sauf cas de force majeure.

Pour les mineurs, la demande doit être faite par le tuteur, elle doit être accompagnée de la copie certifiée conforme de la décision conférant la tutelle.

### **Instruction des demandes.**

Les dossiers de secours sont instruits par le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales et soumis, pour avis, à la commission des secours.

- a) pour l’instruction des demandes, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales peut exiger des pétitionnaires toutes justifications qui lui sembleraient utiles et employer tous les moyens d’investigations qu’il estimerait nécessaires.

Il reçoit, sur sa demande, de tous les services de la République du Sénégal, les renseignements susceptibles de l’éclairer sur la situation des demandeurs quant aux ressources dont ils peuvent disposer et quant aux conditions qu’ils doivent remplir pour pouvoir prétendre à ces secours.

Il peut notamment faire procéder à des enquêtes rapides et d’urgence par les services sociaux et médicaux pour déterminer par des investigations sur place, la situation des demandeurs.

Il prend, en outre, l’initiative de faire procéder à toutes les enquêtes rapides administratives dans le même but et notamment en vue de l’attribution des secours temporaires.

Toute fausse déclaration aux agents chargés des enquêtes rapides ou administratives, toute production de fausses pièces, toutes manœuvres destinées à obtenir un secours injustifié entraîneront l’impossibilité d’obtenir un secours quelconque pendant trois (03) ans au moins pour le demandeur de secours, sans préjudice de poursuites judiciaires éventuelles. Dans le cas où un secours aurait été attribué par ces moyens à un fonctionnaire celui-ci serait astreint au remboursement des sommes perçues, sans préjudice des sanctions administratives qui pourraient être prises contre lui ;

- b) la commission des secours est ainsi composée :

Président :

- Ministre de la Santé et des Affaires Sociales ou son délégué

Membres :

- le Chef du Service des Affaires Sociales ou son délégué
- le Ministre des Finances ou son délégué
- le Ministre de l’Intérieur ou son délégué
- le Ministre du Travail et de la Fonction Publique ou son délégué
- deux membres de l’Assemblée Législative
- le Directeur de l’Office de la Main-d’œuvre ou son délégué
- le Directeur du Contrôle Financier ou son délégué peut assister aux réunions de la commission à titre consultatif.

En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

Un fonctionnaire ou agent de l’Administration, désigné par le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales, fait office de Secrétaire, avec voix consultative.

En outre suivant la nature de la demande ou la situation du demandeur, un fonctionnaire, appartenant à la Direction ou au Service intéressé par le cas soumis à la commission, est désigné par le Directeur ou le Chef de Service, sur le demande du Ministre de la Santé et des Affaires Sociales ou de son délégué, pour être entendu à titre consultatif.

La commission est saisie de tous les éléments d'informations réunis par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. Elle peut, au cas où ces éléments lui paraîtraient insuffisants, renvoyer la demande au Ministère de la Santé et des Affaires Sociales pour supplément d'enquête.

La commission des secours se réunit en principe une fois par mois sur convocation de son président.

Elle fixe le montant des secours dans la limite des crédits prévus au budget et d'après la situation pécuniaire du demandeur, la nature et la durée des services invoqués, l'âge, la position ou la situation de famille.

L'exécution des décisions prises par la commission appartient au Ministre de la Santé et des Affaires Sociales.

#### ARTICLE 4 – NATURE DES SECOURS

Les secours se répartissent en :

- secours immédiat
- secours éventuel
- secours temporaire
- secours maladie.

Ils sont accordés en principe sur l'intervention de la commission des secours.

Les secours après décès, prévus pour les familles de fonctionnaire, ne sont pas visés par le présent décret, non plus que les secours aux anciens chefs coutumiers et à leurs familles, qui continuent d'être attribués selon les règles habituelles par le service compétent.

#### ARTICLE 5 – SECOURS IMMEDIATS

Sans préjudice des cas soumis à la commission et considérés par elle comme urgents et donnant lieu de sa part directement à la proposition de secours immédiats, le Président de la commission des secours peut attribuer, séance tenante, lorsque la situation du demandeur lui paraît le justifier, un secours immédiat dit de première urgence, dans la limite de CINQ MILLE FRANCS CFA.

Au-delà de 5 000 frs et jusqu'à 50 000 francs pour les secours ordinaires ou 100 000 francs en cas de dommages résultant de calamités ou de faits de guerre, le Ministre ne pourra octroyer des secours sans l'accord préalable du Président du Gouvernement.

Sous réserve des cas prévus à l'alinéa précédent, le montant cumulé des secours immédiats attribués à une même personne au secours d'une année ne peut en aucun cas dépasser 32 000 frs CFA à raison de 8 000 frs CFA par trimestre. Si des secours d'un montant plus élevé se révélaient nécessaires, il serait obligatoire recourir à la procédure des secours éventuels prévus à l'article 6.

Les secours immédiats sont payés soit en la forme réglementaire, soit sur une caisse d'avance spécialement créée à cet effet.

#### ARTICLE 6 – SECOURS EVENTUELS

Les secours éventuels sont des secours attribués en raison d'une situation de caractère momentané, après délibération de la commission des secours.

Le montant des secours éventuels ne peut dépasser 100 000 frs CFA pour un même bénéficiaire au cours d'une même année.

#### ARTICLE 7 – SECOURS TEMPORAIRES

Les secours temporaires sont des secours périodiques attribués en raison d'une situation de caractère durable, après délibération de la commission des secours pour un temps déterminé.

Ils peuvent être accordés pour une période maximum de trois ans.

Le montant annuel des secours temporaires ne peut dépasser 100 000 frs CFA.

En outre, en cas de cumul d'un secours temporaire et d'une pension le secours ne peut être alloué que lorsque le montant de la pension est inférieur à 200 000 frs CFA par an.

Les secours temporaires peuvent être révoqués à tout moment au cours de la période d'allocation sur délibération de la commission des secours s'il est constaté après enquête que la situation qui les a motivés a disparu.

#### ARTICLE 8 – SECOURS MALADIE

Les secours maladie représentent une aide au remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques lorsque ceux-ci sont hors de proportion avec les ressources du demandeur et que ce dernier ne bénéficie pas d'autre part d'une assistance médicale.

Ils sont accordés après enquête et avis de la commission des secours.

Les secours maladie accordés au cours d'un trimestre ne peuvent dépasser 33 000 frs CFA.

### TITRE III

#### BENEFICIAIRES DE SECOURS

##### ARTICLE 9 – BENEFICIAIRES DES SECOURS IMMEDIATS ; EVENTUELS TEMPORAIRES ET MALADIE

Les secours immédiats, éventuels, temporaires et maladie sont réservés aux personnes ne disposant que de ressources modestes et se trouvant occasionnellement dans une situation précaire et digne d'intérêt.

ARTICLE 10- Toutes dispositions antérieures relatives à celles du présent décret sont abrogées, en particulier l'arrêté n° 08251 du 14 Décembre 1957.

ARTICLE 11-Le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales est chargé de l'exécution du présent décret qui sera enregistré, publié et communiqué partout où besoin sera.

DAKAR, le

# QUESTIONNAIRE

Numéro du questionnaire : / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

No	Questions	Code	Réponses	Renvois
<b>I. IDENTIFICATION DE LA ZONE D'ENQUETE</b>				
A	Région	IZE001		
B	Département	IZE002		
C	Arrondissement	IZE003		
D	Communauté rurale	IZE004		
E	Village	IZE005		
G	Présence d'interprète	IZE006	Oui.....1 Non.....2	
I	Langue de l'interview	IZE007	Français.....1	
J	Nom de la personne de référence dans l'organisation	IZE008		
K	Date de l'interview	IZE009	___/___/___/ J M A	
L	Prénoms et nom de l'enquêteur	IZE010		
<b>II. IDENTIFICATION DE L'ORGANISATION</b>				
01	Nom de l'organisation ?	IDEN01		
02	Adresse ?	IDEN02		
03	Téléphone ?	IDEN03		
04	Date de création ?	IDEN04	___/___/___/ J M A	
05	Nombre d'agents ?	IDEN05		
06	Prénom et nom du responsable ?	IDEN06		
07	Quelle est la périodicité de l'intervention ?  <b>Possibilité Réponses Multiples</b>	IDEN07	Quotidienne.....1 Hebdomadaire.....2 Mensuelle.....3 Semestriel.....4 Autre.....5	IDEN07X1 IDEN07X2 IDEN07X3 IDEN07X4 IDEN07X5
08	Quelle est la date de démarrage de votre intervention auprès ?	IDEN08	PH.....1 Familles PH.....2 Organisations PH....3	IDEN08X1 IDEN08X2 IDEN08X3
09	Quel est le nombre de vos agents intervenant auprès ?	IDEN09	PH.....1 Familles PH.....2 Organisations PH....3	IDEN09X1 IDEN09X2 IDEN09X3
10	Comptez vous arrêter votre intervention auprès des PH ?	IDEN10	Oui.....1 Non.....2	
11	Si oui précisez la date ?	IDEN11	___/___/___/ J M A	
12	Si non pourquoi ?	IDEN12		
<b>III. CIBLES</b>				
13	Avez-vous comme cible les catégories de handicap suivantes?		Toutes categories PH....1 Hand. Mentaux.....2 Hand. Moteurs.....3 Hand. Visuels.....4 Hand. Auditifs.....5 Hand. Lèpre.....6 Albinos.....7 Autres .....8	CIB13X1 CIB13X2 CIB13X3 CIB13X4 CIB13X5 CIB13X6 CIB13X7 CIB13X8
14	Avez-vous comme cible les organisations suivantes ?		FSAPH.....1 ANM /FSAPH.....2 AM/FSAPH.....3	CIB14X1 CIB14X2 CIB14X3
15	Précisez le nombre d'organisations que vous encadrez ?		ANM /FSAPH.....1 AM/FSAPH.....2	CIB15X1 CIB15X2
16	Quel est le nombre des handicapés		Personnes.....1	CIB16X1

	moteurs ?		Associations.....2	CIB16X2
17	Quel est le nombre des handicapés visuels ?		Personnes.....1 Associations.....2	CIB17X1 CIB17X2
18	Quel est le nombre des handicapés auditifs ?		Personnes.....1 Associations.....2	CIB18X1 CIB18X2
19	Quel est le nombre des handicapés mentaux ?		Personnes.....1 Associations.....2	CIB19X1 CIB19X2
20	Quel est le nombre des handicapés de la lèpre ?		Personnes.....1 Associations.....2	CIB20X1 CIB20X2
21	Quel est le nombre des albinos ?		Personnes.....1 Associations.....2	CIB21X1 CIB21X2
<b>IV. APPROCHES</b>				
22	Quelles approches avez-vous développées depuis 10 ans ?		Projets intégrés.....1 Projets sectoriels.....2 Projets avec partenaires...3 Approches particip.....4 Approche programme...5 Approche processus.....6 Develop. Inclusif.....7 Approche droit.....8 Approche besoins.....9 Autres .....10	APP22X1 APP22X2 APP22X3 APP22X4 APP22X5 APP22X6 APP22X7 APP22X8 APP22X9 APP22X10
<b>V. STRATEGIES</b>				
23	Quels sont les domaines stratégiques que vous avez renforcé ?		Technique.....1 Organisationnel.....2 Politique.....3 Social.....4 Economique.....5 Financier.....6 Autres.....7	STRA23X1 STRA23X2 STRA23X3 STRA23X4 STRA23X5 STRA23X6 STRA23X7
24	Quelles sont les activités génératrices de revenus développées ?		Projets individuels.....1 Projets collectifs.....2 Autres AGR.....3	STRA24X1 STRA24X2 STRA24X3
25	Qu'avez-vous fait pour promouvoir l'accès aux services sociaux de base ?		Aide en nature.....1 Aide en espèces.....2 Education.....3 Santé.....4 Logement.....5 NTIC.....6 Infrastr communaut.....7 Autres.....8	STRA25X1 STRA25X2 STRA25X3 STRA25X4 STRA25X5 STRA25X6 STRA25X7 STRA25X8
26	Qu'avez-vous fait pour promouvoir l'accès à la microcrédit ?		Micro-credit.....1 Mutuelle de santé.....2 Autres.....3	STRA26X1 STRA26X2 STRA26X3
27	Qu'avez-vous fait pour promouvoir l'accès à la réadaptation ?		Readap profession.....1 Readap scolaire.....2 Readapt fonction.....3 Educ specialisee.....4	STRA27X1 STRA27X2 STRA27X3 STRA27X4
28	Qu'avez-vous fait pour promouvoir l'informations-l'éducation et la communication ?		Plaidoyer.....1 Alpha fonction.....2 Alphabétisation.....3	STRA28X1 STRA28X2 STRA28X3
29	Autres stratégies ?	STRA29		
<b>MOYENS D'INTERVENTION</b>				
30	Combien de moyens financiers consacrez-vous à l'ensemble de vos activités depuis 10 ans ?		Toutes activités.....1 RC.....2 AGR.....3 ASSB.....4 Microcrédit.....5 Logistique.....6	MOY30X1 MOY30X2 MOY30X3 MOY30X4 MOY30X5 MOY30X6

			Réadaptation.....7 IEC.....8	MOY30X7 MOY30X8
31	Combien de moyens financiers allez-vous consacrer a l'ensemble de vos activités pour les trois prochaines années ?			
<b>ZONES D'INTERVENTION</b>				
32	Dans quelle zone intervenez-vous depuis 10 ans ?		Urbaines.....1 Peri-urbaines.....2 Rurales.....3	ZON32X1 ZON32X2 ZON32X3
33	Quels sont vos différents niveaux d'intervention ?		National.....1 Régional.....2 Départemental.....3 Local.....4	ZON33X1 ZON33X2 ZON33X3 ZON33X4
34	Dans quelles régions intervenez vous ?	ZON34	Dakar (01).....1 Diourbel (02).....2 Thiès (03).....3 Louga (04).....4 Saint Louis (05).....5 Matam (06).....6 Kaolack (07).....7 Fatick (08).....8 Tambacounada (09)....9 Kolda (10).....10 Ziguinchor (11).....11	ZON34X1 ZON34X2 ZON34X3 ZON34X4 ZON34X5 ZON34X6 ZON34X7 ZON34X8 ZON34X9 ZON34X10 ZON34X11
35	Intervenez vous dans toutes les régions ?	ZON35TR	Oui.....1 Non.....2	
36	Dans quels départements intervenez vous ?	ZON36		ZON36X1 ZON36X2 ZON36X3 ZON36X4 ZON36X5
37	Intervenez vous dans plus de cinq départements ?	ZON37PCD	Oui.....1 Non.....2	
38	Intervenez vous dans tous les départements ?	ZON38TD	Oui.....1 Non.....2	
39	Dans quelles communes intervenez vous ?	ZON39		ZON39X1 ZON39X2 ZON39X3 ZON39X4 ZON39X5
40	Intervenez vous dans plus de cinq communes ?	ZON40PCC	Oui.....1 Non.....2	
41	Intervenez vous dans toutes les communes?	ZON41TC	Oui.....1 Non.....2	
42	Dans quelles communautés rurales intervenez vous ?	ZON42		ZON42X1 ZON42X2 ZON42X3 ZON42X4 ZON42X5
43	Intervenez vous dans plus de cinq communautés rurales ?	ZON43PCCR	Oui.....1 Non.....2	
44	Intervenez vous dans toutes les communautés rurales ?	ZON44TCR	Oui.....1 Non.....2	
<b>SUIVI-EVALUATION</b>				
45	Faites vous le suivi de vos activités auprès des PH ?	SUIV45	Oui.....1 Non.....2	
46	Si oui quelle est la périodicité ?	SUIV46	Quotidienne.....1 Hebdomadaire.....2 Mensuelle.....3	SUIV46X1 SUIV46X2 SUIV46X3

			Semestrielle.....4 Annuelle.....5 Autre.....6	SUIV46X4 SUIV46X5 SUIV46X6
47	Si non pourquoi ?	SUIV47		
48	Avez-vous des outils de suivi ?	SUIV48	Oui.....1 Non.....2	
49	Si oui les exploitez vous ?	SUIV49	Oui.....1 Non.....2	
50	Si non pourquoi ?	SUIV50		
51	Avez-vous évalué vos interventions auprès des PH ?	SUIV51	Oui.....1 Non.....2	
52	Si oui à quel moment ?	SUIV52	Avant.....1 Pendant.....2 À la fin.....3	SUIV52X1 SUIV52X2 SUIV52X3
53	Qui a réalisé cette évaluation ?	SUIV53		
54	Si non pourquoi ?	SUIV54		

## **GUIDE D'ENTRETIEN**

- Présentation de l'organisation ou de la structure de référence:
  - Nom ;
  - Adresse ;
  - Date de création et récépissé ;
  - Objectifs, activités, moyens et principales réalisations ;
  - Difficultés de l'organisation et de ses membres.
- Principaux partenaires et leurs domaines d'intervention.
- Quelles stratégies de prise en charge et d'intégration des personnes handicapées.

## LISTE DES ASSOCIATIONS MEMBRES DE LA F S A P H

Siège Social : Immeuble 19, rue de la Cité à Castors NOSOCO/

Président : Monsieur Laba Cissé Diop Tél. : 864 43 41 / 637 51 12 Fax : 864 43 40

	<b>Associations Nationales</b>	<b>Président</b>	<b>N° Récépissé</b>	<b>N° Téléphone</b>
01	Ass Nat des handicapés Moteurs du Sénégal(A.N.H.M.S)	Yatma Fall		635 02 03 / 825 83 34
02	Amitié des Aveugles du Sénégal (A.A.S)	Labas Cissé Diop	6223 du 31 /07/90	834 44 19 / 637 51 12
03	SOS Handicap Réinsertion Sénégal	Lamine Dabo	912 du 29/01/97	823 24 17 / 659 67 02
04	Mouv. Pour le Progrès Social des Aveugles du Sénégal M.P.S.AS)	Yousoupha Faye	7037 du 18/08/94	952 22 65 / 681 85 81
05	Ass Nat Pour le développement des Lépreux Blanchis (A N D L B S)	Abdou Khadre Dione	9398 du 17/09/97	692 19 51 / Fax 956 42 02
06	Ass Nat des Sourds du Sénégal (A. NA.SSEN)	Ousmane Diaio	6506 du 04/01/92	864 50 06
07	Ass Nationale des Albinos du Sénégal (A. N. A.S)	Bamba Diop	9264 du 14/05/97	632 37 61 / 952 20 96
08	Ass Nationale des Aveugles Musiciens du Sénégal (A.N.A.M.S)	Mor Diaw	9490 du 15/01/98	878 68 84 / 571 49 33
09	Regroupement National de Solidarité des Sourds (R.N.S.S)	Moustapha Diop	9662 du 27/09/98	635 00 46
10	Ass Séné de Solidarité d'entraide pour la Réinsertion des Personnes Handicapées (A.S.S.E.R.H)	Mame Mor Dieng	10124 du 03/02/00	633 08 26
11	Association Handicap- Form.Educ	Omar Diop	10370 du 12/10/00	867 17 04 / 687 64 11
12	Ass pour la Promotion Economique et Sociale des Hand Visuels	Gora NDIAYE	10064 du 17/12/99	837 79 92 / 574 79 76
13	Ass Nat des Accidentés du Travail et leurs Ayants Droit (A.N.A.T.D)	Adama THIAM	2810 du 18/03/72	878 89 48
14	Appui aux Handicapés Visuels (A.H.VI)	Maciré GUEYE	10585 du 25/04/01	698 24 28 / 825 54 81
15	Ass de Promotion des Handicapés (A.P.H)	Soutoukoune DJIGHALY	9575 du 15/04/98	827 88 51 / 649 23 89
16	Handisport	Santi Sène Hagne		680 81 81 / 827 22 78
17	Ass Bok Joom et Aide aux Lépreux Blanchis du Sénégal	Cheikh Ndiaye	10800 du 28/01/02	826 99 00 / 653 54 74
18	Association des Artistes Handicapés	Boubacar Ndiaye	9036 du 03/12/96	854 46 98 / 589 25 18
19	Ass de Protection et d'Assistance aux Personnes Démunies et Hand	Saliou Diop	9776 du 03/12/98	682 47 31 / 832 97 17
20	Association Sénégalaise de Victimes des Mines (A.S.V.M)	Claude Bassène	10677 du 08/08/01	991 34 64
21	Ass Nat pour la Réinsertion des Lépreux Blanchis du Sénégal (ANRLBS)	Bara Ndoye	10952 du 30/07 02	956 50 46 / 97 17 52
22	Association pour la Renaissance des Aveugles du Sénégal	Pape Birame Diop	Du 06/11/02	854 55 05 / 544 08 34
23	Union Nationale des Aveugles du Sénégal	Serigne Mor Dieng		634 99 55 / 837 33 99
24	Alliance Générale des Handicapés pour la Promotion et de Développement du Sénégal	Dame LO	11526	834 87 94
25	Association Nationale des Anciens Militaires Invalides du Sénégal (ANAMIS)	Mohammed Touré	10240 du 19/06/00	842 36 73
	<b>Associations locales</b>	<b>Président</b>	<b>N° Récépissé</b>	<b>N° Téléphone</b>
01	Association des Handicapés Moteurs de Yeumbeul Nord	Alioune Diop	111 du 16/11/98	837 95 31 / 690 92 09
02	Association GIE des Femmes Handicapées de Guédiawaye	Diama Mbengue	93B 363	877 25 58 / 689 64 32
03	Asso des Handicapés de Pikine Est	Adama Diallo		
04	Asso pour la Promotion des Personnes Handicapées	Ousseynou Dabo		
05	Asso des Personnes Handicapées de Médina Gounass	Demba Seck		

### **Liste des organisations, associations et villages de reclassement social ciblés pour le guide d'entretien**

1. Fédération Sénégalaise des Association de Personnes Handicapées (FSAPH)
2. Union Nationale des Aveugles du Sénégal (UNAS)
3. Association Nationale des Handicapés Moteurs du Sénégal (ANHMS)
4. Association Nationale des Sourds du Sénégal (ANASSEN)
5. Association Nationale des Lépreux blanchis du Sénégal (ANLBS)
6. HANDICAP FormEduC (HFE)
7. Association du Centre pour l'Education Intégrée des Déficiants Auditifs (CEIDA)
8. Conseil pour la Réadaptation et l'Intégration des Personnes Handicapées (CORIPH)
9. Mouvement pour le Progrès Social des Aveugles du Sénégal (MPSAS)
10. Association sénégalaise des Victimes de Mines (ASVM)
11. Association Nationale des Albinos du Sénégal (ANAS)
12. Fédération Régionale des Associations de Personnes Handicapées de Saint Louis
13. Fédération Régionale des Associations de Personnes Handicapées de Ziguinchor
14. Association Départementale des Handicapés Moteurs de Thiès
15. Association des Etudiants Handicapés de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar
16. Association Nationale des Anciens Militaires Mutilés et Invalides du Sénégal (ANAMIS)
17. Village de reclassement Social de Djibélor (région de Ziguinchor)
18. Village de Reclassement Social de Mballing (région de Thiès).

**Termes de référence de l'étude sur les stratégies de prise en charge et  
d'intégration socio-économique des personnes handicapées du Sénégal**

## **CONTEXTE DE L'ETUDE**

En 1975, le nombre de personnes affectées d'une incapacité (communément appelées personnes handicapées) était estimé représenter 12,3% de la population mondiale.

Compte tenu de ce pourcentage inquiétant, les Nations Unies ont déclaré 1981, Année Internationale des Personnes Handicapées ; elles ont adopté par la même occasion le slogan " pleine participation et égalité".

Tout en exhortant ses états membres à prendre en considération les droits de ces catégories de personnes, l'ONU définit pour la première fois le handicap comme : « **une incapacité est une diminution de la mobilité qui peut être provoquée par l'âge, par la maladie ou encore être la conséquence d'un accident, pouvant limiter les chances que la personne intéressée et sa famille ont de participer pleinement à la vie de la communauté** ».

Ainsi, pour mieux promouvoir la personne en situation de handicap dans les politiques et programmes de ses membres, les nations unies ont également déclaré 1983-1992, décennie des personnes handicapées. C'est dans la même lancée que l'OUA a déclaré 1999-2009, décennie africaine des personnes handicapées.

Au Sénégal, estimées entre 800 000 et 1 000 000 d'individus, les personnes handicapées pourraient répartis comme suit :

- 32,76 % de handicapés moteurs ;
- 16,60 % de handicapés visuels ;
- 50,64 % des autres catégories, notamment les sourds-muets, albinos, malades mentaux, hanséniens (lépreux lésionnels), etc.

Quel que soit le pays, cette catégorie sociale se trouve généralement dans une situation de précarité et de dépendance. Ainsi, on note au niveau des personnes handicapées un cadre de vie inadéquat, une forte prévalence du chômage et un accès très difficile aux services sociaux de base.

Cette situation qui constitue un obstacle majeur limitant l'autonomie des personnes handicapées a conduit le gouvernement du Sénégal, pour la première fois depuis la célébration de l'Année Internationale Personnes Handicapées (AIPH) en 1981, à organiser le 30 octobre 2001 un Conseil Interministériel consacré à leur prise en charge et leur intégration.

Malgré les 19 directives données par le Premier Ministre pour favoriser l'égalisation des chances et l'autonomie des personnes handicapées, les rues des grandes villes continuent toujours d'accueillir des citoyens de tout âge assis sur des fauteuils roulants, des aveugles accompagnés par de petits enfants, des albinos, etc.

Aussi, dans l'axe stratégique n°3 du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) relatif à la protection et la promotion sociale des groupes vulnérables, la prise en charge et l'intégration socio-économique des personnes en situation de handicap sont une préoccupation majeure du gouvernement du Sénégal.

Les organisations de la Société Civile, en l'occurrence, les associations de Personnes Handicapées ont été impliquées dans tout le processus d'élaboration du DSRP. Elles se sont également engagées à sa mise en œuvre.

Les personnes handicapées ont donc des droits, au même titre que tous les autres hommes. Seulement, leur différence liée à la déficience d'une partie et/ou de la totalité de leurs capacités motrices, sensorielles, intellectuelles ou physiques a amené leurs organisations et la communauté mondiale à identifier et adopter des droits et dispositions spécifiques pour assurer leur pleine intégration à tous les actes de la vie. Ces droits, proclamés par les Nations Unies à travers plusieurs textes dont le plus récent est constitué des 22 règles, postulent pour une égalisation des chances des Personnes Handicapées qui tiennent compte de leurs besoins spécifiques.

Les personnes handicapées devraient pouvoir participer à titre égal à tous les domaines essentiels de la vie, qu'il s'agisse d'accessibilité, d'enseignement, d'emploi, de maintien des revenus et de sécurité

sociale, de vie familiale et de plénitude de la vie personnelle, de culture, de religion, de loisirs ou de sports. Quand aura été réalisée une participation égale dans ces domaines, la qualité de leur vie sera améliorée grâce à la modification de leur environnement physique, de leur environnement éducatif et professionnel ainsi que leur environnement social.

Le droit à l'éducation reste encore un problème dans la mesure où des enfants ayant un handicap, sensoriel (visuel ou/et verbo-auditif), intellectuel ou moteur, ont peu de chances de trouver une place dans une école spécialisée (il n'en existe que trois dans tout le pays : Talibou Dabo à Grand Yoff, le Centre Verbo-Tonal derrière le Lycée Delafosse et l'INEFJA à Thiès). Il est vrai que l'Education Intégratrice est entrain d'être promue, mais encore faudrait-il que les écoles formelles remplissent les préalables pour pouvoir accueillir des enfants à Besoins Educatifs Spéciaux (BES).

Malgré toutes ces difficultés, le nombre de bacheliers aveugles, sourds-muets et autres handicapés ne cesse d'augmenter. Cela traduit la nette volonté des concernés de s'en sortir.

Pour se soigner les personnes handicapées accèdent difficilement aux structures sanitaires. Ils ne bénéficient d'aucune protection de la part des pouvoirs publics.

L'emploi est aussi le secteur le plus dur car les personnes en situation de handicap n'osent même plus postuler à des postes des emplois, sachant que même s'ils ont le profil recherché, systématiquement ils ne passeront pas l'épreuve de l'entretien. Ainsi, que de déceptions et de drames face à ces préjugés et pourtant, Il n'est pas superflu de rappeler ici le rôle de l'Etat dans la promotion et la protection des Personnes Handicapées pour dire qu'il faudrait une « affirmative action » ou discrimination positive pour une bonne égalisation des chances des Personnes Handicapées.

Le cas des femmes et jeunes filles handicapées qui, en plus d'avoir les mêmes problèmes que leurs autres sœurs non handicapées, rencontrent plusieurs difficultés en matière de santé (maternité à risque, viol et exploitation sexuelle) et autres préjugés.

C'est pourquoi, pour beaucoup de ces gens, il n'y a d'autres alternatives que la mendicité, même si elle fait perdre la dignité d'être humain.

Dès lors la question qu'on se pose est : comment intégrer les personnes handicapées du Sénégal dans la vie économique et sociale?

Le but de cette étude est d'identifier les activités des structures de l'Etat et des ONG ayant permis, avant et après le Conseil Interministériel du 30 octobre 2001, aux personnes et organisations d'handicapées d'accéder à des services sociaux de bases et contribuer à les rendre autonomes.

### **Objectifs de l'étude**

- Identifier les différents intervenants ayant des stratégies de prise en charge et d'intégration socio-économique des personnes handicapées.
- Identifier les stratégies développées depuis 1994 par l'Etat, les organismes du système des Nations Unies et les ONG permettant de rendre autonomes les personnes handicapées et leurs familles.
- Répertorier les activités menées au Sénégal en faveur des personnes handicapées par les structures de l'Etat, les administrations, collectivités locales de Dakar, Ziguinchor et Saint-Louis et les organismes du système des Nations Unies et les ONG depuis 1994.
- Identifier les insuffisances des stratégies et activités socio-économiques menées au Sénégal en faveur des personnes handicapées depuis 1994.
- Proposer des stratégies permettant aux personnes handicapées et aux membres de leurs familles d'être autonomes.

### **Résultats attendus**

- Les différents intervenants au Sénégal ayant des stratégies de prise en charge et d'intégration socio-économique des personnes handicapées, identifiés.
- Les stratégies, approches, cibles, zones géographiques couvertes et les moyens (humains, logistiques et financiers) développés depuis 1994 par l'Etat, les organismes du système des Nations Unies et les ONG permettant de rendre autonomes les personnes handicapées et leurs familles, identifiés.
- Les activités menées au Sénégal en faveur des personnes handicapées par les structures de l'Etat, les administrations, collectivités locales de Dakar, Ziguinchor et Saint-Louis, et les organismes du système des Nations Unies et les ONG depuis 1994, répertoriées.
- Les insuffisances des stratégies et activités socio-économiques menées au Sénégal en faveur des personnes handicapées depuis 1994, identifiées et analysées.
- Les systèmes de suivi-évaluation et les résultats obtenus par les structures de l'Etat, les administrations, collectivités locales de Dakar, Ziguinchor et Saint-Louis, et les organismes du système des Nations Unies et les ONG, depuis 1994, répertoriés et analysés
- Des stratégies permettant aux personnes handicapées et aux membres de leurs familles d'être autonomes, proposées.
- Un document rapport final de l'étude avec des recommandations de stratégies et approches permettant de favoriser l'autonomie des personnes handicapées et les membres de leur famille disponible.

### **Profil recherché**

Le consultant doit être une personne physique ou morale ayant des compétences et une expérience avérée dans le domaine de la recherche, de la prise en charge et de l'intégration socio-économique des personnes handicapées.

Etre titulaire d'un diplôme en sciences sociales, niveau BAC+4 avec une expérience professionnelle d'au moins 5 ans dans le domaine.

Le consultant doit également avoir les qualités suivantes :

- une bonne capacité de communication, de synthèse et de rédaction ;
- de bonnes dispositions à travailler en groupe ;
- une bonne expérience de formateur et une bonne connaissance du milieu des personnes handicapées, de leurs familles et associations seraient des atouts supplémentaires.

### **Tâches du consultant**

Le consultant devra :

- présenter une méthodologie qui apportera des précisions quant aux modalités de réalisation et de restitution de l'étude ;
- faire un planning d'exécution de 20 jours sur une période totale de 45 jours ;
- fournir un pré rapport de l'étude

### **Calendrier de travail**

La durée totale pour les services du consultant est de 20 jours ouvrables à compter de la date signature du contrat .Le consultant sera recruté au plus tard le 02 novembre 2004 pour une entrée en service prévue le 09 novembre 2004.

### **Rapports à fournir**

Le consultant devra présenter au comité de pilotage un rapport provisoire en trois exemplaires, 30 jours après le démarrage effectif de l'étude prévu le 09 novembre 2004.

Présenter le rapport final de l'étude en trois exemplaires plus une disquette et un CD 15 jours après avoir reçu les observations du comité de pilotage.

### **Dossier à fournir**

- Une lettre de motivation
- Curriculum vitae indiquant les références relatives à la mission

Les dossiers de candidature sont déposés sous pli fermé au plus tard le 29 octobre 2004 à 16h à l'adresse suivante :

Comité de pilotage CRPH villa n°6018 Sicap Liberté 6 BP 7520 Médina Dakar.

Les dossiers non retenus ne seront pas retournés aux candidats.

Les candidats présélectionnés seront contactés par les voies appropriées.

### **Services pouvant être fournis par le CRPH / HANDICAP FormEduC**

Le CRPH apportera toute information utile et nécessaire pour la réalisation de l'étude par le consultant.

